



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP**

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**MALTRATO PSICOLÓGICO Y DEPRESIÓN EN MUJERES**

**DE LA ASCOBAME – AYACUCHO, 2020.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**Bach. OCHANTE HUAMANI, JACKELYN KORY**

**LIMA-PERÚ**

**2020**

**ASESOR DE TESIS**

---

**Dra. NANCY CAPACYACHI OTAROLA**

**JURADO EXAMINADOR**

---

**Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE**  
**Presidente**

---

**Dra. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO**  
**Secretaria**

---

**Dr. WILLIAM MIGUEL MOGROVEJO COLLANTES**  
**Vocal**

## **DEDICATORIA**

A mi esposo e hijo con mucho cariño, por brindarme su apoyo incondicional en todo momento y motivarme en mi quehacer profesional.

A mi madre y hermanos con mucho cariño, por su apoyo permanente y orientación en el camino de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecer a Dios por ser mi fortaleza, brindarme la vida y la oportunidad de asumir mi proyecto en la vida con tanto esmero.

A mi esposo e hijo con mucho cariño, por brindarme su apoyo incondicional en todo momento y en la realización de mi proyecto y éxitos.

A mi madre y hermanos por apoyarme en todo momento con sus sabias palabras y consejos, confiando en el logro de mis proyectos y éxitos.

A la Universidad "TELESUP" por acogerme en sus aulas y brindarme la oportunidad de continuar mis estudios.

Al asesor por el constante apoyo, orientación, paciencia y exigencia en el proceso de realización de la tesis, ya que gracias a sus enseñanzas logré concretar el presente.

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre el maltrato psicológico y la depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020; la teoría en la cual se sustentó mi estudio tuvo como referencia dos autores cognitivos conductuales, y de acuerdo a las variables para la depresión fue el investigador Aron Beck y para maltrato psicológico el investigador Richard Tolman, ambos autores tuvieron un impacto significativo en el estudio que realicé. La metodología utilizada fue correlacional – descriptivo de corte transversal y el diseño no experimental, se aplicó la encuesta de depresión de Aron Beck BDI-II (1996), y la encuesta de maltrato psicológico de Richard Tolman en la versión abreviada adaptada por la investigadora Riega Alegría, Natali del Carmen (2017). El estudio se realizó en una muestra de 45 mujeres víctimas de maltrato psicológico y depresión por parte de sus parejas en el mercado “12 de Abril”- ASCOBAME de la región Ayacucho, en la provincia de Huamanga. Las edades que abordan las mujeres son de 20 a 50 años de edad, en el resultado de mi estudio de las variables de maltrato psicológico y depresión tuvo una correlación significativa alta de 701 con un intervalo de confianza al 95%, así mismo, las dimensiones de mis variables tuvieron un significativo alto de correlación. La conclusión del estudio es: si existe correlación alta del maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020.

**Palabras clave: maltrato psicológico, depresión, mujeres.**

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine if there is a relationship between psychological abuse and depression in women from ASCOBAME - Ayacucho, 2020; The theory on which my study was based had as reference two cognitive behavioral authors, and according to the variables for depression was the researcher Aron Beck and for psychological abuse the researcher Richard Tolman, both authors had a significant impact on the study that I did. The methodology used was correlational - descriptive, cross-sectional and non-experimental design, the depression survey by Aron Beck BDI-II (1996) was applied, and the psychological abuse survey by Richard Tolman in the abbreviated version adapted by the researcher Riega Alegría, Natali del Carmen (2017). The study was carried out on a sample of 45 women victims of psychological abuse and depression by their partners in the "12 de Abril" market - ASCOBAME in the Ayacucho region, in the province of Huamanga. The ages addressed by the women are from 20 to 50 years of age, in the result of my study of the variables of psychological abuse and depression had a significant high correlation of 701 with a confidence interval of 95%, as well as the dimensions of my variables had a significantly high correlation. The conclusion of the study is: if there is a high correlation of psychological abuse and depression in women from ASCOBAME- Ayacucho, 2020.

**Keywords: Psychological abuse, depression, women.**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA .....	i
ASESOR DE TESIS.....	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xii
<b>I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	19
1.2.1. Problema general.....	19
1.2.2. Problemas específicos.....	19
1.3. Justificación del estudio.....	19
1.3.1. Justificación Teórico.....	20
1.3.2. Justificación Práctico.....	20
1.3.3. Justificación metodológica.....	20
1.3.4. Justificación social.....	21
1.4. Objetivos de la investigación .....	21
1.4.1 Objetivo general.....	21
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1. Antecedentes de la investigación .....	22
2.1.1. A nivel Internacional.....	22
2.1.2. Nivel Nacional.....	26
2.2. Bases teóricas de las variables .....	30
2.2.1. Maltrato psicológico .....	30
2.2.2. Depresión .....	37

2.3. Definición de términos básicos.....	56
<b>III. MÉTODOS Y MATERIALES .....</b>	<b>60</b>
3.1. Hipótesis de la investigación .....	60
3.1.1. Hipótesis general .....	60
3.1.2. Hipótesis específicas .....	60
3.2. Variables de estudio.....	60
3.2.1. Definición conceptual.....	60
3.2.2. Definición operacional.....	61
3.3. Tipo y nivel de la investigación .....	64
3.4. Diseño de la investigación .....	64
3.5. Población y muestra de estudio.....	65
3.5.1. Población .....	65
3.5.2. Muestra.....	65
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	67
3.5.1. Técnicas de recolección de datos.....	67
3.5.2. Instrumentos de recolección de datos .....	69
3.7. Métodos de análisis de datos. ....	74
3.8. Aspectos éticos. ....	74
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>85</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>87</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>93</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	94
Anexo 2: Matriz de operacionalización. ....	95
Anexo 3: Instrumentos .....	97
Anexo 4: Validación de instrumentos.....	102
Anexo 6: Propuesta de valor.....	108

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características de las formas de pensamiento.....	48
Tabla 2.	Especificaciones de simulación de muestreo .....	75
Tabla 3.	Estadísticos .....	75
Tabla 4.	V1 Maltrato psicológico .....	76
Tabla 5.	V2. Depresión.....	76
Tabla 7.	Estadísticos descriptivos .....	78
Tabla 8.	Estadísticos descriptivos 1 .....	78
Tabla 9.	Estadísticos descriptivos 2 .....	79
Tabla 10.	Estadísticos descriptivos 3 .....	79
Tabla 11.	Estadísticos descriptivos 4 .....	80
Tabla 12.	Correlaciones variables Maltrato psicológico y Depresión .....	80
Tabla 13.	Correlaciones Dimensión Abuso emocional y Dimensión Área cognitiva (especifico 1) .....	81
Tabla 14.	Correlaciones Dimensión Dominación-aislamiento y Dimensión Área somática (especifico 2).....	82
Tabla 15.	Correlaciones Dimensión Abuso emocional y Dimensión Área somática (especifico 3) .....	83
Tabla 16.	Correlaciones de la dimensión dominación – aislamiento y la dimensión área cognitiva (especifico 4).....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Maltrato psicológico V1 .....	77
Figura 2. Depresión V2 .....	77

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020”, es un estudio descriptivo – correlacional y diseño no experimental, la muestra de estudio conformada por 45 mujeres, las que anhelan superar los maltratos y depresión que afrontan en sus hogares, en donde puedan tener un hogar sin maltrato y no les genere inestabilidad emocional, las perspectivas que ellas desean para sus hijos es que no pasen violencia y puedan tener una vida armoniosa en el futuro.

Para entender la manera de cómo afecta el maltrato psicológico y la depresión a las mujeres en su vida cotidiana, es necesario hacerle saber que vivir en un entorno de violencia afecta el estado emocional y fisiológico, conllevándolas a una depresión, y aquellas que las padecen, superan difícil este círculo de maltrato, siendo denigradas como mujer, pierden el amor propio por sí mismas, lo que las conlleva a tener pensamientos que no valen como mujer y la gran mayoría de estas mujeres dependen económicamente del agresor subyugándose a sus pedidos. El autoestima de estas mujeres se pierde al permitir el maltrato psicológico y la depresión que padecen suelen tenerla por años. Así también a causa de los maltratos generados por el agresor, la gran mayoría de las mujeres comerciantes de la ASCOBAME sufren de maltrato psicológico y depresión, porque desde que son niñas son educadas por sus padres de una manera inadecuada, los padres de estas mujeres suelen decir que el matrimonio es para toda la vida, tienen que perdonar los insultos, el qué dirán los vecinos y si te separas quien te dará dinero para tus hijos, tus hijos sufrirán; entonces estos pensamientos las mujeres desde niñas lo mentalizan y para ellas es difícil salir de esta situación de maltrato y depresión. La gran mayoría de estas mujeres quieren salir de este escenario, pero no pueden por el temor a ser juzgadas por la sociedad. Así mismo este estudio tuvo como finalidad saber si las mujeres de la ASCOBAME presentaban en sus hogares maltrato psicológico y depresión, para ello se comprobó que si sufrían maltrato psicológico y depresión, lo que me permitió implementar programas de charlas y talleres.

El propósito del estudio fue comparar si existe relación entre maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020; de los cuales se demuestra en el estudio que si existe relación entre las variables y dimensiones.

La presente información permitirá conocer si el maltrato psicológico y la depresión en mujeres es significativa, teniendo en cuenta que esta investigación nos da a conocer que el problema estuvo presente desde tiempos pasados hasta la actualidad como un problema social. La falta de educación y valores de las personas hacen que aumenten cada año este problema, por ello la participación del psicólogo es importante ante este problema, porque ayuda a brindar información a la población de mujeres, ya que, el maltrato psicológico y la depresión generan inestabilidad emocional, conllevando a una depresión, así mismo permite prevenir este problema social y se pueda frenar esta situación.

El presente trabajo consta de:

Capítulo I. Problema de investigación que aborda el planteamiento de problema, formulación del problema, problema general, problemas específicos, justificación del estudio, objetivo de la investigación, objetivo general y objetivos específicos.

Capítulo II. Marco teórico donde se incluye los antecedentes de la investigación, antecedentes nacionales, antecedentes internacionales, bases teóricas de las variables, definición de términos básicos.

Capítulo III. Métodos y materiales donde se considera la hipótesis de la investigación, hipótesis general, hipótesis específicos, variables de estudio, definición conceptual, definición operacional, tipo y nivel de la investigación, diseño de la investigación, población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos y aspectos éticos

Capítulo IV. Resultados.

Capítulo V. Discusión donde incluye el análisis de discusión de resultado.

Capítulo VI. Conclusiones

Capítulo VII. Recomendaciones donde incluye las referencias bibliográfica y los Anexos (Matriz de consistencia, matriz de operacionalización, instrumentos, propuesta de valor).

## **I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Al referirnos sobre maltrato psicológico y depresión en mujeres, entendemos como una secuencias de emociones acumulado a lo largo de la vivencia cotidiana que una persona puede interiorizar en el psique y el yo interior del individuo, cuando se habla de la mujer maltratada emocionalmente podemos conocer las diferentes causas que han ocasionado su inestabilidad emocional como las agresiones verbales recibidas por parte de su pareja y/o padre; a nivel mundial se hacen estudios sobre esta situación problemática y los resultados son altamente impresionantes para cada estado del mundo, en esta ocasión nos enfocamos en el Perú y la provincia de Ayacucho, donde el estudio refleja un porcentaje de maltrato psicológico alto, sin embargo la visión fue seleccionar una muestra de mujeres de esta región, escogiendo a la ASCOBAME en donde las incidencias de este problema social son preocupantes por que hubieron casos de mujeres con situación de estado emocional destruida, donde cada una de estas fueron manifestando su realidad de vulnerabilidad emocional ocasionándoles una depresión leve, moderada y severa. La depresión tiene consecuencias graves que puede llevar hasta la muerte si no es atendido por un profesional especialista, para entender este problema se debe identificar que ocasiona esta situación, entonces viendo estudios anteriores y las indagaciones realizadas se obtuvieron como resultado que, el machismo en los varones es la principal causa y la forma como los padres de familias educan a sus hijos e inculcan inadecuados valores y pensamiento.

La violencia contra la mujer es un problema preocupante a nivel mundial para la salud pública y los derechos humanos; la violencia de pareja y la violencia sexual son formas de violencia contra la mujer. Algunas investigaciones, que comenzaron en América del Norte y Europa y luego se han ido ampliando a otras regiones, han mostrado que existe una prevalencia elevada de violencia contra la mujer a nivel mundial, con resultados perjudiciales para la salud física y mental en el corto y largo plazos (OMS, 2014)

Asimismo, un informe de la OMS sobre el tema indica que el 35% de las mujeres experimentarán maltrato psicológico y que la proveniente del esposo o la pareja íntima es la más común, abarcando el 30% de los casos. (OMS, 2014)

Explica que las víctimas están propensas a sufrir depresión, heridas graves o la muerte, y en algunos casos se vuelven adictas al alcohol; el estudio destaca que el 45% de las mujeres en África y el 36% en las regiones de América y el Mediterráneo han sufrido este tipo de violencia.

La OMS reiteró la necesidad de que todos los sectores se vinculen a la eliminación de la tolerancia a ese tipo de maltrato y publicó una guía para ayudar a los países a mejorar la capacidad de los sistemas de salud para responder a esa violencia. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

En un estudio (UNICEF, 2000) sobre La violencia doméstica contra mujeres y niñas, que recoge datos de varios países sobre la violencia que sufren las mujeres, se apreció que entre 35% al 40% de las mujeres, según la información obtenida, las mujeres declaran que sufren maltrato de manera consecutiva, ellas manifiestan que les maltratan con torturas emotivas constantemente causándoles una vida de angustia y terror, además soportando los maltratos físicos que a menudo son insoportables llevándolas a una tensión mental elevada, En base a estudios llevados a cabo en Bangladesh, Estados Unidos, las islas Fidji, India, Papúa Nueva Guinea, Perú y Sri Lanka. (p.4)

El estudio que realizó (ONU, 2016) en la Unión Interparlamentaria en 39 países de cinco regiones, el 82 por ciento de las parlamentarias encuestadas declararon haber experimentado alguna forma de violencia psicológica (comentarios, gestos e imágenes de carácter sexista o de naturaleza sexual degradante usados contra ellas, amenazas o acoso laboral) durante su mandato. Mencionaron las redes sociales como el principal canal a través del cual se ejerce esta violencia psicológica. Casi la mitad de las encuestadas (el 44 por ciento) afirmó haber recibido amenazas de muerte, violación, agresión o secuestro contra ellas o sus familias. El 65 por ciento fue objeto de comentarios sexistas, procedentes principalmente de colegas masculinos en el parlamento, tanto de los partidos de la oposición como de los suyos.

(OPS, 2016), el maltrato emocional por parte de un esposo o compañero, como insultos, humillaciones, intimidaciones y amenazas de daños, estaba generalizado en esos países de América Latina y el Caribe, el maltrato emocional por parte de una pareja varía entre la sexta parte (17,0 %) en Haití 2005-6 y casi la mitad (47,8 %) en Nicaragua 2006-7. La prevalencia de maltrato emocional por parte de un compañero/esposo en los 12 últimos meses variaba entre un 13,7 % de las mujeres en Honduras 2005-6 y un 32,3 % en Bolivia 2008. En cambio, el maltrato emocional resultó relativamente poco frecuente (entre un 7,0 % en Haití 2005-6 y un 18,9 % en Bolivia, 2008) entre las mujeres que habían informado ninguna violencia física. Así mismo el maltrato emocional estuvo presente de manera consecutiva en la vida cotidiana de las mujeres quienes sufrieron durante la convivencia con su pareja y en el entorno familiar, además algunas de las mujeres también sufrieron maltrato emocional desde su niñez, por consiguiente, la afectación mental fue notoria.

Martínez & Canetti Waser (2019), la investigación que realizó en Uruguay donde la prevalencia fue de 27,7% de violencia doméstica contra la mujer, el 56,7 % de casos presentan depresión ante el 14,3% de controles; el Odds ratio para depresión en casos ante los controles es de 7,846 frecuencia de IS es de 20% de los casos y 3,6% en los controles y la de depresión el 17% de los casos, el maltrato de pareja como psicológico y físico es un factor de riesgo alto para depresión, así mismo de los casos presentados, el gran porcentaje del 60% corresponden a la violencia de pareja primordialmente el varón ejerce el maltrato hacia la mujer, en la ciudad de Montevideo la continuidad de violencia doméstica contra la mujer es el 28,9%, la información de los datos según el tipo de violencia, la violencia psicológica es el 25,3%, física 7,5% y sexual 7,0%. La violencia de pareja es más frecuente en cada vez en las familias de Uruguay a veces las mujeres sometidas a estas situaciones de maltrato no denuncian por la vergüenza que consideran ellas, además cada año ha aumentado los casos de violencia doméstica contra la mujer. En esta investigación se percibe violencia doméstica y depresión.

MIMP (2017) en el Perú, la violencia contra la mujer ha disminuido en forma constante en los últimos diez años, la disminución ha sido bastante pausado, en el 2008, el 77.8% de mujeres fue víctima de alguna forma de violencia;

consecutivamente en el año 2014 fue el 72.4% en este período la reducción anual promedio fue de 1%, la violencia psicológica, física y sexual contra la mujer han presentado el mismo patrón de reducción lenta, la caída de la violencia familiar ha sido más importante en las formas más graves de violencia, el Perú se ubica como uno de los países con mayores índices de violencia contra la mujer en América Latina, ante este informe se obtuvo los altos niveles de índices bastante bajos de justificación de la violencia contra la mujer, en el 2014 se obtuvo el 4.51% de información de violencia contra la mujer, así mismo el Perú tiene un alto reporte de violencia hacia mujeres en sus diferentes niveles como violencia psicológica, sexual y física; cada año va en aumento la violencia hacia la mujer donde vive situaciones de maltrato y el que lo ejerce en la gran mayoría de casos es el varón, teniendo en cuenta que el Perú es país en su gran porcentaje los varones son machistas.

De esta manera, se ha visto que en la actualidad las mujeres maltratadas psicológicamente desarrollan un problema mental como es la depresión en sus diferentes niveles (leve, moderado, severo). Por lo tanto, se ha observado que las mujeres del mercado "12 de Abril" ASCOBAME de la región Ayacucho, presentan problemas de maltrato psicológico, después de haber indagado la situación de cada una de las socias del ASCOBAME, se percibió que las emociones de llanto, tristeza, frustración, pérdida de apetito, desilusión de la vida son ocasionados por sus convivientes o padres, ejerciéndoles maltrato psicológico como insultos y palabras soeces lo que conllevó a desarrollar la depresión afectándolas en diferentes aspectos de su vida cotidiana, para ello se observó que las socias manifiestan problemas emocionales en donde ellas no son conscientes de su realidad y tienen carencia de autoestima. Para la realización de la investigación se tuvo que indagar, averiguar y seleccionar la población para escoger una muestra específica del estudio que fueron mujeres, y para llevar a cabo la investigación se pidió permiso a la ASCOBAME donde se pudo aplicar los instrumentos de mis variables que fueron seleccionadas para esta investigación.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1. Problema general.**

PG ¿Cuál es la relación entre maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020?

### **1.2.2. Problemas específicos**

PE 1 ¿Cuál es la relación entre abuso emocional y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020?

PE 2 ¿Cuál es la relación entre dominación- aislamiento y el área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020?

PE 3 ¿Cuál es la relación entre abuso emocional y el área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020?

PE 4 ¿Cuál es la relación entre dominación –aislamiento y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME-Ayacucho, 2020?

## **1.3. Justificación del estudio.**

De esta manera se efectuó la investigación para saber la relación entre el maltrato psicológico y la depresión en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020, ya que los maltratos psicológicos son más frecuentes cada año en parejas, en donde el agresor de la víctima tiende a humillar, insultar, bajar el autoestima, denigrarla y chantajearlas, conllevándolas a una depresión (leve, moderada, severa) en donde la maltratada no pueda salir del círculo vicioso en el que se encuentra, entonces la mujer maltratada no puede salir de la situación psicológica y muchas veces vive con el maltrato psicológico, teniendo consecuencia de depresión durante años. Hay mujeres que se dan cuenta de la situación emocional y buscan ayuda de soporte psicológico en los hospitales o centros de salud; por lo que es conveniente enfocarnos en este problema y para brindarles ayuda es necesario que reciban terapia psicológica dependiendo como se encuentra y de acuerdo a la evaluación que el profesional en salud mental evalúe, determinará el tratamiento psicológico. Los hospitales y centros de salud promueven la recuperación del autoestima, independencia económica y las empodera como

mujer, los psicólogos ayudan a que las mujeres pueden modificar su manera de pensar “ninguna persona tiene derecho a maltratarlas psicológicamente”, hacerles ver que ellas pueden salir adelante. Además, la presente investigación contribuirá como referencia a estudios posteriores con los datos recabados y/o información brindada para dar solución a los problemas que se puedan percibir más adelante.

### **1.3.1. Justificación teórica.**

La finalidad del trabajo de investigación es saber la realidad del maltrato psicológico y depresión en mujeres sustentándome en autores como Richard M. Tolman y Aron Temkin Beck que respalden en contenido de mi estudio, así mismo conocer cuántas mujeres padecen de maltrato psicológico y depresión en el ASCOBAME- Ayacucho, 2020, el cual que se realizó en el contexto que vivimos cada día, dando a conocer que en nuestra sociedad existe el maltrato y la depresión en mujeres, quienes son sometidas a estas situaciones por miedo a ser juzgadas o ser vistas mal ante la sociedad, además se contribuirá con la investigación realizada con autores que sustentan la validez del estudio, para que los investigadores puedan confiar en el contenido de esta investigación y generaciones que quieran tomar en cuenta para el estudio que realizarán.

### **1.3.2. Justificación práctica.**

Para el presente trabajo de investigación se contribuyó con las charlas de sensibilización, orientación psicológica y talleres brindadas a las mujeres del ASCOBAME- Ayacucho, 2020, para darles a conocer que el maltrato psicológico y la depresión causan daños psicológicos irreversibles que pueden afectarles en su desenvolvimiento como persona, además les ayudará a prevenir de futuros problemas que puedan pasar en su entorno familiar respecto al maltrato psicológico y la depresión.

### **1.3.3. Justificación metodológica.**

La metodología que se utilizó en esta investigación son los instrumentos de medición en la escala de Likert, creados por autores expertos que he abstraído variables para la investigación, el presente estudio tiene dos variables: el maltrato psicológico con su instrumento “maltrato psicológico en la versión abreviada de

Richard Tolman” y la variable de depresión con su instrumento el “inventario de depresión de Aron Beck”, los cuales fueron aplicados en mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020, permitiéndome obtener resultados exactos de la muestra estudiada.

#### **1.3.4. Justificación social.**

La presente investigación tuvo como objetivo contribuir en la erradicación de este problema social que viene sucediendo desde hace décadas en el Perú y en el contexto de la región Ayacucho, este problema afecta a las familias de todo nivel socio económico, siendo una causa el machismo que el hombre ejerce hacia la mujer, para ello la mujer se ve afectada psicológicamente generando depresión. A la falta de prevención de este problema social se decidió realizar charlas preventivas, talleres enfocadas en el autoestima de las socias, el soporte emocional que se brindó a las socias fue permanentemente durante el tiempo que duró la investigación, así mismo se logró ayudar a mejorar el estado mental de las socias, se hizo llegar las sugerencias correspondientes al comité directivo de la ASCOBAME para su conocimiento y puedan solicitar apoyo en entidades del estado que velan por bienestar emocional de las mujeres.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1 Objetivo general**

OG Conocer la relación entre maltrato psicológico y depresión en las mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, Perú.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

OE 1 Describir la relación entre abuso emocional y el área cognitiva en las mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020.

OE 2 Identificar la relación entre dominación – aislamiento y el área cognitiva en las mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020.

OE 3 Establecer la relación entre maltrato abuso emocional y el área somática en las mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020.

OE 4 Describir la relación entre dominación – aislamiento y el área cognitiva en las mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020.

## **II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1. A nivel Internacional.**

Cardenas (2020) en su trabajo de investigación en Ecuador sobre “Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia” –Universidad Internacional, SEK en donde el objetivo de estudio de las mujeres víctimas con niveles de ansiedad y depresión, fue determinar los niveles de ansiedad y depresión ocasionados por la violencia, el instrumento utilizado fue la aplicación de una entrevista estructurada, Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) Morrey, en una muestra de 24 mujeres analizó la media en la escala de depresión (59,46); depresión cognitiva (55,92); depresión emocional (58,04); depresión fisiológica (59,63), de igual forma prevalece la depresión fisiológica manifestando alteraciones en el sueño y apetito, se concluye que los datos reflejan niveles de ansiedad y depresión (cognitiva, emocional y fisiológica), también se muestra que la depresión y ansiedad son producto de la violencia que la mujer presenta.

Lo relevante de esta investigación que una de las variables es igual a mi estudio, también hace énfasis en la prevención de la depresión de la mujer por diversos motivos lo cual coincide con mi estudio, en los resultados tiene alto porcentaje de similitud, además destaca la falta de apoyo de las instituciones del estado que tiene coincidencia con mis recomendaciones.

Mejia et al (2019) en su trabajo de investigación de la Revista Espacio “Factores de riesgo e indicadores de violencia de género en mujeres socias de bancos comunitarios en Chimborazo - Ecuador” en donde se estudió a mujeres víctimas de violencia de género, con el objetivo de identificar el maltrato psicológico, físico y sexual, el instrumento utilizado fue el cuestionario de encuesta dirigido a las mujeres campesinas socias de los bancos comunitarios, test validado internacionalmente: “INDEX OF SPOUSE ABUSE” versión española Ruiz y Pérez, este material estuvo compuesto de 20 ítems en forma de Likert, los cuales muestran

valores que van desde 0 (“nunca”), 1 (“rara vez”), 2 (“algunas veces”), 3 (“frecuente”) y 4 (muy frecuente), en una muestra de 251 mujeres el 83% sufrió violencia de género, el 21% ha sufrido maltrato psicológico y verbal, el 23% maltrato físico, verbal y sexual, y el 20% ha sufrido abuso sexual. Se concluye que la mayoría de mujeres sufrió maltrato psicológico y verbal, también indica que las mujeres sufrieron maltratos por su condición socio económico con indicadores de maltrato físico, psicológico y sexual.

La importancia de este estudio tuvo un resultado sustancial donde el aporte práctico fue de gran ayuda para obtener resultados en mi investigación, este trabajo fue importante para la elaboración de la discusión, lo cual me ayudó a terminar mi trabajo, también fue de gran aporte este antecedente para el conocimiento de la sociedad

Deheza (2019) en su tesis de investigación sobre “Rasgos de personalidad y estado de depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal, que acuden ante la fuerza especial de lucha contra la violencia”, Gestión 2017 en la ciudad de la Paz – Bolivia, en donde se estudió a mujeres con depresión y víctimas de violencia doméstica, con el objetivo de dar a conocer los rasgos de personalidad y estado de depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal, el instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck-BDI (Beck, A.T.; Ruth, Shaw B. F y Emery, G. 1976) y cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM el método cuantitativo, diseño no experimental, en una muestra de 40 mujeres el 40%(16s) tiene depresión moderada, el 30%(12s) tiene depresión leve, el 23% (9s) tiene depresión severa y el 7%(3s) no presenta nivel de depresión; el 88,0% sufrió violencia psicológica, el 46,6%, violencia física; 34,6%, violencia sexual y 33,9%, violencia económica, durante su relación 92,7% de mujeres sufrió violencia psicológica; 67,3%, violencia física; 45,5%, violencia sexual y 41,8%, violencia económica. Se concluyó en este estudio que si existió relación entre depresión y violencia doméstica en mujeres que sufrieron durante su vida conyugal.

Siendo como referencia esta investigación, las dimensiones que se utilizaron coincidieron con mis variables de estudio donde tuvo una similitud en sus resultados y recomendaciones las cuales enfatizan la prevención de violencia hacia la mujer.

Guerrero (2019) en su trabajo de investigación sobre “Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna” en la ciudad de Quito-Ecuador, el objetivo de estudio fue identificar la relación entre la depresión y los tipos de violencia, el instrumento utilizado fue la encuesta sociodemográfica de registro de datos de víctimas y el inventario de depresión de Aaron Beck (BDI II) en una población de 64 mujeres, en donde se obtuvieron los siguientes datos: con depresión moderada el 55.1% y depresión grave con 18.4%, además de los tipos de violencia psicológica, física y sexual quien obtuvo mayor resultado de violencia en sus tipos fue la violencia psicológica con un total del 100% de mujeres. En esta investigación realizada se concluye que si existió relación entre depresión en sus niveles y la violencia psicológica.

Lo más importante de esta investigación es que coincide con las variables de mi estudio donde las similitudes tuvieron un alto resultado significativo en cuanto a las recomendaciones, además sugieren el empoderamiento a la mujer afectada emocionalmente, que fue fundamental la realización de mi trabajo.

Illescas et al (2018), en su trabajo de investigación de “Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar” en donde el objetivo del estudio fue a mujeres maltratadas víctimas de violencia intrafamiliar en el albergue La Cuenca, el instrumento aplicado fue el método cuantitativo y cualitativo, en una muestra de 27 mujeres el 92,59 % indica haber sufrido violencia psicológica, el 66,67 % haber sufrido violencia física, el 40,74 % haber sufrido violencia sexual, el 44,44 % presenciaron violencia durante su infancia y han buscado ayuda en su etapa adulta, se concluye que la mujeres víctimas de maltrato psicológico tuvo un alto porcentaje, también influyó las creencias y crianza de su niñez hasta la adultez influyendo en la dependencia emocional y económica.

Se eligió la presente investigación por que coincidía la dimensión de violencia psicológica igual a mi variable de estudio, que tuvo un aporte teórico importante para ayudar a terminar mi investigación, los resultados de este estudio tuvieron resultado coincidente con mi investigación.

Bermudez et al (2009) en su trabajo de investigación Revista Mexicana de Psicología “Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador”

en donde el objetivo del estudio es conocer a mujeres víctimas maltratadas psicológicamente en diferentes momentos de su vida, el instrumento utilizado fue el Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM), elaborado por Matud, Cuestionario de Salud General de Goldberg y Hillier, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Echeburúa, Escala de Apoyo Social ASM, Matud, Inventario de Autoestima. El diseño es corte transversal, en una muestra de 176 personas, de los cuales los resultados muestran que el 58% eran víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual quiere decir que más de mitad sufrían maltratos por parte de su pareja, el 24.4% soportó maltrato psicológico y físico, el 4.5% soportó maltrato psicológico y sexual, el 13% soportó maltrato psicológico, además la sintomatología de estrés postraumático tuvo ( $F(3,139) = 4.77, p < .01$ ), como depresiva ( $F(3, 154) = 4.82, p < .01$ ), se concluye que en la investigación existió maltrato psicológico, físico y sexual por parte de su pareja, también hubo presencia de depresión y estrés postraumático.

Lo más resaltantes de esta investigación es la contribución en la información para mis variables en el que da mayor importancia a la depresión y el maltrato psicológico y las causas que pueden suscitarse, además, el aporte significativo fue primordial

(Paz, Javier, Arinero, & Crespo, 2004) en su trabajo de investigación sobre “Efectos Psicopatológicos del maltrato doméstico”, el objetivo del estudio fue conocer la afectación psicológica con depresión, ansiedad y estrés postraumático, el instrumento utilizado fue la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico Labrador y Rincón, Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg, Inadaptación a la vida cotidiana: Escala de Inadaptación Echeburúa. En una muestra de 70 mujeres el 65.7% ha sufrido maltrato físico y psicológico, el 20% sólo maltrato psicológico, la duración del maltrato ha sido de 10 a 3 años (D.T. = 9.8), La mayoría de participantes, 72.9%, ha soportado maltrato a diario, el 84.2% de las mujeres presentó depresión leve y grave con una media de 23.16 puntos en el BDI (D.T. = 12.13) y el 10% presenta fobia específica, el 7.1%, crisis de angustia y un 5.7% fobia social, se concluye que existe relación entre maltrato psicológico y depresión en el estudio realizado.

Esta investigación destaco por que tuvo un aporte teórico y práctico para mi trabajo donde resaltan en una de sus dimensiones el maltrato psicológico, además en su recomendación enfatizó que la mujer tiene que recibir mayor apoyo por parte del gobierno, lo que fue un aporte para mis recomendaciones.

Echeburua, et al (2001) en su trabajo de investigación de la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica “Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar”: Un estudio comparativo en donde el objetivo del estudio es conocer a mujeres víctimas maltratadas psicológicamente en diferentes momentos de su vida, en una muestra de 250 mujeres maltratadas que acudieron a los centros de ayuda para un tratamiento psicológico, el instrumento que se utilizó fue la entrevista semiestructurada para las víctimas de maltrato doméstico, escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS), inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión (BDI), escala de Valoración de la Depresión (HRS) Hamilton, escala de Autoestima (EAE) Rosenberg, escala de Inadaptación (IG) Echeburúa y Corral, en donde los resultados de las victimas maltratadas que acuden en busca de ayuda para tratarse los maltratos sufridos, demuestran que el porcentaje de maltrato físico es (N: 156) y psicológico (N:94 = 38%) cuyos resultados indican que el maltrato físico es más concurrente que el maltrato psicológico, así mismo se demuestra que los resultados tienen repercusiones psicopatológicas en la ansiedad, depresión y las funciones de la vida cotidiana. Las conclusiones al que se llegó es dar a conocer las lesiones psíquicas y secuelas emocionales que deja el maltrato psicológico para efectuar la intervención temprana de este tipo de maltrato.

A pesar que esta investigación ha tenido información muy pasada contribuyó para la finalización de mis bases teóricas y mis bases conceptuales, me permitió saber que el maltrato psicológico sigue persistiendo en la actualidad, así mismo fue determinante para elaboración del planteamiento del problema.

### **2.1.2. Nivel Nacional**

Jaucala (2020) en su tesis de investigación de la Universidad Ricardo Palma “Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima - Perú, 2018”, el objetivo del estudio fue determinar si existe implicancia

entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer, el instrumento utilizado fue encuesta demográfica y de Salud Familiar ENDES en una muestra de 36760 mujeres, de los cuales 338 mujeres son de violencia doméstica demostrando que el 81,2% mostraron tener depresión, el maltrato psicológico tuvo un alto resultado de 34,7%, en un análisis bivariado, la depresión estuvo significativamente asociado con las variables el grupo de adultos (OR: 1.99, IC95% 1.40 – 2.85; P <0.001), mujeres solteras (OR: 0.72, IC95% 0.53 – 0.98; P: 0.036) y violencia doméstica (OR: 1.55, IC95% (1.12– 2.16; P=0.008); así mismo las mujeres maltratadas sufrieron depresión en un grupo de adultos (OR: 2.77, IC95% 0.97-7.96; P=0.044) y la mujer con educación (OR: 2.80, IC95% 1.50 – 5.25; P < 0.001), se concluye que si existió una implicancia entre depresión y violencia doméstica.

A pesar que esta investigación solo usa la depresión que es igual a mi variable de estudio tuvo resultado alto con una de sus dimensiones que es maltrato psicológico, donde las coincidencias en los resultados contribuyeron con aporte teórico importante para terminar la investigación

Ascencio (2019) Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo en su tesis de investigación “Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja don depresión atendidas en el Centro de Salud de José Leonardo Ortiz-Perú, 2019”, para optar el Título de Licenciado en Psicología, el objetivo de estudio es diseñar, elaborar y fundamentar un programa cognitivo conductual para mejorar la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, el instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck, el diseñado utilizado es descriptiva propositiva - transversal y se utilizó no experimental en una muestra de 102 mujeres, de los cuales el 47.1% viene siendo maltratadas psicológica y físicamente por sus parejas, además el 31.4% muestran depresión moderada, en la muestra siguiente se indica que el 12.7% presentan depresión grave y el 8.8% depresión leve, así mismo en el área cognitivo – afectivo, el 20.6% depresión grave y el área somática-conductual, el 19.6% presenta depresión grave, se concluye en esta investigación que existe depresión en mujeres en sus diferentes niveles, en donde se efectuó la elaboración de un programa cognitivo conductual en relación a los resultados que mostró esta investigación .

En este trabajo tuvo una relevancia significativa debido que una de sus variables fue igual a mis variables de estudios que es la depresión en mujeres, en cuanto al resultado tuvo similitud a mi estudio.

Lazo (2018) en su tesis de investigación sobre “Violencia familiar en mujeres del Hogar de la Esperanza “Mamá Victoria” del distrito de Chorrillos en Lima-Perú, 2017” para optar el Título Licenciado en Psicología, cuyo objetivo de estudio fue determinar la dimensión de violencia familiar predominante en las mujeres, el instrumentó utilizado fue la encuesta de violencia familiar de Bardales, el diseño es de tipo descriptivo y no experimental con una muestra 40 mujeres, el 34.5% violencia psicológicamente con el nivel más alto y el 11.5% violencia sexual con el nivel más bajo, el 27% siempre fueron violentadas físicamente y un 7% a veces fueron violentadas físicamente. Se concluye que si existió violencia dentro del albergue Mamá Esperanza creando un programa de ayuda para mujeres violentadas.

En esta investigación lo resaltante fue que una de sus dimensiones tiene el mismo resultado que mi estudio, también en las recomendaciones sugiere que las mujeres violentadas necesitan tener mayor apoyo por parte del gobierno lo que coincide con las recomendaciones de mi estudio.

Sosa (2017) en su tesis de investigación acerca de “Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres que acuden a un centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote” para optar el Título Licenciada en Psicología, el objetivo fue conocer la relación entre el maltrato psicológico hacia la mujer y las actitudes hacia el machismo, el instrumento utilizado fue el inventario de maltrato psicológico hacia la mujer adaptado por Melissa Palacios (Tolman), el diseño utilizado no experimental de tipo correlacional, en una muestra 331 mujeres, el maltrato psicológico predominó con el 63,1%, el 12,1% de las mujeres maltratadas indica un nivel alto, existió alta correlación positiva de 0,856 en las actitudes del machismo y el maltrato psicológico y también existió correlación alta de 0.783 entre las actitudes hacia el autoridad masculino con las dimensiones: dominancia – aislamiento, existió correlación alta de 0.781 con el factor de actitudes hacia el dominio masculino y la dimensión abuso emocional – verbal. Se concluye

que si existió correlación alta de maltrato psicológico en sus diferentes dimensiones.

Esta investigación tuvo como resultados significativo para mi estudio, porque contribuyeron y si existió relación entre maltrato psicológico y el machismo en el que una de las causas de estudio fue el machismo y cuáles son las consecuencias, para ello el aporte teórico fue determinante para seleccionar mi muestra.

Alegria (2017) en su tesis de investigación “Maltrato psicológico y dependencia emocional en mujeres estudiantes de una Universidad Privada Cesar Vallejo” para optar el título Licenciado en Psicología– Perú, el objetivo de la investigación fue identificar la correlación entre el maltrato psicológico y la dependencia emocional en mujeres, el instrumento utilizado fue el inventario de maltrato psicológico en la mujer versión abreviada de Tolman (1989) y el diseño utilizado es el enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal con tipo descriptivo y correlacional, el inventario de dependencia emocional (IDE) de Aiquipa en una muestra de 367, el maltrato psicológico con (31.8%) demuestra un resultado bajo y la dependencia emocional el (30.6%) con un nivel alto, así mismo la dimensión Abuso emocional – verbal tiene el porcentaje 42.3% y la dimensión Dominancia y Aislamiento tiene el porcentaje 32.3%, tiene un nivel bajo, además se muestra correlación directa y significativa de media entre el maltrato psicológico y la dependencia emocional ( $p < 0.05$ ). se concluye que si existió relación significativa entre las variables creando un programa de ayuda para las mujeres maltratadas.

Lo que más resalto de esta investigación son los resultados que tuvo un valor significativo alto de los cuales algunos de las dimensiones de este antecedente tuvieron coincidencia con mi investigación como es la dimensión dominación – aislamiento y abuso emocional-verbal.

Macumaya (2015), en su tesis de investigación de la Universidad Privada Peruana Unión “Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital-2015” para optar el título de Licenciado en Psicología, el objetivo fue determinar si existe relación entre la depresión y la violencia familiar, el instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck (Beck y Cols) 1961 y ficha de tamizaje en

psicología clínica, el diseño utilizado es descriptivo – correlacional, de corte transversal, en una muestra de 73 mujeres, de los cuales se demuestra que el 63.0% (46) vienen siendo maltratadas, además el 94.5% (69) muestran depresión, en el resultado de 98.6% (72) existe un mayor porcentaje de maltrato psicológico de todos los participantes, el maltrato físico tuvo un resultado de 89.0% (65). Se concluye que el maltrato físico, sexual y psicológico tuvo relación con la depresión, además el estudio tuvo una fiabilidad de ( $p > 0.05$ ).

La relevancia de esta investigación fue el aporte metodológico y práctico para mi estudio lo cual las variables tuvieron coincidencias por que hace énfasis en el resultado de maltrato psicológico que contribuyó en la culminación de mi trabajo.

## **2.2. Bases teóricas de las variables**

### **2.2.1. Maltrato psicológico**

La investigadora Aroa Padrino Pérez hace mención a la escritora María Le Jars Gournay nacida en París, en los años 1622 en siglo XVII escribió la obra “La igualdad de hombres y mujeres” en donde enfatizó la sumisión que pasaban las mujeres por parte de sus parejas, ella fue considerada la primera precursora del feminismo y tuvo muchas críticas por parte de otros filósofos varones, María Le sentía el rechazo de sus escritos y obras por tratarse de ser mujer y que no debería ser escuchada, además es la primera mujer que publicaba en sus escritos los maltratos que pasaban las mujeres en aquellas décadas, refiere la falta de valoración de la inteligencia de la mujer por parte de los hombres, desprecio a su capacidad intelectual y maltratos psicológico que sufrían las mujeres en sus hogares y trabajo; los hombres de aquellas épocas referían que las mujeres no deberían ser escuchadas por ser mujer, además a la mujer se le comparaba con un animal por el grado de inferioridad, los hombres se consideraban superiores por la arrogancia que ellos mostraban y no primaba la razón por que tenían creencias inculcadas desde niños. (Padrino, 2017), afirma:

“En igualdad de los hombres y las mujeres reflexiona sobre la injusta situación de las mujeres al tener prohibido el uso de la palabra pública, abriendo una nueva línea de debate en el marco de la Querrela de las Mujeres: rechaza proclamar la superioridad de un sexo sobre el otro,

prefiriendo igualarlos, intenta y demuestra que la diferencia no implica ni superioridad ni inferioridad, pretendiendo disolver la organización de los valores femeninos y masculinos en una jerarquía de opuestos. Se trata de un cambio de planteamiento histórico, germen del feminismo de la igualdad. Rechaza el carácter natural de la desigualdad argumentando que son la crianza, la educación y el lugar de nacimiento lo que la condicionan. En agravio de las damas denuncia el desprecio a las mujeres, la desautorización de sus palabras y también en la vida cotidiana pasando violencia psicológica. Se dirige contra la falta de rigor del pensamiento varonil (el hegemónico), al no escuchar ni leer a las autoras, condenándolas directamente a la inferioridad intelectual. A la vez, resalta la sensatez de las pensadoras, que sí conocen la obra masculina, lo que les permite reflexionar sobre ella y elaborar sus propias críticas, demostrando su capacidad intelectual. Señala que esto se produce porque los hombres se han asignado históricamente unos privilegios (la cultura, la palabra), negándoselos a las mujeres.” (p. 619-620)

Así mismo la investigadora Ana Safranoff nacida en Argentina, resalta en sus líneas de investigación a las personas privadas de su libertad, desigualdades de género y relaciones de poder en donde publicó su libro “Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja” lo cual explica: El maltrato psicológico hacia la mujer se identificó con mayor riesgo a las mujeres vulneradas de sus derechos siendo más propensas las mujeres que no trabajan y tienen un salario bajo, la edad, la convivencia con hijos, sus parejas con baja educación, problemas de alcohol de sus parejas y observación de sus parejas de violencia durante su infancia, así mismo su investigación enfatiza que las mujeres que tienen más recursos económicos se empoderan y tiene menor probabilidad de sus sufrir maltrato psicológico y se crea un conflicto porque el agresor psicológico tiene menos oportunidad de maltratarlas, Safranoff divide que los recursos deben ser en forma familiar, absoluto, relativo y contextual, además toma en cuenta la influencia de todos los recursos de la sociedad a nivel educativo, sociales, laborales y económico. (Safranoff, 2017), refiere:

“Otra vertiente de estudios resalta el papel de los recursos personales de la mujer independientemente de los recursos del entorno familiar y/o los de su pareja, esta perspectiva plantea que la causa principal de la violencia psicológica a la mujer se encuentra en su situación de vulnerabilidad: el hecho de tener pocos recursos propios pone a la mujer en una situación de dependencia con respecto a su pareja y, por tanto, aumenta su probabilidad de experimentar violencia. La educación de la mujer ha sido repetidamente considerada como un recurso protector clave, en tanto que confiere fortalecimiento social a través de redes sociales y confianza, y la habilidad de usar información y recursos disponibles en la sociedad, varios autores han mostrado que las mujeres más educadas tienen menor riesgo de experimentar violencia, señalan que el varón utiliza la violencia psicológica para restablecer su poder cuando se siente amenazado por el nivel educativo de la mujer, al tiempo que la mujer tiene el poder suficiente en la pareja – dado su mayor nivel educativo– para prevenir el maltrato, las mujeres que se encuentran en pareja sin convivencia son las más propensas a sufrir maltrato psicológico: sus chances de ser victimizadas son 3,2 veces las de las mujeres casadas, cuando la mujer tiene un nivel educativo superior al de su pareja es más proclive a sufrir violencia psicológica, de acuerdo con esta teoría, el orden patriarcal que se fundamenta en la dominación masculina se ve amenazado cuando la mujer posee más recursos que el varón y, por tanto, la violencia es utilizada aquí para restaurar el sistema tradicional de subordinación de la mujer, este hallazgo parece indicar que los varones utilizan esta modalidad de maltrato como medio para restaurar el sistema tradicional de subordinación de la mujer, el cual se encuentra amenazado en la medida que la mujer posee mayores recursos educativos, la influencia de los recursos no solo debe considerarse en estos cuatro niveles (familiar, absoluto, relativo y contextual), sino que, además, existen distintos tipos que deben tenerse en cuenta. La bibliografía existente destaca, sobre todo, la influencia de los recursos educativos, económicos, sociales y laborales”. (p. 614 y 624)

De la misma forma la investigadora (Velasco, 2015), en su artículo “El psicópata subclínico o integrado en las relaciones de pareja: el maltrato psicológico”, explica:

El maltrato psicológico no se puede evidenciar fácilmente por que la mujer maltratada no evidencia golpes físicos.

Existen rasgos de humillación, insultos y críticas, en el maltrato psicológico la evaluación es más difícil de detectar de las otras violencias, esta investigadora clasifica en 4 fases de maltrato psicológico:

- a) Fase de Asecho y seducción en donde la víctima es seducida por sus debilidades, mentiras y falsas imágenes del psicópata donde vuelve a caer en sus engaños.
- b) Fase de Aislamiento y cosificación de la víctima: la apariencia amable y seductora del psicópata desaparece y empieza a demostrar los menosprecios y dependencia de la mujer hacia el psicópata y así separarla de los amigos y familiares es ahí donde la mujer es humillada logrando su objetivo de dependencia emocional hacia el psicópata.
- c) Fase de Explotación es donde aumenta los maltratos psicológicos con humillaciones, menosprecio y los aprecio de la víctima son rechazado por el psicópata, es donde vuelve a utilizar los aprecio y cariños hacia la mujer y la mujer vuelve a caer en sus engaños consiguiendo confusión de la víctima y dejando que ella elija si seguir con el psicópata para que la víctima vuelva al círculo vicioso.
- d) Fase de Liberación, Acoso y Abandono: es cuando la mujer abandona la relación mientras el agresor psicológico trata de mantener contacto con la víctima llegando a acosar a la víctima generando miedo y quiere volver a tomar el control de la mujer víctima para aprovecharse de ellas y obtener beneficio. (p. 14-15).

“Como ya hemos dicho una agresión física es fácilmente detectable debido a que las consecuencias de dicha agresión son observables directamente en la víctima, pero las manifestaciones del maltrato psicológico no son tan evidentes de

cara a su detección. Algunos indicadores (amenazas, insultos, humillaciones, críticas) hacen el maltrato más obvio, pero otros como la manipulación de la información o la desconsideración de las emociones son más sutiles. El abuso psicológico es más difícil de identificar y evaluar que el resto de formas de violencia de modo que su severidad ha de ser estimada en función de la frecuencia con la que se da (delito continuado) como del impacto subjetivo que supone para la víctima” (Velasco, 2015)

El concepto clave de patrones de interacción coactiva que trasladado al ámbito de la psicopatía se trata del denominado ciclo de manipulación psicótica, un ciclo coactivo-manipulativo en el que la violencia psicológica en sus más diversas manifestaciones, es el *modus operandi* de los psicópatas integrados (Velasco, 2015).

Este ciclo se compone de 4 fases: fase de acecho y seducción, fase de aislamiento y cosificación de la víctima, fase de explotación y fase de liberación.” (pp. 14-15).

Taverniers (2012) explica que:

El abuso emocional es una actitud invisible que ejerce el maltratador y no es visible como el abuso físico, el maltrato emocional es difícil de identificar en la sociedad, este problema no tiene condición social puede estar en mujeres, varones, adolescentes, niños, ancianos; la manifestaciones del abuso emocional se describen en tipos emocionales como oposiciones, descalificaciones, agresiones enmascaradas de bromas o chistes, desviación o cambios abruptos del tema, acusaciones, juicios críticos del tema, trivialización minimización, sabotaje y chantaje emocional, amenaza, órdenes, negación y sometidas, simulación de bondad, falta de apoyo, invasión a la privacidad, escaladas reclusión, imprevisibilidad, materialización, paternalismo, destrato. Las consecuencias sufridas del maltrato emocional son graves por la pérdida de interés de uno mismo conllevando a desvalorizarse. Así mismo el difícil reconocimiento del abusó emocional es difícil de reconocer por parte de la mujer maltratada, familiares, amigos e incluso es difícil el reconocimiento por parte de los profesionales

psicólogos, médicos y abogados, además las mujeres cuando solicitan ayuda solo se enfocan en los problemas somático. (pp. 25, 34, 35, 36, 41,45)

El abuso emocional no deja rastros físicos, pero sus efectos son aún más destructivos y devastadores que los del abuso físico. El maltrato emocional, al ser menos visible que la violencia manifiesta, es mucho más difícil de identificar y demostrar, y es por eso que, en muchos contextos, tanto sociales como profesionales, no es considerado una forma de violencia. La persona afectada sufre una triple pérdida: la amenaza de abandono por parte de su pareja, la pérdida del sentido de sí misma y el alejamiento de otras personas. En otras palabras, pierde conexión con su pareja, consigo misma y con sus redes sociales, lo que produce en ella profundos sentimientos de soledad, desconsuelo y desconexión. El abuso emocional es de difícil reconocimiento, no únicamente por parte de la persona afectada y las personas de su entorno inmediato (familiares, amigos, etc.), sino también por parte de los profesionales involucrados (psicólogos, médicos, abogados, etc.). En muchos contextos no es considerado violencia, y al estar tácitamente aceptado como legítima forma de estar en el mundo y de convivir con otros seres humanos, es normalizada. (p. 25, 34, 35, 36, 41,45).

Así mismo para el psicólogo conductista Richard Chase Tolman en 1989 “The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners” en donde explica: que toda persona que ejerce maltrato psicológico hacia una mujer ocasiona daños irreversibles psicológicos causándoles efectos como llanto, tristeza, humillación, ansiedad, frustración, miedo, disminución de autoestima y falta de autonomía además Tolman menciona que las mujeres maltratadas psicológicamente sufren de aislamiento y alejamiento de sus familiares por que la persona que ejerce el maltrato prohíbe el acercamiento a sus familiares, durante su investigación el maltrato psicológico lo dividió en dos dimensiones como dominación-aislamiento y abuso emocional verbal (Palacios, 2014).

“Se toma la concepción de Tolman (1989) quien señala que este es omisión, intencional y unidireccional, que acarrea daño psicológico a la mujer, como sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, invalidez, desamparo, culpabilidad, frustración, miedo, humillación, falta de autonomía y disminución de la autoestima”,

incluso compara este tipo de maltrato como “paralelo al lavado de cerebro intencional que sufren los prisioneros de guerra”, lo que puede conseguir incluso que las víctimas cuestionen su salud mental, toda acción u abuso emocional-verbal, evalúa ítems relacionados con “ataques verbales, conducta que degrada a las mujeres y retención de los recursos emocionales (restricción de apoyo o manifestaciones de afecto) propuso una versión reducida del mismo, dividiéndolo también en las dos sub-escalas de la prueba original: dominación-aislamiento y abuso emocional verbal” (Palacios, 2014).

a) La subescala dominación-aislamiento evalúa ítems referidos a “aislamiento de los recursos, demandas de servilismo y observación rígida de los roles sexuales tradicionales”

- Interferir en acciones de ayuda
- Restringir medios de comunicación
- Poner apodos o sobrenombres
- Insultar
- Gritar
- Tratarla como a un inferior
- Ridiculización de sentimientos
- Culparla de sus problemas
- Hacerla sentir loca o irracional.

b) El abuso emocional-verbal evalúa ítems relacionados con “ataques verbales, conducta que degrada a las mujeres y retención de los recursos emocionales (restricción de apoyo o manifestaciones de afecto) citado por (Palacios, 2014)

- Hacer seguimiento de tiempo y ubicación
- Toma de decisiones sobre la economía sin pedir permiso
- Celos sobre sus amigos
- Acusar de tener otra pareja
- Interferir relaciones con miembros de su familia
- Interferir en acciones de ayuda
- Restringir medios de comunicación.

### **2.2.2. Depresión**

Para el filósofo Hipócrates en el siglo VI en su obra “La Melancolía de Hipócrates” sustenta acerca de la salud de las personas “los dioses de la enfermedad estaban sujetos a las leyes naturales y era misión del médico descubrirlas” además en su conocida teoría de los cuatro humores consideraba (la bilis negra, la sangre, la flema y la bilis amarilla) era importante para mantener la estabilidad de la salud y la mente, además Hipócrates decía que la alteración de trastornos mentales se acompañaba con expresiones como neuropsiquiátricas (insomnios, temblores, delirio y sitiofobia) y otras características como la depresión, irritabilidad, agitación y cefalea se consideraba que el cerebro dependía de las manifestaciones psicológicas y psicopatológicas, de los cuales Hipócrates caracterizó los elementos principales como el aire, la tierra, el fuego y el aire y las definió como caliente, seco, frío y húmedo, lo destacó como la esencialidad para mantener la estabilidad mental y no dejar que lo psicológico se vea afectada con la depresión, mencionó también que el exceso de bilis negra provocaba consecuencia melancólicas que conllevaban a la depresión, igualmente sostuvo la teoría del humor en donde refirió que el humor influía en los estados de emoción de las personas, si las personas presentaban un humor triste con el tiempo se llegaba a la depresión. (Belloch, Bonifacio Sandin, & Francisco Ramos, 2008)

“A Hipócrates se le suele caracterizar ante todo como un agudo observador de la naturaleza humana y en este sentido, destacan sus detalladas descripciones de algunos desórdenes mentales, tales como lo que hoy conocemos como la depresión, los delirios en las infecciones tuberculosas y palúdicas, la perturbación de la memoria en la disentería, la epilepsia; Hipócrates diseñó una primera aproximación para la clasificación de las hoy llamadas enfermedades mentales, que incluía la epilepsia, la manía (estados de excitación anormal), la melancolía (estados de depresión anormal) y la paranoia (este último estado implicaba para él un deterioro mental extremo)” (Belloch, Bonifacio Sandin, & Francisco Ramos, 2008)

Entonces quiere decir que, a Hipócrates se le consideraba un precursor médico de las primeras enfermedades.

Así mismo el investigador (Machado, 2011) en su artículo “ La Depresión” en el año 2011 menciona que la depresión es un problema de la salud pública, que cada año sufren todos los países, por lo cual la mayoría de mujeres padecen esta enfermedad mental, enfatizando que la depresión no respeta cultura y clase sociales. Además Machado clasificó en su investigación como punto importante lo epidemiológico, etiológico, clínico y terapéutico, igualmente las personas afectadas de depresión eran mujeres con problemas de separación, viudez o divorciado, el menciona que las mujeres que tenían conflictos en su vida conyugal algunas de ellas sufrían violencia psicológica en su hogar, también enfatizó lo etiológico dividiendo en factores etiológicos, genéticos, biológicos, psicosociales resaltando en cada uno de los factores la depresión en sus diferentes ámbitos. Machado indica que una mujer inicia su tratamiento farmacológico cuando la depresión afecta a nivel moderado y severo y que el efecto se dará entre 7 a 21 días para que el paciente puede retomar de apoco su estabilidad emocional y si a la paciente se le observa la recuperación el tratamiento debería mantenerse por 6 meses. (p.259)

“La enfermedad es más frecuente en el sexo femenino, se señalan frecuencias de 2:1, se observa más en la etapa media de la vida y algunos estudios señalan que la prevalencia es mayor en las zonas rurales. Las personas que no tienen pareja (viudo, separado o divorciado) parecen más proclives a deprimirse; aunque en no raras ocasiones el tener pareja puede convertirse en un factor de riesgo de depresión, sobre todo cuando existen conflictos en el matrimonio, violencia u otros, lo cual es válido sobre todo en el caso de las mujeres., los síntomas de la depresión son el estado de ánimo deprimido, que se manifiesta porque el paciente refiere que está triste, deprimido, tiene deseos de llorar (o presenta llanto con frecuencia), en otras ocasiones está irritable; además hay pérdida de la capacidad para sentir placer con las actividades que antes lo producían o se pierde el interés en la mayoría de las actividades cotidianas. También se presentan disminución de las energías, trastornos del apetito y del deseo sexual. El paciente refiere dificultades con la memoria y la concentración y son frecuentes los trastornos del pensamiento: ideas de culpa, de autorreproche, inutilidad, pesimismo e ideas suicidas que en muchas ocasiones se acompañan de intentos suicidas y pueden conducir a un suicidio. El sueño está generalmente

perturbado; aunque puede presentarse somnolencia lo más frecuente es el insomnio matutino; es decir en horas de la madrugada”. (Machado, 2011)

De igual manera, el investigador (Caraveo, 1990) en su libro “Epidemiología y Psicoanálisis en la Depresión” menciona que el término depresión se ha difundido en todas partes del mundo en sus diferentes áreas como clínica y otras disciplinas relacionadas, él habla sobre la depresión en sus variadas afecciones como tristeza anímica pasajera y afecciones intensas y prolongadas tanto somática y psíquicas, aconteciendo así a más de 70 años de investigaciones y estudios a la depresión sigue siendo para los estudiosos una curiosidad por que el ser humano se deprime, ya que el cerebro es un misterio que hasta la actualidad los científicos no entienden la complejidad del cerebro así mismo machado entiende que los trastornos depresivos se dividieron en trastornos depresivos afectivo bipolares, trastorno no bipolar y sintomatología depresivas, explicando que la gravedad de la sintomatologías, también enfatiza sobre la Distimia que aquellas personas que sufren de esta enfermedad pueden realizar con normalidad su vida cotidiana durante 3 años, estas personas se acostumbran con la enfermedad y llegan a decir que están bien y no reconocen que padecen esta enfermedad, resalta que en esta investigación las mujeres son las perjudicadas en la depresión por el mismo hecho que la sociedad práctica el patriarcado y para los adultos y jóvenes es la desvalorización de buenos valores éticos, menciona que la depresión influye lo biológico, social y psicológico, generando los trastornos depresivos; de esta forma Machado dice que al perder el “yo” la persona se deprime perdiendo el autoestima, se desvaloriza y se siente perdido en su vida, entonces se inicia la recuperación del “yo” con una psicoterapia, en el “yo” de cada ser humano siempre han intervenido los factores sociales, ambientales y biológicos, se comprende que de estos factores el ser humano forma sus valores y define su personalidad. (p. 257,258, 269, 270.)

“Esto ha tenido como consecuencia que al hablar de depresión se haga alusión a múltiples acepciones que van desde la tristeza anímica pasajera hasta un estado de afección intensa y prolongada con diversas manifestaciones tanto psíquicas como somática. En el primer grupo se han incluido a aquellas personas que manifiestan tristeza, desazón, angustia y malestar pero que no reúnen los datos clínicos suficientes, tanto en intensidad como en patrón de síntomas para ser

clasificadas como depresión mayor de acuerdo al DSM-III-R(8). A la vez, dentro de este mismo grupo han quedado incluidas aquéllas personas con diagnóstico de Distimia (neurosis depresiva), sobre estos puntos es interesante resaltar los hallazgos de las investigaciones epidemiológicas respecto a que el riesgo de desmoralización es consistentemente mayor para las mujeres (sociedad patriarcal), para los adultos jóvenes, (inversión y destrucción de valores) para los marginados (social y económicamente) y para las personas separadas y divorciadas, hay evidencias claras de factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la génesis y patogenia de los trastornos depresivos, ameritando ser valorados e investigados en cada caso estableciendo sus interrelaciones, si la depresión como afecto señala la pérdida del objeto o la imposibilidad de obtenerlo o recuperarlo, y dado que los afectos son funciones del yo, en última instancia es éste el objeto perdido o inalcanzable, cosificado y alienado de su posibilidad de trascendencia, por tanto el proceso psicoterapéutico estará orientado a la recuperación del yo, objeto perdido, debilitado, desmoralizado, o enfermo en sentido estricto desde el punto de vista médico, el yo es una resultante de un proceso de estructuración entre el ser biológico y el entorno social (personas y valores); la cura no es tolerancia de una situación nociva sino cambio de esa situación nociva en inocua y productiva, mediante la creación de nuevas y por supuesto, verdaderas relaciones con la realidad” (Caraveo, 1990)

De la misma forma, la investigadora (Bleichmar, 1991) en “La depresión en la mujer”, menciona que las mujeres a nivel mundial que en algún momento de su vida padecieron depresión y son más vulnerables para que se depriman, tiene vergüenza en solicitar ayuda psicológica para solucionar sus problemas, así mismo la depresión que sufren pueden ser causadas por maltrato en la infancia, pérdida o muerte de algún familiar, la menopausia, aislamiento o exilio, tener más 2 hijos y falta de apoyo psicológico, también es ocasionado por los problemas de pareja en donde las mujeres guardan los maltratos psicológicos que ellas pasan en la intimidad, en las realizaciones domésticas de la casa, se sienten tristes, abandonadas, desgano, irritabilidad, baja autoestima; el aislamiento por el trabajo y poca frecuencia hacia la familia y los amigos, otro factor que lleva a la depresión a las mujeres es el abandono de sus parejas y rompimiento de la relación, la

dependencia emocional hacia la pareja pese a los maltratos psicológicos que ellas reciben. (p. 283-286)

“En todos los países en que se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a uno de cada diez, la neta preponderancia del sexo femenino no resulta del hecho que a las mujeres les dé menos vergüenza quejarse o estén más dispuestas a pedir ayuda profesional, hay consenso que los datos reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres, de modo que con el avance del conocimiento, las tentativas de explicar la mayor frecuencia de la depresión en las mujeres exclusivamente por la acción de factores biológicos -propios de la fisiología femenina- van perdiendo sustento. Los acontecimientos que se consideran antecedentes biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión son los siguientes:

- a) Muerte de la madre durante la infancia:
- b) Condiciones de aislamiento social: migración, exilio, cambio de residencia;
- c) Más de dos o tres hijos pequeños a su cargo:
- d) Carencia de una red de apoyo,

Existe creciente evidencia sobre el papel que tienen los problemas de pareja y las fallas en la intimidad en la causación de depresión entre las mujeres. Estos hallazgos se suman a la experiencia clínica de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas acerca de los motivos por los cuales las mujeres se sienten inclinadas a pedir una consulta, los cuales giran en torno a: problemas de relación en la pareja, amenaza de pérdida de la pareja, ruptura amorosa, soledad, problemas en las relaciones familiares, cuanto más una persona depende en forma exclusiva o casi exclusiva para la regulación de su autoestima, más facilitado tiene el camino para la depresión. Las vicisitudes de la relación y su eventual riesgo de pérdida provocan constantes e intensas fluctuaciones en la autoestima que originan gran parte de las manifestaciones depresivas: mal humor, desgano, irritabilidad, tristeza, las específicas experiencias en la socialización de las niñas son los factores principales en que se sustenta la alta expectativa acerca de la intimidad en

los vínculos afectivos, junto al temor a la pérdida de amor y al abandono. Estas son trazas psicológicas subyacentes a los comportamientos que luego se tipifican como deseables para la mujer: dependencia, gentileza, obediencia, sumisión. Los problemas derivados de la identificación con una mujer -la madre- quien también es depresiva por haber desarrollado una identidad marcada por el estereotipo del rol y por haber estado sometida a las condiciones de vida que sostienen la desvalorización, la impotencia y la limitación de oportunidades de las mujeres” (Bleichmar, 1991)

De igual manera, en su investigación (Maria Asunción, Maricarmen Acevedo, & Shoshana Berrenzon, 2004) en su artículo “La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres” en donde menciona que la mujeres con depresión tienen menor oportunidad de conseguir tratamiento psicológico por la desigualdad que se viven en los diferentes países, también menciona que las mujeres sufren mayor depresión que los hombres, así mismo identificaron los pensamientos negativos de las mujeres, sobre vivencias cotidianas, se muestra que la depresión se manifestó con tristeza llanto lo cual refleja la realidad que pasan las mujeres en las vivencias que pasa en sus hogares, menciona que las mujeres criadas en hogares machistas son sumisas, calladas y son inculcadas por partes de sus padres que cuando te cases no grites, no te pelees, cállate lo cual les causa una desvalorización como mujeres también son inculcadas que las mujeres son para la casa y atender a sus esposos e hijos, además en las relaciones de pareja la depresión de las mujeres es más alto porque la dependencia hacia el hombre es alto, el trabajo doméstico le genera depresión por la misma presión en atender a los hijos y a veces alguna de ellas trabajan, la violencia y el alcoholismo generan que el varón ejerza violencia psicológica hacia la mujer como insultos, humillaciones, desvalorización hacia la mujeres en todos los aspectos. (p. 820, 822, 824).

“En esta categoría se agruparon los aspectos relacionados con el reconocimiento de la depresión como un trastorno, con la manera en que las mujeres identifican y viven los síntomas, con los pensamientos negativos asociados a la misma y con las diversas formas en que se puede manifestar, la mayoría coincidió con que a las mujeres se las educa “a ser sumisas”, a “no grites, no te

enojes, no te pelees” y “a no valorarnos”; se les “mete muy chicas a las responsabilidades” y se les dice que si “se casa es para la casa, para los hijos, es para el marido” y “es la que lleva toda la carga, todas las presiones”. Pero también perciben cambios: “pero antes yo pienso que era más, porque, por ejemplo, mi abuela, no tenía educación”. Por lo mismo, dicen que ya no educan a sus hijas “para servirle a los hombres”, y tratan de “darles una educación un poquito más elevada, para que se puedan defender ellas mismas” La mala relación con la pareja es una de las fuentes más importantes de depresión: “ahí sí cuando hay problemas con la pareja, y que no le busca uno una solución, lo llevan a una depresión tremenda”. Entre las situaciones que llevan a las mujeres a deprimirse, está la dependencia de la mujer hacia el hombre: “me han tocado comentarios también de que la mujer no puede estar sin el hombre; o sea, siente que si se separa se le viene el mundo encima”, y piensan que eso las hace vulnerables. Otra situación que les causa malestar es el control de los hombres: “y peor cuando, voy a ir a tomar un café, voy a ir a tal parte. ¿Me estás pidiendo permiso o me estás avisando? Yo te estoy avisando, (Risas)”, “sí, es cierto ¿cómo tenemos que pedirle permiso al marido si se supone que son marido y mujer? Ya no se usa”, o cuando ellos quieren decidir todo y no dejan que la mujer decida: “y no está bien... porque eso también hace que la mujer se deprima más y sobre todo porque no la hacen valer como mujer”. Las exigencias del marido sin que ellos cumplan con sus responsabilidades, también las deprime. Sin embargo, aguantan estas situaciones, por lo general, por los hijos, aunque reflexionan: “sí, uno lo hace todo por sus hijos, pero ¿a poco te vas a arruinar la vida ahí nomás? Los hijos crecen y se van y te dejan”. Pero ¿qué pasa cuando los hombres sí las apoyan? Fue común que dieran ejemplos de hombres, ya fuera marido, hermanos o papá, que ayudan en las labores de la casa, “en todo: barrer, lavar, cocinar, limpiar” y que las gentes de fuera los tachara de mandilones. Muchos, para evitar esto, les piden que no los hagan hacer estas tareas cuando hay otras personas. Aún más, una mujer cuenta que su esposo ha sido su mejor apoyo en su depresión, Las amas de casa piensan que si no se tienen carencias económicas o si se es “un poco independiente de los hijos” se puede disfrutar estar en la casa; justifican el trabajo fuera del hogar sólo si hay necesidad. Ven ventajas en estar en la casa, porque la disfrutaban y disfrutaban a los hijos, pero también en trabajar fuera: “saliéndose a trabajar, como que dejan un poquito de

tensiones". Las mujeres trabajadoras se sienten afectadas por la manera en que se las juzga: "muchas veces critican a uno sin saber cómo está realmente la cosa". También las critican de lo que les sucede a sus hijos "si se cae el niño o le pasa algo: es por tu culpa, andas trabajando". Pero tratan de no dejarse culpabilizar viendo lo bueno: (mi hijo) va feliz, nunca me llora, entra a la guardería y ni me pela" y "muchas veces son mejores las guarderías que con la abuelita que con la tía, porque ahí les enseñan cosas". Se sienten muy mal cuando dejan a los hijos/as en la guardería y se "quedan llorando" o cuando "están muy chiquitos", pero tratan de animarse diciendo: "ojos que no ven, corazón que no siente (Risas)". Consideran que hay mujeres que están en su casa porque no tienen otra alternativa: "no pueden salir a trabajar porque no saben" y en ese caso "deberían estar a gusto". Aunque algunas se percatan de que el trabajo doméstico "es aburrido, no acaba uno, no facilita conocer a personas que por lo menos saben más" y puede llevar a la depresión, dos mujeres hacen mención al alcoholismo: "en problemas de alcoholismo yo me aventaba unos rounds, digo, aparte de que aguanta uno el maltrato verbal, le dicen a uno hasta lo que no te quieren dar un golpe, pero borracho, me lo sueno" y otra menciona que su esposo alcohólico les pegaba a sus hijos, hasta que ella se hartó y no le dejó que les pegara más" (Maria Asunción, Maricarmen Acevedo, & Shoshana Berrenzon, 2004)

Así mismo el investigador Beck, Rush, Shaw, & Emery Beck (2010) publicó su obra "Terapia cognitivo de la depresión" en donde habla que:

Las personas deprimidas tienden a desvalorizarse y expresar sus experiencias desagradables como defectos suyos y expresar que es un inútil, falta de valor, se subestima así mismo, y en sus pensamiento suele decir que el no merece la felicidad y logros en su vida, menciona que las personas deprimidas siempre a lo largo de su vida llevarán consigo los fracasos, sus defectos y no lograrán alcanzar sus objetivos por que no se sienten el valor de sí mismo como personas, ante la sociedad siempre pensarán que los rechazarán por tener defectos lo cual les conllevará a sentir tristeza, llanto, frustración, fracaso, cólera y siempre pensarán que no merecen nada la vida. Aron Beck en la triada cognitiva divide en cuatro componentes, la tríada

cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información. (p. 20- 24).

### **2.2.2.1. Definición de terapia cognitiva.**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **2.2.2.2. Características nuevas de la terapia cognitiva**

¿Cuáles son las notas innovadoras de este tipo de terapia? La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. “Empirismo colaborativo”: En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta –con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formulación del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el

terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas. Hemos observado que las técnicas psicoanalíticas clásicas, tales como la asociación libre y la mínima actividad por parte del terapeuta, influyen de modo negativo en el paciente depresivo, ya que le permiten hundirse aún más en su laberinto de preocupaciones negativas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### ***2.2.2.3. El modelo cognitivo de la depresión.***

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### ***2.2.2.4. Concepto de tríada cognitiva.***

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. (p. 20)

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse

cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. (p. 20)

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (p. 20)

#### ***2.2.2.5. Errores en el procesamiento de la información***

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento. (p. 23)
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas. (p. 23)

- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión. (p. 23)
- Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. (p. 23)
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (p. 23)

A continuación, se esquematizan las características que diferencian ambas formas de pensamiento.

**Tabla 1.**  
*Características de las formas de pensamiento*

<b>PENSAMIENTO “PRIMITIVO”</b>	<b>PENSAMIENTO “MADURO”</b>
1. No dimensional y global: Soy un miedoso.	Multidimensional: Soy medianamente miedoso bastante generoso y ciertamente inteligente
2. Absolutista. y moralista: despreciable cobarde.	Soy un Relativo; no emite juicios de valor: soy más mayoría de las personas que conozco.
3. Invariable: Siempre fui, Siempre seré un cobarde	Variable. Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
4. “Diagnóstico basado en el carácter”: Hay algo extraño en mi carácter.	“Diagnóstico conductual”: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos
5. Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.	Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos

#### **2.2.2.6. Determinación de los síntomas objetivo**

Como ya hemos mencionado, el individuo depresivo tiende a percibirse a sí mismo, sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. Estas concepciones negativas se ponen de manifiesto en el modo como el paciente malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su

pensamiento. Las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso: los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y, en general, la pasividad se refuerza mutuamente. El terapeuta cognitivo rompe este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica. El primer objetivo, por tanto, puede centrarse en uno o varios de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales o conductuales. (Para conseguir resultados duraderos, los supuestos inadecuados que subyacen a los síntomas deben ser modificados). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

#### **2.2.2.7. Selección de objetivos y técnicas**

La selección del conjunto de síntomas y de las técnicas a emplear puede llevarse a cabo en base a varias consideraciones:

- El principio de la “colaboración terapéutica” suele sentar una buena base para la toma de este tipo de decisiones. El terapeuta puede delimitar varias áreas susceptibles de intervención y describir algunos de los procedimientos terapéuticos que parezcan más indicados. Tras una discusión, terapeuta y paciente pueden tomar una decisión conjunta (una vez que haya comprobado que el paciente no está demasiado encerrado en sí mismo como para participar en la toma de decisiones). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)
- Generalmente, en las primeras fases del tratamiento y en el tratamiento de los pacientes depresivos más graves, es probable que las técnicas conductuales sean más recomendables que las estrictamente cognitivas. En este sentido, debería prestarse más atención a procedimientos como la programación de actividades, la asignación de tareas graduales y la práctica cognitiva que a la identificación y modificación de las cogniciones inadecuadas. (p. 165)
- El terapeuta debe intentar conjugar el procedimiento con el nivel cultural del paciente, su estilo personal, etc. (p. 165)

- La urgencia y gravedad relativas de los distintos problemas y síntomas son los factores que deben dictar la prioridad; es decir, el problema(s) que ha de tratarse en primer lugar.
- En cierto sentido, suele ser necesario poner en práctica el método de “ensayo y error”. Al paciente debe decirse: Disponemos de varios procedimientos que han resultado útiles para solucionar distintos problemas. Podemos poner a prueba algunas de estas técnicas para encontrar la que mejor le sirva a usted. Aunque un método no nos resulte demasiado útil, siempre nos proporcionará información sobre otros métodos con mayor probabilidad de éxito”. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

En resumen, el procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente. A continuación, figuran algunos de los principales síntomas objetivos. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### **2.2.2.8. Síntomas afectivos**

##### **1) Tristeza.**

Es posible que los pacientes describan estos sentimientos en términos de sensaciones corporales; por ejemplo, “Un sentimiento de tristeza impregna todo mi cuerpo”. Se da la circunstancia de que el paciente experimenta este dolor psíquico en un momento en que su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor –de cualquier tipo– se sitúan a unos niveles muy bajos. Por esta razón, proporcionar al paciente un cierto alivio suele ser uno de los primeros objetivos de la intervención terapéutica.

##### **2) Cólera inducida.**

La experiencia de ira también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente. Sin embargo, a no ser que se haga con mucho cuidado, el paciente puede culparse por su enfado y, de este modo, sentirse peor. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **3) Distracción.**

Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **4) Humor.**

Suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente. Muchos pacientes conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría; en base a ello, el terapeuta ducho en poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones puede distraer la atención del paciente, aunque sólo sea temporalmente, valiéndose del humor. Cuando un paciente depresivo capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que está desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010) .

### **5) Limitación de las expresiones de disforia.**

Las personas aquejadas de problemas psíquicos, igual que las que padecen alguna enfermedad física, suelen sentirse aliviadas cuando comentan sus sufrimientos con otras personas. Dado que la atención por parte de los demás no es la causa de la tristeza, como muchos parecen creer, las conversaciones prolongadas o frecuentes sobre estos sentimientos suelen intensificarlos.

### **6) “Construir un piso” bajo la tristeza.**

Otro procedimiento útil consiste en enseñar al paciente a aumentar su tolerancia a los sentimientos de disforia. Este método es recomendable en el tratamiento de emociones negativas, como la ansiedad. En lugar de, o en respuesta al pensamiento, “No puede soportarlo”, se anima al paciente a que se diga a sí mismo, “Soy bastante fuerte para aguantarlo” o “Voy a ver cuánto tiempo soy capaz de soportarlo”. A base de práctica, las personas aprenden a aumentar su tolerancia ante casi cualquier forma de malestar. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **7) Períodos de llanto “incontrolable”.**

los períodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión. Habitualmente se da más en las mujeres. En ocasiones, los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero generalmente lo que ocurre es que se deprimen aún más. Algunos pacientes lloran hasta tal punto que la comunicación con los demás y, por tanto, con el terapeuta se ve seriamente impedida. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **8) Sentimientos de culpabilidad.**

Ya que el sentimiento de “estar haciendo las cosas mal” se basa en patrones arbitrarios e idiosincráticos, el terapeuta debe evitar llegar a conclusiones sobre la fuente de los sentimientos de culpabilidad del paciente. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **9) Vergüenza.**

Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto “socialmente indeseable” de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los códigos ético o moral por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco o, en general, inferior. Así, los comportamientos que el paciente supone les van a parecer ridículos a los demás son los que inician la secuencia: “Parezco un loco” → “Es terrible parecerlo” → vergüenza. Ya que los pacientes no suelen admitir espontáneamente que se sienten avergonzados, el terapeuta necesita indagar acerca de este sentimiento. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **10) Cólera.**

Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos de ellos experimentan más ira cuando comienzan a sentirse mejor. Este período de cólera excesiva suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Sin embargo, existen pacientes cuyos enfados aparecen al principio y son persistentes. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

## **11) Ansiedad.**

Con frecuencia, los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña a la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo. Algunos pacientes se ven demasiado afectados por la ansiedad porque no clasifican correctamente sus emociones. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **2.2.2.9. Síntomas motivacionales.**

#### **1) Pérdida de la motivación positiva.**

El incremento de la tendencia a la evitación La ausencia de motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más simples suelen ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. En la mayoría de los casos, el paciente permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la actividad o que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo. La pérdida de la motivación positiva suele ir acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### **2) Dependencia.**

La dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda del paciente. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente un alivio temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **2.2.2.10. Síntomas cognitivos**

Dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria. Las distorsiones cognitivas que se sitúan más bien a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **1) Indecisión.**

A menudo la toma de decisiones constituye un problema para los pacientes depresivos. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la causa de su depresión y, consecuentemente, que, si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá; pero no está demasiado seguro de lo acertado de esta decisión. Otro tipo de problema también muy frecuente surge cuando ha cambiado algún aspecto de la vida del paciente –un nuevo empleo, la mudanza a otra casa, etc. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010). Percibir los problemas como abrumadores.- la “tríada cognitiva” consiste en una visión negativa del mundo exterior, de sí mismo y del futuro. La visión negativa del futuro (“desesperanza”). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **2) Autocrítica.**

Como la mayoría de las personas, el paciente depresivo también busca la explicación de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Muchas veces, esta tendencia se ve apoyada por algunas de las personas significativas, que afirman que el paciente “podría mejorar si quisiera”. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

### **3) Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.**

Los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### ***2.2.2.11. Síntomas conductuales***

### **1) La pasividad e inactividad.**

Se observan en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz. Muchas veces, un programa de actividades sirve para contrarrestar la pasividad y la lentitud. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

## **2) Problemas de habilidades sociales.**

El paciente depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Es posible que el paciente evite a los demás o bien que se someta a sus deseos. Por lo general, el paciente posee habilidades sociales adecuadas; lo que sucede es que no las pone en práctica. El objetivo, por lo tanto, consiste en reactivar dichas habilidades sociales, no en instaurarlas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### ***2.2.2.12. Síntomas fisiológicos.***

#### **1) Alteraciones del sueño.**

Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general, el paciente recupera su patrón de sueño habitual cuando desaparezca la depresión. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

#### **2) Alteraciones sexuales y del apetito.**

La pérdida del apetito y la pérdida sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retornan el apetito y el interés sexual. El mero hecho de decírselo al paciente puede resultar útil. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### ***2.2.2.13. Contexto social de los síntomas***

Como ya hemos mencionado, el buen entrevistador es capaz de entresacar los aspectos más relevantes referentes a los síntomas del paciente y a su manera idiosincrática de interpretar sus experiencias. La mayoría de los síntomas suelen estar relacionados con un determinado ambiente social. Los sentimientos de culpa, la reducción de la satisfacción, la evitación y la lentitud generalmente están ocultos

por la manera como el paciente interpreta los estímulos externos, se autoevalúa y cree que los demás le evalúan. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010) .

### **2.3. Definición de términos básicos.**

**Maltrato.** Es todo acto que ocasiona daño hacia el sexo femenino, se le conoce como “violencia de género” causando sufrimiento, psicológico, físico y sexual; causándolas la privatización de su libertad, la violencia hacia la mujer no es un suceso biológico si no de genero donde influye la sociedad, la crianza desde niños inculcándoles pensamiento de acuerdo a sus creencias y la cultura. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Maltrato psicológico.** Es el conjunto de comportamiento y actitudes que causa daños psicológicos y psíquicos, los cuales no son detectables porque son difícil de percibir a diferencia de la violencia física, el maltrato psicológico está considerado como una violencia “invisible”, produciéndoles sentimientos de humillación, llanto, tristeza, desvalorización como persona, baja autoestima, también el daño causado a la mujer se refleja ante lo social, sexual, moral, jurídico y económico. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Maltrato verbal.** Es todo acto de ningunear, vejar, humillar, insultar, ridiculizar, ironizar con crueldad, confundir mediante estrategias tendentes a poner en tela de juicio la capacidad mental y cordura de la mujer víctima. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Aislamiento y control abusivo sobre la víctima.** Es la actitud de la persona para tomar el control de la víctima aislándole de sus familiares, entorno social y profesional, realizando el hostigamiento con llamadas telefónicas, espiándole en el trabajo, redes sociales, correos electrónicos restringiendo la concurrencia hacia sus familiares. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Intimidación, coacción y amenaza.** Es toda acción de una persona realizando hechos de asustar e intimidar mediante actitudes explícitas, gestos, miradas, etc., realizando actos como destrozar una propiedad, coaccionándola a la víctima, con armas u objetos peligrosos, amenazándola con herirla, matarla, quitarle los hijos,

etc. Además, tratar con actos malos a las mascotas domésticas de ella o los hijos. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Prevalecimiento y abuso emocional.** Tratar a la víctima como un ser inferior tratándola de hacerle sentir que no vale como persona, tomar decisiones sin consultar, utilizar a los hijos como objeto para realizar sus objetivos haciéndole sentir a la víctima su superioridad por el hecho que la mujer realiza actividad doméstica y cuestionando su intelectualidad, el varón hace sentir a su víctima el machismo. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Indefensión aprendida.** Es cambio de emoción brusca que tiene la víctima ocasionados por el agresor, desestabilizándola en su actitudes, pensamientos, haciéndola confundir en situaciones de su vida para hacerla sentir indefensa, el agresor en todo momento mostrara amabilidad para continuar el maltrato. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Abuso económico.** Es el control económico que realiza hacia la victima exigiendo en todo momento el control de los gastos que realiza para ello la persona que vive sometida económicamente es impedida de trabajar y seguir siendo controlada por el victimario. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014).

**Explosión de la tensión.** Es un episodio que vive la víctima con maltratos físicos, psicológicos y sexuales en la vivencia cotidiana. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Arrepentimiento.** Es donde la persona maltratada es convencida por el agresor de su acción cometido mostrando actitudes de arrepentimiento para manipularle llegando a convencer a la víctima de sus sentimientos. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Acumulación de formación de tensión.** Es donde el agresor vuelva a acumular emociones negativas para realizar actos de maltrato psicológico. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Escala y reanudación del ciclo.** Es la reanudación de acciones y actitudes del agresor volviendo a cometer maltratos psicológicos sometiendo a la mujer al ciclo de la violencia. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

**Estrés postraumático.** El trastorno ocasionado suele acompañar con otros efectos clínicos, como la depresión, ansiedad, consumo de alcohol generándole inadaptabilidad en sus vivencias diaria. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014).

- Daños psíquicos.
- Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, humillación...)
- Ansiedad
- Depresión
- Pérdida de la autoestima
- Pérdida del interés y concentración en actividades anteriormente gratificantes
- Cambios del sistema de valores, especialmente sobre la confianza en los demás y sobre el valor de la justicia.
- Conductas de abuso y consumo de sustancias, fármacos, alcohol
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento)
- Aumento de la vulnerabilidad, indefensión y desesperanza
- Cambio drástico del estilo de vida con necesidad permanente de trasladarse y cambiar de localización
- Alteraciones psicosomáticas múltiples

**Depresión.** Es la manifestación de los trastornos psicológicos que afecta al comportamiento de la persona tanto cognitivo y físico, por haber vivido situaciones de maltratos, y episodios traumáticos a lo largo de su vivencia cotidiana, afectando a sus familiares, para Beck la persona que sufre con depresión leve tienen pensamientos negativos con cierta objetividad de su realidad a medida que su situación sea moderado sus pensamientos negativos lo dominan llevándole a conexiones reales y interpretación negativas a veces suelen distorsionar la realidad y cuando la depresión es severa sus pensamientos le dominan en cada momento su vida diaria llegando a tener una difícil concentración interfiriendo en la conducta, así mismo la depresión lleva a la pérdida de sus capacidades manifestándose con tristeza, llanto, cansancio excesivo en el trabajo y actividades del hogar, ansiedad, irritabilidad con la persona, dificultad para la concentración, dificultades para dormir, toma decisiones . (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Triada Cognitiva.** Consiste en tres modelos cognitivos principales donde introducen a los pacientes a considerarse a sí mismo, en el futuro y sus experiencias vividas en su comportamiento, actitudes, sus rasgos, sus creencias, pensamientos y cultura, así mismo tiene tres componentes la visión negativa, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, visión negativa acerca del futuro. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Pensamiento maduro.** Tiene automáticamente situaciones de varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Pensamiento primitivo.** Tuvo la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a unas pocas categorías. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Liberación de emociones.** Es la liberación de sentimientos que la persona tiene en sus pensamientos internos, además se basa la metáfora en las emociones internas que presionan para ser liberadas la represión que sienten en lo interno de sus emociones. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Raptor.** El rapport es muy importante para el tratamiento del paciente depresivo, se refiere a un ambiente armonioso que el terapeuta crea con el paciente o en grupo donde el terapeuta es empático, comprensivo, comprendiendo sus sentimientos y el paciente acepta sus problemas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Cognición.** Es un pensamiento o una imagen donde no puede ser consciente, una cognición es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

**Pensamientos inadecuados.** Registrar las cogniciones y las respuestas en las columnas paralelas donde se comienza a examinar, evaluar y modificar las cogniciones, el paciente recibe las instrucciones de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna). (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

### **III. MÉTODOS Y MATERIALES**

#### **3.1. Hipótesis de la investigación**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

HG Existe relación positiva entre maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

HE 1 Existe relación positiva entre abuso emocional y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020

HE 2 Existe relación positiva entre dominación - aislamiento y el área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020

HE 3 Existe relación positiva entre abuso emocional y el área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020

HE 4 Existe relación positiva entre dominación- aislamiento y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020.

#### **3.2. Variables de estudio.**

Esta investigación tiene 2 variables:

V1: Maltrato Psicológico

V2: Depresión.

##### **3.2.1. Definición conceptual.**

###### **3.2.1.1. Maltrato psicológico.**

Es el conjunto de comportamiento y actitudes que causa daños psicológicos y psíquicos, los cuales no son detectables porque son difícil de percibir a diferencia de la violencia física, el maltrato psicológico está considerado como una violencia “invisible”, produciéndoles sentimientos de humillación, llanto, tristeza, desvalorización como persona, baja autoestima, también el daño causado a la

mujer se refleja ante lo social, sexual, moral, jurídico y económico. (Carmelo, Vicente Magro, & José Cuellar, 2014)

### **3.2.1.2. Depresión.**

Es la manifestación de los trastornos psicológicos que afecta al comportamiento de la persona tanto cognitivo y físico, donde el individuo tiene pensamientos negativos del futuro por haber vivido situaciones de maltratos y episodios traumáticos a lo largo de su vivencia cotidiana, afectando a sus familiares, para Beck la persona que sufre con depresión les lleva a un nivel leve, moderado y severo, así mismo la depresión conlleva a la pérdida de sus capacidades manifestándose con tristeza, llanto, cansancio excesivo en el trabajo y actividades del hogar, ansiedad, irritabilidad con la persona, dificultad para la concentración, dificultades para dormir, toma de decisiones. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

### **3.2.2. Definición operacional**

#### **3.2.2.1. Maltrato Psicológico.**

El investigador Tolman en 1989 creó su instrumento Maltrato psicológico, posteriormente en 1999 en su estudio de validación del PMWI planteó una versión reducida de el mismo, de la misma manera esta variable tiene 2 dimensiones:

Abuso emocional – verbal es el aislamiento de las mujeres, prohibiéndoles la a socializar con sus amistades y familia, donde los recursos económico son controlados con observación rígida de los roles sexuales tradicionales, de los cuales los indicadores son gritar, tratarla como a un inferior, poner apodos o sobrenombres, ridiculización de sentimientos, culparla de sus problemas y hacerla sentir loca o irracional; está compuesta por 7 ítems y tiene una medición ordinal; así mismo la segunda dimensión es Dominación- Aislamiento son ataques verbales, conducta que degradando a la mujer y la retención de los recursos emocionales, quitándolas el apoyo y afecto emocional, en donde contiene los indicadores como celos sobre sus amigos, acusar de tener otra pareja, interferir relaciones con miembros de su familia, interferir en acciones de ayuda, restringir medios de comunicación, seguimiento de tiempo y ubicación, toma de decisiones

sobre la economía sin pedir permiso, está compuesta por 7 ítems y tiene una medición ordinal.

### **3.2.2.2. Depresión.**

El investigador Aron Beck en 1961 en su instrumento original “el inventario de Depresión de Beck”, posteriormente en su estudio de revisión 1971 bajo el nombre de BDI-1A; y el BDI-II publicado en 1996, así como la versión más usada el BDI-II muestra que tiene 2 dimensiones como:

Área cognitivo – afectivo, es la dificultad para concentrarse en las actividades diarias donde presenta problemas de atención, dificultad de memoria y distorsiones cognitivas, así también se manifiesta la tristeza y pérdida de la gratificación, causando la apatía, pérdida de sentimientos y afecto por otras personas, además pérdida de la alegría y ansiedad, de los cuales sus indicadores son la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, desvalorización; así también la dimensión somático-motivacional es el deseo de escapar, normalmente vía suicidio, evitar los problemas” o incluso actividades cotidianas donde la pérdida de sueño son frecuentes, afectando el apetito (hiperfagia o hipofagia), tiene como indicadores a la agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga; este inventario tiene 21 ítems y tiene una medición ordinal.

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS DIMENSIONES	INDICADORES			
Maltrato psicológico	Es el conjunto de comportamiento y actitudes que causan daños psicológicos y psíquicos, los cuales no son detectables porque son difícil de percibir a diferencia de la violencia física, el maltrato psicológico está considerado como una violencia "invisible".	El investigador Tolman en 1989 creó su instrumento maltrato psicológico, posteriormente en 1999 en su estudio de validación del PMWI planteó una versión reducida del el mismo, de la misma manera la investigadora Riega Alegría, Natali del Carmen en el 2017 modifíco este cuestionario con 14 items pero respetando la dimensiones planteadas por Richard Tolman : Abuso emocional – verbal y Dominación - Aislamiento	Dominación-aislamiento  Abuso emocional-verbal	Es el aislamiento de las mujeres, prohibiéndoles la a socializar con sus amistades y familia, donde los recursos económico son controlados observación rígida de los roles sexuales tradicionales.  Son ataques verbales, conducta que degradando a la mujer y la retención de los recursos emocionales, quitándolas el apoyo y efecto emocional.	Poner apodos o sobrenombres Insultar Gritar Tratarla como a un inferior Ridiculización de sentimientos Culparla de sus problemas Hacerla sentir loca o irracional.  Hacer seguimiento de tiempo y ubicación Toma de decisiones sobre la economía sin pedir permiso Celos sobre sus amigos Acusar de tener otra pareja Interferir relaciones con miembros de su familia Interferir en acciones de ayuda Restringir medios de comunicación.	ITEMS  2 ,4, 6, 8, 10,12 y 14  1, 3, 5, 7, 9, 11, 13	PUNTOS  7 a 35 puntos  7 a 35 puntos	RANGO    7 a 8: Bajo 8 a 9: Significativo 9 a 11.7: Moderado 12 a 25: Alto
Depresión	Es la manifestación de los trastornos psicológicos que afecta al comportamiento de la persona tanto cognitivo y físico, donde en individuo tiene pensamientos negativos del futuro por haber vivido situaciones de maltratos y episodios traumáticos a lo largo de su vivencia.	El investigador Aron Beck en 1961 en su instrumento original "el inventario de Depresión de Beck " posteriormente en su estudio de revisión 1971 bajo el nombre de BDI-1A; y el BDI-II fue publicado en 1996, así mismo la versión más usada es el BDI-II lo cual nuestra que tiene 2 dimensiones como: Área cognitivo – afectivo, área somático-motivacional este inventario tiene 21 ítems y tiene una medición ordinal.	Síntomas Cognitivo-Afectivo  Síntomas Somático-motivacional	Es la dificultad para concentrarse en las actividades diarias donde tiene problemas de atención, dificultades de memoria y las distorsiones cognitivas , también se manifiesta la tristeza, pérdida de la gratificación, causando apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad  Es el deseo de escapar normalmente, vía suicidio, evitar los problemas" o incluso actividades cotidianas donde la perdida de sueño son frecuentes afectando el apetito (hiperfagia o hipofagia).	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Pérdida del placer 5. Sentimientos de culpa 7. Disconformidad con uno mismo 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas 10. Llanto 14 desvalorización  11. Agitación 12. Pérdida de interés 13. Indecisión 15. Pérdida de energía 16. Cambios en los hábitos de sueño 17. Irritabilidad 18. Cambios de apetito 19. Dificultad de concentración 20. Cansancio o fatiga	Calificación por dimensiones  0- 3= leve 4 – 7= leve 8- 11 = moderado 12 – 30 = severo  0 – 6 = mínimo 7 – 9 = leve 10 – 11 = moderado 12 – 27 = severo	Calificación en general  0-10 = Mínimo 11-15= Leve 10 – 21=Moderado 22-57 = Severo	

### 3.3. Tipo y nivel de la investigación

Sampieri et al (2014), el tipo de investigación es aplicada ya que se utilizaron conocimientos, sustentos teóricos y científicos que fueron resultados de haber realizado estudios básicos, buscando aplicarlos en la población de estudio al cual va dirigido.

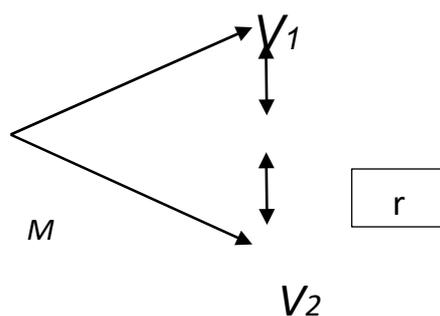
Sampieri et al (2014), así mismo el nivel de investigación es descriptivo y correlacional comprendido por buscar describir las características y perfiles de la persona, primero al describir individualmente a cada una de las dos variables y luego explicar la correlación que existe entre estas en un contexto específico.

En tal sentido, con la investigación se buscó determinar si el maltrato psicológico tiene relación con la depresión en las mujeres del ASCOBAME-Ayacucho.

### 3.4. Diseño de la investigación

Sampieri et al (2014) el diseño es no experimental de corte transversal, ya que obtiene información o datos una vez durante una cantidad de tiempo limitada.

Sampieri et al (2014), refiere sobre los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.



Donde:

M : Muestra de mujeres.

V1 : Maltrato Psicológico.

V2 : Depresión.

r : Relación entre maltrato psicológico y depresión.

### **3.5. Población y muestra de estudio**

#### **3.5.1. Población**

La población de la investigación está integrada por mujeres de la Asociación de Comerciantes de Bases de Mercados (ASCOBAME), consistentes en 55 comerciantes.

Sampieri et al (2014), una vez que se ha definido cuál será la unidad de muestreo/análisis, se procede a delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo. (p. 174)

#### **3.5.2. Muestra**

La muestra de estudio son 45 mujeres de la Asociación de Comerciantes de Bases de Mercados (ASCOBAME).

Sampier et al (2014) Las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación, elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende del planteamiento del estudio, del diseño de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella, (p. 176)

Sampieri et al (2014), la ventaja de una muestra no probabilística desde la visión cuantitativa es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema (p. 190).

#### **Desarrollo de fórmula**

Para lo cual se ha elegido el total de la población:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot N + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

**N** = Población = 55

**n** = Muestra = 45

**d** = Margen de Error = 5% = 0.05

**Z** = Nivel de Confianza = 95%  $\Rightarrow$  1.96

**p** = Probabilidad de Éxito = 50% = 0.5

**q** = Probabilidad de Fracaso = 50% = 0.5

Reemplazando a la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(46)}{(0.05)^2(46) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(0.9604)(46)}{(0.0025)(46) + (0.9604)}$$

$$n = 45$$

Indica que el muestreo es “un procedimiento que consiste en extraer una parte de la población con la finalidad de estudiarla y cuyos resultados queremos extrapolar a la población total”.

Por consiguiente, se empleó:

La muestra ajustada: factor de corrección finita:

$$\frac{n}{N} = \frac{41}{46} = 89\%$$

Reemplazado:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{41}{1 + \frac{41}{46}} = 45$$

### **Muestra no probabilístico.**

Para el estudio realizado se tuvo que seleccionar a una población de mujeres y para la muestra solo se consideró los casos más significativos, para Pimienta la selección es en forma casual; por lo que en física, biología o psicología los elementos que se estudian se seleccionan en forma casual, o bien porque reúnen

ciertas características, como sería seleccionar al animal más gordo para estudiarlo. (Pimienta, 2000)

De la misma manera esta investigación determina el muestreo por cuotas, en donde Pimienta menciona que es un tipo de muestreo ampliamente utilizado en encuestas sobre opinión electoral, investigación de mercado o similares, los encuestadores reciben la orden de obtener cierto número de entrevistas (cuotas), a partir de las cuales se construye una muestra relativamente proporcional a la población. (Pimienta, 2000)

- Criterios de inclusión.
  - Ser mujer
  - Haber cumplido la mayoría de edad
  - Casadas, divorciadas, separadas, convivientes y solteras
  - Grado de instrucción, primaria, secundaria, técnica o superior
  - Mujer de 20 a 50 años
  - Con hijos y sin hijos
- Criterios de exclusión.
  - Ser menor de edad.
  - Ser de otra nacionalidad.

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.5.1. Técnicas de recolección de datos**

La presente investigación tiene 2 variables:

##### **1) Maltrato psicológico.**

El investigador Tolman Richard M. Tolman en 1989 hizo la recolección de datos con su instrumento el maltrato psicológico recolectando datos precisos para llevar a cabo su investigación, este inventario tuvo 2 dimensiones con sus respectivos indicadores; posteriormente esta técnica fue reevaluada por Tolman en 1999 donde volvió a plantear y validar su estudio en una versión abreviada de maltrato psicológico, que consta de 21 ítems, además esta investigación de

acuerdo a la técnica utilizada fue psicométrica. Así mismo, esta técnica evalúa la intensidad y la frecuencia para medir en el formato de tipo Likert y su objetivo es evaluar la opinión y actitudes de la persona, también los niveles de medición son positivo (muy de acuerdo, algo desacuerdo, ni de acuerdo y ni en desacuerdo) y negativo (algo en desacuerdo y muy en desacuerdo) de forma ordinal. (Palacios, 2014)

## **2) Depresión.**

El investigador Aron Beck en 1961 realizó la recolección de datos con su instrumento el inventario de depresión de Beck, recolectando datos específicos para llevar a cabo su investigación, esta técnicas tiene 2 dimensiones con sus respectivos indicadores, posteriormente en 1996 publicó la nueva versión más usada el BDI-II del inventario de depresión de Beck que consta de 21 ítems, esta investigación de acuerdo a la técnica utilizada fue psicométrica y es aplicada para conocer los niveles depresión leve, moderado, grave. La aplicación de esta técnica es en forma grupal e individual de 10 a 20 minutos, la misma que evalúa la intensidad y la frecuencia para medir en el formato de tipo Lickert y su objetivo es evaluar la opinión y actitudes de la persona, los niveles de medición son positivos (muy de acuerdo, algo desacuerdo, ni de acuerdo y ni en desacuerdo) y negativo (algo en desacuerdo y muy en desacuerdo) en forma ordinal. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010) .

### **Descripción la aplicación del instrumento.**

Para la realización de la aplicación de los instrumentos de mis variables (Maltrato Psicológico y Depresión) se tuvo que iniciar un proceso de indagaciones, observaciones y ejecución que consistió en lo siguiente:

- Se tomó medidas de protección del COVID-19.
- Se utilizó mascarilla, protector facial y gel en alcohol para la prevención del virus.
- Se identificó a una muestra de mujeres socias.
- Se validó los instrumentos por profesionales psicólogos expertos.
- Se solicitó permiso a la presidenta de la ASCOBAME “12 de Abril”.
- Se conversó con las socias de la ASCOBAME.

- Se realizó capacitación a las socias para el llenado de los instrumentos.
- Se entregó las encuestas a las socias para el llenado.
- Se recogió los instrumentos llenados por las socias después de 2 días.
- Se les obsequió una bolsa de caramelos, mascarillas y alcohol en gel a las socias.

### 3.5.2. Instrumentos de recolección de datos

#### A) Instrumento de maltrato psicológico

El nombre del instrumento es: Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form (Inventario de Maltrato Psicológico a las Mujeres, Formulario Corto)

Nombre del Autor	: Richard M. Tolman
Año y lugar de creación	: 1989 – Estados Unidos
Autor y año	: María Victoria Paz Rincón y Sophia Helena Vielma Ávila – 2010 (Versión Venezolana).
Adaptación	: Melissa M. Palacios La Madrid.
Lugar de adaptación	: Puerto Malabrigo – Trujillo (2014).
Adaptación Local	: Bazán Pedraza Georgina Elizabeth
Lugar de adaptación	: Perú – Chiclayo, 2016
Adaptación Local	: Riega Alegría, Natali Del Carmen
Lugar de la investigación	: Perú – Lima, 2017.
Administración	: Individual o grupal.
Característica	: Instrumento de exploración psicológico.
Objetivo del estudio	: Evaluar la frecuencia e intensidad de maltrato psicológico
Conformación	: La prueba tiene 2 dimensiones: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimensión 1: Abuso emocional - verbal.</li> <li>2. Dimensión 2: Dominancia y aislamiento.</li> </ol>

#### Características del inventario

- a. Escala tipo Lickert.
- b. Consta de 14 ítems con sus 2 dimensiones, extraídos de la versión venezolana de Paz y Vielma (2010) además se tomó en cuenta los ítems originales Tolman (1990) en su versión abreviada.

- c. Tiempo: Aproximadamente 15 minutos.
- d. Utilidad: Determinación del nivel de maltrato psicológico infringido por su pareja.
- e. Edad: 18 en adelante.
- f. Género: femenino.
- g. Datos Normativos: Se utilizan los datos proporcionados por la muestra de la prueba piloto (50 mujeres) realizada como parte de la presente investigación y expresados en percentiles que van entre 1 a 99 con una media de 50.

Calificación: El puntaje directo total se obtiene de la suma de las puntuaciones obtenidas en las respuestas de cada ítem, el puntaje que se obtiene oscila entre 14 y 70.

Los puntajes se determinan de la siguiente manera:

- Nunca = 1 punto.
- Raramente = 2 puntos.
- Ocasionalmente = 3 puntos.
- Frecuentemente = 4 puntos.
- Muy frecuentemente = 5 puntos.

Para obtener los puntajes parciales por dimensiones debemos tener en cuenta lo siguiente distribución de ítems:

- Dimensión 1: Abuso emocional - verbal. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
- Dimensión 2: Dominancia – Aislamiento. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

### **1) Validez y confiabilidad de maltrato psicológico para mujeres.**

En la versión original de este instrumento fue creado por Tolman (1989) en una muestra de 407 hombres y 207 mujeres que participaban en un programa de violencia doméstica, este inventario fue revalidado 1999 en una muestra de 100 mujeres víctimas de violencia doméstica que fueron reclutadas de hospitales, clases para padres e instituciones de consejería psicológica. Hallando bajas correlaciones entre el puntaje de las dos subescalas del PMWI-F y las variables que obtendrían muy poca relación o ninguna con el maltrato psicológico, como por ejemplo, el ingreso económico familiar (dominación-aislamiento:  $r=-.18$ ,  $p>.05$  y

emocional-verbal:  $r=-.20$ ,  $p>.05$ ), la edad (dominación-aislamiento:  $r=.31$ ,  $p>.05$  y emocional-verbal:  $r=-.33$ ,  $p>.05$ ), el número de hijos (dominación -aislamiento:  $r=-.24$ ,  $p>.05$  y emocional-verbal:  $r=-.22$ ,  $p>.05$ ), los años de educación (dominación-aislamiento:  $r=-.20$ ,  $p>.05$  y emocional-verbal:  $r=-.22$ ,  $p>.05$ ), esto proveería evidencia de la validez discriminante de la escala. Además, las altas correlaciones del PMWI-F con variables como el abuso físico (dominación-aislamiento:  $r=.85$ ,  $p<.01$  y emocional-verbal:  $r=.78$ ,  $p<.01$ ) y la insatisfacción dentro de la relación de pareja (dominación-aislamiento:  $r=.70$ ,  $p<.01$  y emocional-verbal:  $r=.82$ ,  $p<.01$ ) que están teóricamente relacionadas al maltrato psicológico demostraron su validez convergente. La confiabilidad por consistencia interna arrojó un índice de Alfa Cronbach para la escala total de .972, .953 para la subescala dominación aislamiento y .944, para abuso emocional-verbal. Asimismo, se elaboraron percentiles y normas T por estado civil al encontrarse diferencias significativas entre mujeres casadas y convivientes, de la misma manera Paz y Vielma (2010) examinaron las características psicométricas del PMWI-F (Tolman, 1989) en una muestra de 400 mujeres de los municipios de Maracaibo Venezuela, su validez de contenido lo determinaron por criterio de los jueces eliminando algunos ítems, dividiendo en alfa menor 0.5 para separarlos en dos grupos obteniendo el resultado de 0.3 y 0.8 relacionando con ítems; el instrumento quedó reducido a 14 ítems, dando la confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach (.97) y por el método de partición por mitades (.93).

## **2) Validez Nacional.**

Palacio M. en el 2014 adaptó el instrumento maltrato psicológico de la versión abreviada de Tolman en 1999, en una muestra de 331 mujeres de Puerto Malabrigo elegidas por muestreo no probabilístico. La validez de constructo se exploró a través del análisis discriminatorio, encontrándose que los componentes del instrumento presentan índices ítem-test corregidos superiores a 34; a excepción del ítem 41 que fue eliminado por haber obtenido índice de correlación inverso y también por razones socioculturales. El segundo método para determinar la validez de constructo fue el análisis factorial confirmatorio de segundo orden, encontrándose que se replica el modelo teórico planteado por el autor para maltrato psicológico.

Por su parte Bazán P. en el 2016 validó el instrumento en la versión abreviada de maltrato psicológico (Tolman 1986), tuvo como muestra a 56 mujeres de una ONG de Chiclayo, a quienes se les aplicó el “Inventario de Maltrato Psicológico” y el “TAS20. Escala de Alexitimia de Toronto”, ambos instrumentos fueron sometidos a criterios de validación por validez en lo que respecta a la relación entre dominación–aislamiento/abuso emocional-verbal y Alexitimia. Los resultados indican que existe relación entre maltrato psicológico y Alexitimia a un nivel de significancia  $p < 0.01$ .

### **3) Confiabilidad Nacional.**

Palacios M. en el 2014 adaptó el instrumento maltrato psicológico de la versión abreviada de Tolman en 1999, la confiabilidad por consistencia interna arrojó un índice de Alfa Cronbach para la escala total de .972, .953 para la subescala dominación aislamiento y .944, para abuso emocional-verbal. Asimismo, se elaboraron percentiles y normas T por estado civil al encontrarse diferencias significativas entre mujeres casadas y convivientes.

Por su parte Bazán P. en el 2016 la fiabilidad el instrumento en la versión abreviada de maltrato psicológico (Tolman 1999), cuyos resultados indican que el test es confiable.

Por su parte Riega Alegría, Natali Del Carmen en el 2017 modificó el instrumento quedando solo 14 ítems, respetando las dimensiones propuestas por Tolman, dando la fiabilidad de este instrumento.

### **B) Instrumento del Inventario de Depresión de Beck**

Nombre instrumento : Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).  
Autores : Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.  
Autor de la adaptación : Rodríguez Amaro, Eder Apolos; Farfán Rodríguez, Daniel  
Lugar de adaptación y utilización: Perú- Huancayo  
Año en la que se publicó : (2013)  
Administración : Individual o grupal.  
Significación : Evaluar el nivel de Depresión.  
Tiempo de aplicación : 10 a 15 minutos como máximo.

Grado de aplicación : Mayoría de edad.

Características del inventario de Beck

- a) Escala tipo Lickert.
- b) Consta de 21 ítems con sus 2 dimensiones, Tiempo: Aproximadamente 15 minutos.
  - Área cognitiva -Área afectiva 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14
  - Área somático – motivacional 11, 12,13, 15, 16,17, 18, 19, 20.
- c) La puntuación se mide 0,1,2,3

### 1) Validez y confiabilidad.

La versión original del inventario de depresión de Beck (BDI) se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Meldenson, Mack y Erbaug como una prueba autoadministrada, después de un tiempo, en 1971 Beck y sus colaboradores emplean la versión modificada del BDI en el centro de terapia cognitiva de la Universidad de Pennsylvania. Eliminaron algunas palabras y frases alternativas para los mismos síntomas evitando la doble negación, más tarde, en 1987, se publicó el manual técnico para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IA). Sin embargo, la última publicación del inventario de Beck (BDI- II) se realizó en 1996, con la intención de valorar la depresión y derivarla a observaciones clínicas en pacientes psiquiátricos. El BDI-II posee una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificada en la identificación de pacientes deprimidos y sanos. El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II, es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. Asimismo, el BDI-IIA presentó un índice de alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima, de la misma manera la fiabilidad. En la dimensión cognitivo-afectivo se muestra un alfa de Cronbach de .837, el cual indica que el instrumento presenta un alto índice que fiabilidad según Huh, Delorme y Reid (2006) quienes proponen que el valor de fiabilidad en estudios confirmatorios debe estar entre 7 y 8. Para la

dimensión somático-motivacional, se muestra un alfa de Cronbach de 808, respaldando al instrumento aplicado, por lo que los resultados evidencian niveles de fiabilidad satisfactorios, para el total de la escala y las correspondientes dimensiones.

## **2) Validez del instrumento de investigación.**

Se realizó la validación de los instrumentos utilizados de acuerdo a los expedientes de validación conforme al modelo de la universidad TELESUP, los cuales consideraron la siguiente parte de los ítems “pertinencia, relevancia, claridad y sugerencias ” en donde el resultado para ambos instrumentos es “suficiencia de aplicación”. Los expertos que realizaron la validación son:

- Mg. Psi. Wilfredo Christian Figueroa Prado (Psicólogo Educativo)
- Psi. Arturo Ítalo Aponte Urdaniga (Psicólogo Clínico)

## **3.7. Métodos de análisis de datos.**

Para el análisis de datos se utilizó 2 Instrumentos como el inventario de maltrato psicológico en la versión abreviada del autor Richard Tolman y el cuestionario de depresión de Aron Beck, de los cuales mediante los instrumentos se pudo aplicar a la muestra de mujeres de manera directa, una vez recolectada la información se procederá a codificarla para un mejor orden y control con la finalidad de procesarlas, utilizando el paquete Estadístico SPSS Versión 23.0 y el procesador de datos EXCEL, en este análisis se pudo identificar su éxito relación entre las dos variables.

## **3.8. Aspectos éticos.**

En esta investigación se procedió a respetar el derecho del autor, brindándome la información del estudio que se realizó en su momento para el estudio, de la misma manera se solicitó permiso a la universidad TELESUP para que me brinden los documentos requeridos para realizar la investigación en la Asociación de Bases de Mercados de Ayacucho. Por otro lado los instrumentos aplicados para el estudio de la investigación se utilizaron a autores confiables y con validez, la información recolectada es de confidencialidad ya que la muestra de mujeres confiaron en su privacidad.

#### IV. RESULTADOS.

**Tabla 2.**  
*Especificaciones de simulación de muestreo*

Método de muestreo	Simple
Número de muestras	45
Nivel de intervalo de confianza	95,0%
Tipo de intervalo de confianza	Percentil

Las especificaciones con un número de muestras de 45 mujeres, el resultado en el nivel de intervalo de confianza muestra un resultado del 95,0%.

**Tabla 3.**  
*Estadísticos*

		Maltrato psicológico	Depresión
N	Válido	45	45
	Perdidos	0	0
	Media	1,42	1,49
	Error estándar de la media	,081	,075
	Mediana	1,00	1,00
	Moda	1	1
	Desv. Desviación	,543	,506
	Varianza	,295	,256
	Asimetría	,768	,046
	Error estándar de asimetría	,354	,354
	Curtosis	-,536	-2,093
	Error estándar de curtosis	,695	,695
	Rango	2	1
	Fv	1	1
	Mínimo		
	Máximo	3	2
	Suma	64	67
Percentiles	25	1,00	1,00
	50	1,00	1,00
	75	2,00	2,00

Los resultados del cuadro estadístico muestran que el valido de maltrato psicológico es 45, la depresión 45; los perdidos en maltrato psicológico es 0, en depresión es 0; en la media el maltrato psicológico es 1,42, depresión 1,49; el error

estándar de la media el maltrato psicológico ,081, depresión 075; la mediana en maltrato psicológico 1,00, la depresión 1,00; la moda en el maltrato psicológico es 1, depresión 1; la desviación en el maltrato psicológico es ,546, depresión es ,506; la varianza en el maltrato psicológico es ,295, la depresión ,256; la asimetría en el maltrato psicológico es ,768, la depresión ,046; el error estándar de asimetría en el maltrato psicológico ,354, la depresión es ,354; la curtosis en el maltrato psicológico -,536, la depresión es -2,093; el error estándar de curtosis en el maltrato psicológico es ,695, la depresión ,695 y en el rango el maltrato psicológico es 2, la depresión es 1.

### Resultados de las variables.

**Tabla 4.**

*V1 Maltrato psicológico*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuso emocional	27	60,0	60,0	60,0
	Dominación-aislamiento	17	37,8	37,8	97,8
	Proceso (3)	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

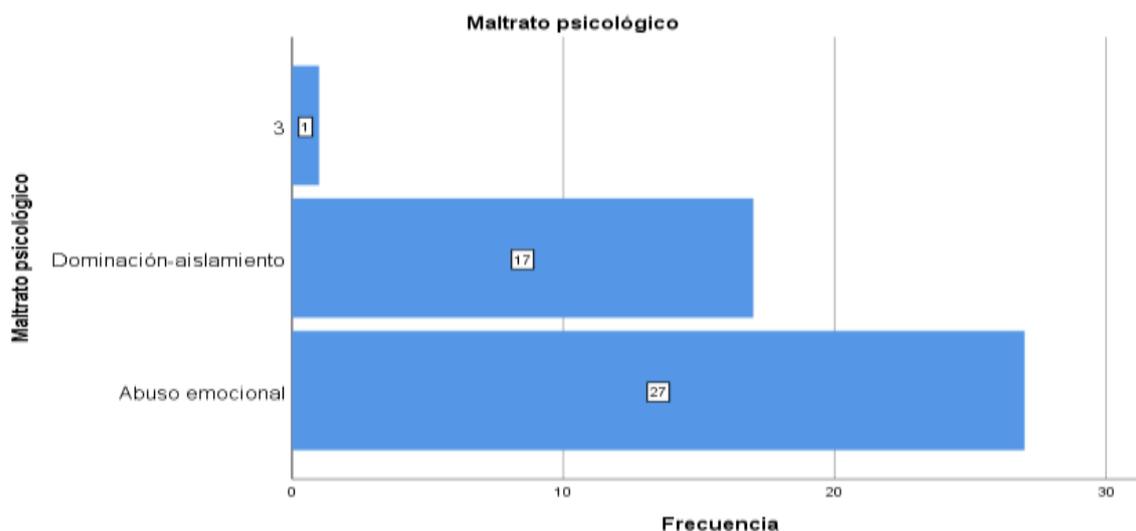
Los resultados muestran de la primera variable maltrato psicológico que el abuso emocional tiene una frecuencia de 27, dominación aislamiento la frecuencia es 17, en proceso (3) 1 sumando un total de 45.

**Tabla 5.**

*V2. Depresión*

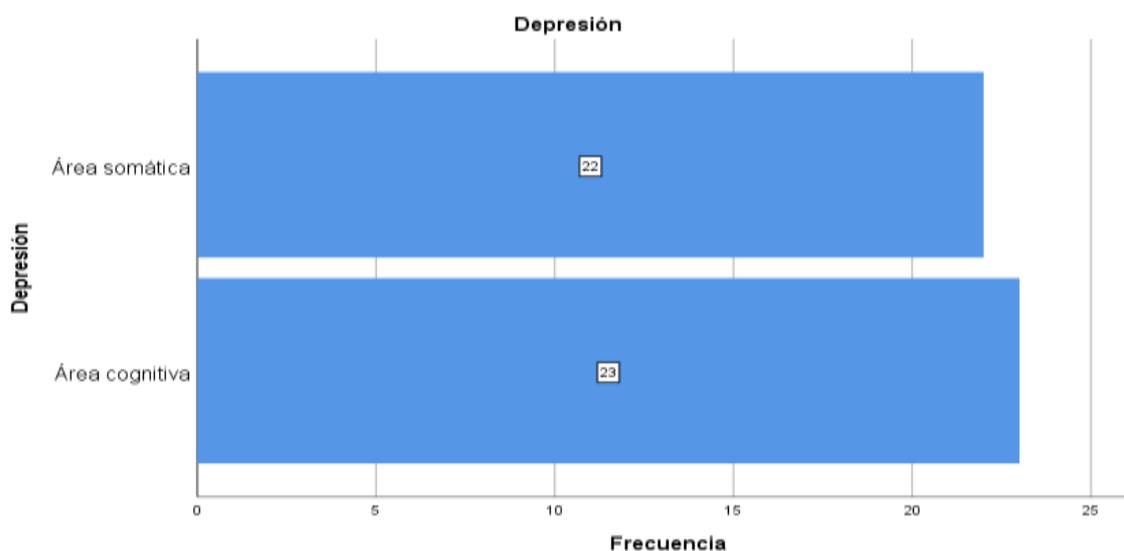
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Área cognitiva	23	51,1	51,1	51,1
	Área somática	22	48,9	48,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Los resultados de la segunda variable Depresión que el área cognitiva tiene una frecuencia de 23, el área somática su frecuencia es 22 sumando un total de 45.



**Figura 1.** Maltrato psicológico V1  
Fuente de mi gráfico V1.

El maltrato psicológico con sus dos dimensiones tuvo un resultado: La dimensiones el abuso emocional su frecuencia fue 27, la dominación – aislamiento su frecuencia es 17 y restante es 3, sumando un total de 45 mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020.



**Figura 2.** Depresión V2  
Fuente de mi gráfico V2.

La depresión con sus dos dimensiones tuvo un resultado: La dimensiones el área cognitivo su frecuencia fue 23, el área somático su frecuencia es 22, sumando un total de 45 mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020.

**Tabla 6.**  
*Estadísticos descriptivos*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Maltrato	Media	1,42	,03	,08	1,28	1,63
psicológico	Desv. Desviación	,543	,002	,045	,454	,651
	N	45	0	0	45	45
Depresión	Media	1,49	-,01	,08	1,33	1,66
	Desv. Desviación	,506	-,007	,008	,477	,506
	N	45	0	0	45	45

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo

Se muestra en el cuadro descriptivo de las variables que el maltrato psicológico la media tiene un resultado estadístico de 1,42, la desviación es ,543; en depresión la media tuvo un resultado estadístico de 1,49, la desviación es ,506 en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020

**Tabla 7.**  
*Estadísticos descriptivos 1*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Dimensión	Media	1,24	,01	,06	1,14	1,37
abuso	Desv. Desviación	,435	,001	,034	,348	,489
emocional	N	45	0	0	45	45
Dimensión	Media	1,13	,00	,05	1,07	1,24
área	Desv. Desviación	,344	-,007	,051	,252	,432
cognitiva	N	45	0	0	45	45

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Se muestra en el cuadro descriptivo que la dimensión de abuso emocional la media tiene un resultado estadístico de 1,42, la desviación es ,435; en la dimensión del área cognitivo la media tuvo un resultado estadístico de 1,13, la desviación es ,344 en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020

**Tabla 8.**  
*Estadísticos descriptivos 2*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Dimensión	Media	1,22	-,01	,07	1,05	1,40
dominación -	Desv. Desviación	,471	-,026	,094	,224	,630
aislamiento	N	45	0	0	45	45
Dimensión área	Media	1,24	-,01	,07	1,11	1,38
somática	Desv. Desviación	,484	-,029	,072	,318	,599
	N	45	0	0	45	45

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Se muestra en el cuadro descriptivo que la dimensión de dominación – aislamiento la media tiene un resultado estadístico de 1,22, la desviación es ,471; en la dimensión del área somático la media es 1,24, la desviación es ,484 en mujeres ASCOBAME – Ayacucho, 2020

**Tabla 9.**  
*Estadísticos descriptivos 3*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Dimensión	Media	1,24	,00	,06	1,10	1,37
abuso	Desv. Desviación	,435	-,003	,040	,299	,489
emocional	N	45	0	0	45	45
Dimensión área	Media	1,24	-,01	,07	1,09	1,36
somática	Desv. Desviación	,484	-,025	,078	,294	,609
	N	45	0	0	45	45

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo

Se muestra en el cuadro descriptivo que la dimensión de abuso emocional la media tiene un resultado estadístico de 1,24, la desviación es ,435; en la dimensión del área somático la media es 1,24, la desviación es ,484 en mujeres ASCOBAME – Ayacucho, 2020

**Tabla 10.**  
*Estadísticos descriptivos 4*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Dimensión	Media	1,22	-,01	,06	1,05	1,37
dominación -	Desv. Desviación	,471	-,024	,074	,232	,594
aislamiento	N	45	0	0	45	45
Dimensión	Media	1,13	-,01	,05	1,03	1,22
área cognitiva	Desv. Desviación	,344	-,027	,065	,160	,417
	N	45	0	0	45	45

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Se muestra en el cuadro descriptivo que la dimensión de dominación - aislamiento la media tiene un resultado estadístico de 1,22, la desviación es ,471; en la dimensión del área cognitiva la media es 1,13, la desviación es ,344 en mujeres ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

**Tabla 11.**  
*Correlaciones variables Maltrato psicológico y Depresión*

		Maltrato	
		psicológico	Depresión
Maltrato	Correlación de Pearson	1	,059
psicológico	Sig. (bilateral)		,701
	N	45	45
	Simulación de		
	muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0
		Desv. Error	,038
		Intervalo de confianza al	0
		95%	,158
		Inferior	1
		Superior	-,330
			1
			,437
Depresión	Correlación de Pearson	,059	1
	Sig. (bilateral)	,701	
	N	45	45
	Simulación de		
	muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	,038
		Desv. Error	0
		Intervalo de confianza al	,158
		95%	0
		Inferior	-,330
		Superior	1
			,437
			1

Ho: Se rechaza la hipótesis nula entre la variable del maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020

H1: Si existe relación con un valor de 0,05, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna con un porcentaje de por evidencias de correlación alta de las variables maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

**Tabla 12.**

*Correlaciones Dimensión Abuso emocional y Dimensión Área cognitiva (especifico 1)*

		Dimensión abuso emocional	Dimensión área cognitiva		
Dimensión abuso emocional	Correlación de Pearson	1	-,071		
	Sig. (bilateral)		,643		
	N	45	45		
	Simulación de muestreo <sup>b</sup>	Sesgo	0	,006	
		Desv. Error	0	,153	
	Intervalo de confianza	Inferior	1	-,313	
		al 95%	Superior	1	,291
Dimensión área cognitiva	Correlación de Pearson	-,071	1		
	Sig. (bilateral)	,643			
	N	45	45		
	Simulación de muestreo <sup>b</sup>	Sesgo	,006	0	
		Desv. Error	,153	0	
	Intervalo de confianza	Inferior	-,313	1	
		al 95%	Superior	,291	1

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Para encontrar si existe relación entre la dimensión de abuso emocional y la dimensión del área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020, se utilizó la prueba de hipótesis del CHI cuadrado de Pearson, que permitió verificar la hipótesis contrastada con las variables de estudio, encontrando los siguientes resultados.

Ho: Se rechaza la hipótesis nula entre la dimensión de abuso emocional y la dimensión del área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020

H1: Si existe relación con un valor -0,07 por lo tanto se acepta la hipótesis alterna por evidencias con una intensidad de correlación negativa con un intervalo de confianza de 95% de la dimensión de abuso emocional y la dimensión del área cognitiva en mujeres de ASCOBAME-Ayacucho, 2020.

**Tabla 13.**

*Correlaciones Dimensión Dominación-aislamiento y Dimensión Área somática (específico 2)*

		Dimensión dominación - aislamiento	Dimensión área somática
Dimensión dominación -	Correlación de Pearson	1	-,144
	Sig. (bilateral)		,346
	N	45	45
- aislamiento	Simulación de	Sesgo	0
	muestreo <sup>a</sup>	Desv. Error	,013
		Intervalo de confianza Inferior	0
		al 95%	-,283
		Superior	,065
Dimensión área somática	Correlación de Pearson	-,144	1
	Sig. (bilateral)	,346	
	N	45	45
	Simulación de	Sesgo	,013
	muestreo <sup>a</sup>	Desv. Error	,092
		Intervalo de confianza Inferior	0
		al 95%	-,283
		Superior	,065

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo

Para encontrar si existe relación entre la dimensión de dominación – aislamiento y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020, se utilizó la prueba de hipótesis del CHI cuadrado, que permitió verificar la hipótesis contrastada con las variables de estudio, encontrando los siguientes resultados.

Ho: Se rechaza la hipótesis por lo tanto se acepta la hipótesis nula con una intensidad baja negativa de -,144 entre la dimensión de dominación - aislamiento y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

H1: Si existe relación con un valor de -0,14 por lo tanto se acepta la hipótesis alterna por evidencias con una intensidad de correlación negativa de la dimensión dominación - aislamiento y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

**Tabla 14.**

*Correlaciones Dimensión Abuso emocional y Dimensión Área somática (específico 3)*

		Dimensión abuso emocional	Dimensión área somática	
Dimensión abuso emocional	Correlación de Pearson	1	-,074	
	Sig. (bilateral)		,627	
	N	45	45	
	Simulación de muestreo <sup>b</sup>	Sesgo	0	,043
		Desv. Error	0	,157
		Intervalo de confianza	Inferior	1
Superior			1	,288
Dimensión área somática	Correlación de Pearson	-,074	1	
	Sig. (bilateral)	,627		
	N	45	45	
	Simulación de muestreo <sup>b</sup>	Sesgo	,043	0
		Desv. Error	,157	0
		Intervalo de confianza	Inferior	-,304
Superior			,288	1

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Para encontrar si existe relación entre la dimensión de abuso emocional y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020, se utilizó la prueba de hipótesis del CHI cuadrada, que permitió verificar las hipótesis contrastada con las variables de estudio, encontrando los siguientes resultados.

Ho: Se rechaza la hipótesis nula entre la dimensión abuso emocional y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

H1: Se acepta la hipótesis alterna con un valor de -0,07 por evidencias con una intensidad de correlación negativa de la dimensión abuso emocional y la dimensión del área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

**Tabla 15.**

*Correlaciones de la dimensión dominación – aislamiento y la dimensión área cognitiva (específico 4)*

		Dimensión dominación - aislamiento	Dimensión área cognitiva
Dimensión dominación - aislamiento	Correlación de Pearson	1	,374*
	Sig. (bilateral)		,011
	N	45	45
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0
		Desv. Error	0
		Intervalo de confianza al	
		95%	
		Inferior	1
		Superior	1
Dimensión área cognitiva	Correlación de Pearson	,374*	1
	Sig. (bilateral)	,011	
	N	45	45
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	-,050
		Desv. Error	,229
		Intervalo de confianza al	
		95%	
		Inferior	-,147
		Superior	,766

a. A menos que se indique lo contrario, los resultados de la simulación de muestreo se basan en 45 muestras de simulación de muestreo.

Para encontrar si existe relación entre la dimensión de dominación-aislamiento y la dimensión del área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020, se utilizó la prueba de hipótesis del CHI cuadrado, que permitió verificar la hipótesis contrastada con las variables de estudio, encontrando los siguientes resultados.

Ho: Se rechaza la relación por lo tanto se acepta hipótesis con un valor de 0,37 entre la dimensión dominación - aislamiento y la dimensión del área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

H1: Se rechaza la relación por lo tanto no se acepta la hipótesis alterna por evidencias con una intensidad de correlación baja de la dimensión dominación – aislamiento y la dimensión del área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.

## V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó que el maltrato psicológico y la depresión son un problema social que han estado presente desde décadas pasadas hasta la actualidad, este problema viene afectando a las mujeres en diferentes formas de su vida, en el contexto que la sociedad fue educada surge el machismo de los varones, siendo ello la causa de los maltratos psicológicos y la depresión hacia las mujeres, que los afecta en el ámbito personal, laboral y en su entorno social. Las mujeres que viven en esta situación acarrearán una inestabilidad emocional, mostrando el descuido personal de las mujeres; así mismo esta situación arrastra a sus hijos afectándolos psicológicamente. La muestra de estudio es de 45 mujeres que se vieron afectadas de esta situación en los diferentes aspectos de su vida. Este estudio se realizó en el ASCOBAME - Ayacucho, 2020, de los cuales el resultado fue que las variables tuvieron correlación alta de 0,59 al igual que las dimensiones.

Así mismo (Sosa, 2017) en el centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote – Perú en su estudio “Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres”, el maltrato psicológico predominó con el 63,1%, el 12,1% de las mujeres maltratadas indican un nivel alto, existió alta correlación positiva de 0,856 en las actitudes del machismo maltrato psicológico y también existió correlación alta de 0.783 entre las actitudes hacia la autoridad masculino con las dimensiones: dominancia – aislamiento, existió correlación alta de 0.781 con el factor de actitudes hacia el dominio masculino y la dimensión abuso emocional – verbal.

Se concluye que si existió correlación alta del maltrato psicológico en sus diferentes dimensiones; (Alegria, 2017) en la Universidad Privada “Cesar Vallejo” de Lima – Perú, en su estudio “Maltrato psicológico y dependencia emocional en mujeres estudiantes”, el maltrato psicológico con (31.8%) demuestra un resultado bajo y la dependencia emocional el (30.6%) con un nivel alto, así mismo, la dimensión Abuso emocional – verbal tiene el porcentaje 42.3% y la dimensión Dominancia y Aislamiento tiene el porcentaje 32.3%, tiene un nivel bajo, además

se muestra correlación directa y significativa de media entre el maltrato psicológico y la dependencia emocional ( $p < 0.05$ ).

Se concluye que si existió relación significativa entre las variables, creando un programa de ayuda para las mujeres maltratadas; (Macumaya, 2015) de la Universidad Peruana Unión de un Hospital de la ciudad de Lima- Perú, en su estudio de investigación "Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres", se demuestra que el 63.0% (46) viene siendo maltratadas, además el 94.5% (69) muestran depresión, en el resultado de 98.6% (72) existe un mayor porcentaje de maltrato psicológico de todos los participantes, se concluye que el maltrato físico, sexual y psicológico no tuvo relación con la depresión, además el estudio tuvo una fiabilidad de ( $p > 0.05$ ).

## VI. CONCLUSIONES.

- Existe correlación significativa alta de ,701 con una confianza de 95% entre las variables de maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.
- Si existe correlación entre la dimensión abuso emocional y la dimensión del área cognitiva en mujeres, de los cuales tiene una relación alta negativa con -,071 con un intervalo de confianza de 95%.
- Se rechaza la relación entre la dimensión dominación - aislamiento y la dimensión del área somática, por evidencias con una intensidad de correlación baja negativa de -,144 con un intervalo de confianza de 95%.
- Si existe relación entre la dimensión abuso emocional y la dimensión del área somática en mujeres por evidencias con una intensidad de correlación alta negativa de -,074 con un intervalo de confianza de 95%.
- Se rechaza la relación entre la dimensión dominación - aislamiento y la dimensión del área cognitiva en mujeres por evidencias con una intensidad baja de un valor de ,37 con una confianza de 95%.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a la ASCOBAME realizar talleres de prevención de maltrato psicológico y depresión hacia la mujer para fortalecer la parte socio emocional.
- Se recomienda a la ASCOBAME que cree convenios con centros de salud mental para propagar campaña sobre salud mental y prevención de la depresión.
- Se recomienda organizar un comité de salud mental hacia las mujeres de la ASCOBAME para empoderar y fortalecer a la comunidad de las socias.
- Se recomienda realizar investigaciones en el ASCOBAME para conocer si persiste el problema socio emocional en el país.
- Se recomienda a la ASCOBAME crear convenios y aliados estratégicos para la atención de la mujer en el ministerio de la mujer, comisaria y centros de salud mental.
- Se recomienda a la ASCOBAME tener mapeado a las instituciones aliadas para atención y protección de las mujeres que presentan abuso emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegria, N. R. (2017). Maltrato psicologico y dependencia emocional en mujeres estudiantes de una universidad privada de Lima 2017. (Tesis) *Universidad César Vallejo*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/3364>
- Amor, P., Echeburua, E., De Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato fisico y maltrato psicologico en mujeres victimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 167-178. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>
- Ascencio, E. M. (2019). Programa cognitivo conductual en mujeres victimas de violencia de pareja con depresion atendidas en un centro de salud de Jose Leonardo Ortiz, 2017. (Tesis) *Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo*. Lambayeque. Obtenido de <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/6937>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., Bonifacio Sandin, & Francisco Ramos. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Bermudez, M., Matud, P., & Casal, G. (enero de 2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador. *Revista Mexicana de Psicología*, 51-59. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016317005>
- Bleichmar, D. (1991). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatria*, 283-286. Obtenido de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234>
- Caraveo, J. (1990). *Psicoanálisis y psicoterapia*. Mexico: Memorias.
- Cardenas, E. R. (2020). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia. *Universidad Internacional SEK*, 9. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3768/1/Art%C3%ADculo%20Vaca%20C%C3%A1rdenas%20Edgar%20R..pdf>.

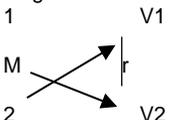
- Deheza, M. C. (2019). Rasgos de personalidad y estado de depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden ante la fuerza especial de lucha contra la violencia, Gestión 2017. (Tesis) Universidad Mayor de San Andrés. La Paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/22523>
- Guerrero, A. M. (2019). Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna. (Tesis) Universidad Central del Ecuador. Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18575>
- Hernandez, C., Vicente Magro, & José Cuellar. (diciembre de 2014). El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio. *Repositorios Institucional de la Universidad de Alicante*. Alicante: Instituto de Capacitación Judicial del Supremo Tribunal de Justicia de Sinaloa. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/46929>
- Illescas, M., Tapia, J., & Flores, E. (octubre de 2018). Factores socio culturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Killkana Sociales*, 187-196. doi:[https://doi.org/10.26871/killkana\\_social.v2i3.348](https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i3.348)
- Jaucala, G. (2020). Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima - Perú, 2018. (Tesis) Universidad Ricardo Palma. Perú. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2912>
- Lazo, H. (2018). Violencia familiar en mujeres del Hogar de la Esperanza "Mamá Victoria" del distrito de Chorrillos, 2017. (Tesis) Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Lima. Obtenido de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2714>
- Machado, A. V. (2011). La depresión. *Revista de ciencias médicas*, 257-266. Obtenido de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/531/html>
- Macumaya, M. Y. (2015). Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital. (Tesis) Universidad Peruana Unión. Lima. Obtenido de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/245>
- Maria Asunción, Maricarmen Acevedo, & Shoshana Berrenzon. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Instituto*

- Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 818-827. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n3/818-828/>
- Mejía , M., Ochoa , D., Ríos, P., Yauléma , L., & Veloz , S. (23 de setiembre de 2019). Factores de riesgo e indicadores de violencia de género en mujeres socias de bancos comunitarios en Chimborazo. *Espacios*, 9. Obtenido de <http://www.revistaespacios.com/a19v40n32/a19v40n32p23.pdf>
- Padrino, A. (Octubre de 2017). Marie de Gournay. Escritos sobre la igualdad y en defensa de las mujeres. *Centro Superior de Investigaciones científicas*. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/56986>
- Palacios, M. M. (2014). Adaptación del inventario de maltrato psicológico hacia mujeres, en mujeres de Puerto Malabrigo. *Revista Psicológica Trujillo*, 47-63. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-psicologia-trujillo/articulo/adaptacion-del-inventario-de-maltrato-psicologico-hacia-mujeres-en-mujeres-de-puerto-malabrigo>
- Paz, P., Javier, F., Arinero, M., & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Red de Revistas Científicas de América Latina*, 105-116. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902210>
- Pimienta, R. (2000). *Encuestas probabilísticas vs no probabilísticas*. Xochimilco: Política y cultura.
- Safranoff, A. (2017). ¿Qué significa ser maltratada?: El estudio de la violencia de género a través de datos de encuesta. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 614 y 624. Obtenido de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.7784/pr.7784.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7784/pr.7784.pdf)
- Sosa, K. S. (2017). Maltrato psicológico hacia la mujer y actitudes hacia el machismo en mujeres que acuden a un centro de salud del Distrito de Nuevo Chimbote. (Tesis) *Universidad César Vallejo*. Chimbote, Perú. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/415?locale-attribute=en>
- Taverniers, K. (2012). *Abuso emocional en la pareja*. Buenos Aires: Biblos.

Velasco, P. (12 de noviembre de 2015). *El psicópata subclínico o integrado en las relaciones de pareja: el maltrato psicológico*. Recuperado el 2020 de agosto de 02, de <http://cj-worldnews.com/spain/index.php/en/criminologia-30/perfiles-criminales/item/2911-psicopata-maltrato-pareja>

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Formulación de hipótesis	Tipo, nivel y diseño de la investigación	Variables de investigación	Metodología
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es la relación entre maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b> a. ¿Cuál es la relación entre abuso emocional y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020? b. ¿Cuál es la relación entre dominación- aislamiento y el área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020. c. ¿Cuál es la relación entre abuso emocional y el área somática en mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020? d. ¿Cuál es la relación entre dominación –aislamiento y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Conocer la relación entre maltrato psicológico y depresión en las mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> a. Describir la relación entre abuso emocional y el área cognitiva en las mujeres de la ASCOBAME –Ayacucho, 2020. b. Identificar la relación entre dominación – aislamiento y el área cognitivo en las mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020. c. Establecer la relación entre maltrato abuso emocional y el área somático en las mujeres de la ASCOBAME – Ayacucho, 2020. d. Describir la relación entre dominación – aislamiento y el área cognitiva en las mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020.</p>	<p><b>HIPÓTESIS PRINCIPAL</b> a. Existe relación positiva entre maltrato psicológico y depresión en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b> a. Existe relación positiva entre abuso emocional y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020 b. Existe relación positiva entre dominación - aislamiento y el área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020 c. Existe relación positiva entre abuso emocional y el área somática en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020 d. Existe relación positiva entre dominación- aislamiento y el área cognitiva en mujeres de la ASCOBAME - Ayacucho, 2020.</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> El tipo de investigación es aplicada ya que se utilizaron conocimientos, sustentos teóricos y científicos que fueron resultados de haberse realizados estudios básicos, buscando aplicarlos en el cambio de la población de estudio al cual va dirigido. Así mismo el nivel de investigación es descriptivo y correlacional en donde busca describir las características y perfiles de la persona.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> El diseño es, no experimental de corte transversal, ya que obtiene información o datos una vez durante una cantidad de tiempo limitada.  El diseño se representa con el diagrama:   <p>Donde: M : Muestra de mujeres. V1: Maltrato Psicológico. V2: Depresión. R : Relación entre maltrato psicológico y depresión.</p> </p>	<p><b>VARIABLES:</b> V1: Maltrato Psicológico</p> <p><b>DIMENSIONES:</b> • Dominación- aislamiento • Abuso emocional-verbal.</p> <p><b>VARIABLES:</b> V2: Depresión.</p> <p><b>DIMENSIONES:</b> • Síntomas Cognitivo-Afectivo. • Síntomas Somático-motivacional</p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> La población está constituida por 55 mujeres de la ASCOBAME- Ayacucho, 2020. La muestra se obtuvo partir de un muestreo no probabilístico aleatorio por grupos. Se obtiene el cálculo del tamaño muestral a partir de la fórmula para poblaciones finitas, y constituida por 45 participantes de mujeres.</p> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> La técnica que se utilizará en la investigación será la encuesta. Se aplicará un cuestionario para determinar el maltrato psicológico y la depresión, serán sometido a criterios de validez y confiabilidad estadística, se aplicará 2 inventarios.</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE LOS DATOS</b> Una vez recolectada la información se procederá a codificarla para un mejor orden y control con la finalidad de procesarlas, utilizando el paquete Estadístico SPSS Versión 23.0 y el procesador de datos EXCEL</p> <p><b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> Se procedió a respetar el derecho del autor brindándome la información del estudio que se realizó en su momento para mi estudio, de la misma manera se solicitó permiso a la universidad TELESUP brindando los documentos requeridos para realizar la investigación en la Asociación de Comerciantes Base Mercados-Ayacucho, 2020; por otro lado los instrumentos aplicados para el estudio de la investigación se utilizó de autores confiables y con validez, también al momento de realizar la investigación la información recolectada es de confidencialidad ya que la muestra de mujeres confiaron su privacidad.</p>

## Anexo 2: Matriz de operacionalización.

Título de la investigación : Maltrato psicológico y depresión en mujeres de la “ASCOBAME”- Ayacucho, 2020

Autor : Bachiller Jackelyn Kory Ochante Huamani

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS DIMENSIONES	INDICADORES			
					ITEMS	PUNTOS	RANGO	
Maltrato psicológico	Es el conjunto de comportamiento y actitudes que causan daños psicológicos y psíquicos, los cuales no son detectables porque son difícil de percibir a diferencia de la violencia física, el maltrato psicológico está considerado como una violencia “invisible”.	El investigador Tolman en 1989 creó su instrumento maltrato psicológico, posteriormente en 1999 en su estudio de validación del PMWI planteó una versión reducida del el mismo, de la misma manera la investigadora Riega Alegría, Natali del Carmen en el 2017 modifco este cuestionario con 14 items pero respetando la dimensiones planteadas por Richard Tolman : Abuso emocional – verbal y Dominación - Aislamiento	Dominación-aislamiento  Abuso emocional-verbal	Es el aislamiento de las mujeres, prohibiéndoles la a socializar con sus amistades y familia, donde los recursos económico son controlados observación rígida de los roles sexuales tradicionales.	Poner apodos o sobrenombres Insultar Gritar Tratarla como a un inferior Ridiculización de sentimientos Culparla de sus problemas Hacerla sentir loca o irracional.	2, 4, 6, 8, 10,12 y 14	7 a 35 puntos	7 a 8: Bajo 8 a 9: Significativo 9 a 11.7: Moderado 12 a 25: Alto
				Son ataques verbales, conducta que degradando a la mujer y la retención de los recursos emocionales, quitándolas el apoyo y efecto emocional.	Hacer seguimiento de tiempo y ubicación Toma de decisiones sobre la economía sin pedir permiso Celos sobre sus amigos Acusar de tener otra pareja Interferir relaciones con miembros de su familia Interferir en acciones de ayuda Restringir medios de comunicación	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13	7 a 35 puntos	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS DIMENSIONES	INDICADORES		
						Calificación por dimensiones	Calificación en general
Depresión	Es la manifestación de los trastornos psicológicos que afecta al comportamiento de la persona tanto cognitivo y físico, donde en individuo tiene pensamientos negativos del futuro por haber vivido situaciones de maltratos y episodios traumáticos a lo largo de su vivencia.	El investigador Aron Beck en 1961 en su instrumento original "el inventario de Depresión de Beck " posteriormente en su estudio de revisión 1971 bajo el nombre de BDI-1A; y el BDI-II fue publicado en 1996, así mismo la versión más usada es el BDI-II lo cual nuestra que tiene 2 dimensiones como: Área cognitivo – afectivo, área somático-motivacional este inventario tiene 21 ítems y tiene una medición ordinal.	Síntomas Cognitivo-Afectivo  Síntomas Somático-motivacional	Es la dificultad para concentrarse en las actividades diarias donde tiene problemas de atención, dificultades de memoria y las distorsiones cognitivas , también se manifiesta la tristeza, pérdida de la gratificación, causando apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad  Es el deseo de escapar normalmente, vía suicidio, evitar los problemas" o incluso actividades cotidianas donde la perdida de sueño son frecuentes afectando el apetito (hiperfagia o hipofagia).	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Pérdida del placer 5. Sentimientos de culpa 7. Disconformidad con uno mismo 8. Autocritica 9. Pensamientos o deseos suicidas 10. Llanto 14 desvalorización  11. Agitación 12. Pérdida de interés 13. Indecisión 15. Pérdida de energía 16. Cambios en los hábitos de sueño 17. Irritabilidad 18. Cambios de apetito 19. Dificultad de concentración 20. Cansancio o fatiga	Calificación por dimensiones	Calificación en general
						0- 3= leve 4 – 7= leve 8- 11 = moderado 12 – 30 = severo  0 – 6 = mínimo 7 – 9 = leve 10 – 11 = moderado 12 – 27 = severo	0-10 = Mínimo 11-15= Leve 16 – 20 = Moderado 21-57 = Severo

## Anexo 3: Instrumentos

### INVENTARIO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA MUJERES VERSIÓN ABREVIADA

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario pregunta acerca de las acciones que puede haber experimentado en la relación con su pareja actual.

Responda cada pregunta con la mayor atención y sinceridad posible encerrando el número que represente la frecuencia en que ha experimentado dichas acciones dentro de su relación de pareja.

Los números representan lo siguiente:

**1 = NUNCA**

**2 = RARAMENTE**

**3 = OCASIONALMENTE**

**4 = FRECUENTEMENTE**

**5 = MUY FRECUENTE**

ITEMS	NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTE
	1	2	3	4	5
1. Mi pareja me puso apodos o sobre sobre nombres vergonzosos.	1	2	3	4	5
2. Mi pareja hizo seguimiento de mi tiempo y me pidió cuentas de mi paradero.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja me maldijo.	1	2	3	4	5
4. Mi pareja usó mi dinero y tomó decisiones financieras importantes sin consultarme.	1	2	3	4	5
5. Mi pareja me gritó.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja estuvo celoso o sospechó de mis amigos.	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me trató como si yo fuera inferior a él.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me acusó de tener una aventura con otro hombre.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me dijo que mis sentimientos eran irracionales o locos.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja interfirió en relaciones con otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me echó la culpa de sus problemas.	1	2	3	4	5
12. Mi pareja trató de evitar que hiciera cosas que me ayudaran.	1	2	3	4	5
13. Mi pareja trató de hacerme sentir como si fuera loca o irracional.	1	2	3	4	5
14. Mi pareja restringió mi uso del teléfono.	1	2	3	4	5

## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Estado Civil..... Edad:..... Sexo..... Ocupación.....  
Educación:.....Fecha:.....

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

### 1. **Tristeza**

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

### 2. **Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 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 mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

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

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

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

**10. Llanto**

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

**11. Agitación**

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

**12. Pérdida de Interés**

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

- 13. Indecisión**
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
  - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
  - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
  - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14. Desvalorización**
- 0 No siento que yo no sea valioso
  - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
  - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3
  - 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.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

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

## Anexo 4: Validación de instrumentos

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE MALTRATO PSICOLÓGICO

Ítems

<u>Dimensiones</u>		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1.	¿Mi pareja me puso apodo o sobrenombres vergonzosos?	/		/		/		
2.	¿Mi pareja hizo seguimiento de mi tiempo y me pidió cuentas de mi paradero?	/		/		/		
3.	¿Mi pareja me maldijo?	/		/		/		
4.	¿Mi pareja tomo mi dinero y tomo decisiones financieras importantes sin consultarme?	/		/		/		
5.	¿Mi pareja me grito?	/		/		/		
6.	¿Mi pareja estuvo celoso o sospecho de mis amigos?	/		/		/		
7.	¿Mi pareja me trato como si yo fuera inferior a él?	/		/		/		
8.	¿Mi pareja me acuso de tener una aventura con otro hombre?	/		/		/		
9.	¿Mi pareja me dijo que mis sentimientos eran irracionales y locos?	/		/		/		
10.	¿Mi pareja interfirió en relaciones con otros miembros de mi familia?	/		/		/		
11.	¿Mi pareja me echo la culpa de sus problemas?	/		/		/		
12.	¿Mi pareja trato de evitar que hiciera cosas que me ayude?	/		/		/		
13.	¿Mi pareja trato de hacerme sentir como si fuera local o irracional?	/		/		/		
14.	¿Mi pareja restringió mi uso del celular?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Mg. Psi. Figueroa Prado Christian Wilfr

DNI: 08154736

Especialidad del validador: Psicólogo Educativo

03 de Junio del 20

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

**VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE:  
DEPRESION.**

Ítems

<u>Dimensiones</u>		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1.	<b>Tristeza</b> 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.	<b>Pesimismo</b> 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.	<b>Fracaso</b> 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.	<b>Pérdida de Placer</b> 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.	<b>Sentimientos de Culpa</b> 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.	<b>Sentimientos de Castigo</b> 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.	<b>Disconformidad con uno mismo.</b> 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo.	/		/		/		

	2 3	Estoy decepcionado conmigo mismo. No me gusto a mí mismo.						
8.	<b>Autocrítica</b> 0 1 2 3	No me critico ni me culpo más de lo habitual Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo Me critico a mí mismo por todos mis errores Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	/		/		/	
9.	<b>Pensamientos o Deseos Suicidas</b> 0 1 2 3	No tengo ningún pensamiento de matarme. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría Querría matarme Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	/		/		/	
10.	<b>Llanto</b> 0 1 2 3	No lloro más de lo que solía hacerlo. Lloro más de lo que solía hacerlo Lloro por cualquier pequeñez. Siento ganas de llorar pero no puedo.	/		/		/	
11.	<b>Agitación</b> 0 1 2 3	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	/		/		/	
12.	<b>Pérdida de Interés</b> 0 1 2 3	No he perdido el interés en otras actividades o personas. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. Me es difícil interesarme por algo.	/		/		/	
13.	<b>Indecisión</b> 0 1 2 3	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	/		/		/	
14.	<b>Desvalorización</b> 0 1 2 3	No siento que yo no sea valioso No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. Siento que no valgo nada.	/		/		/	
15.	<b>Pérdida de Energía</b> 0 1	Tengo tanta energía como siempre. 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.	<b>Cambios en los Hábitos de Sueño</b>							
	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.	<b>Irritabilidad</b>							
	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.	<b>Cambios en el Apetito</b>							
	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.	<b>Dificultad de Concentración</b>							
	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.	<b>Cansancio o Fatiga</b>							
	0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	/	/	/			
	1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.						
	2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.						
	3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.						
21.	<b>Pérdida de Interés en el Sexo</b>							
	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.						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Dr. Psi. Aponte Urdanuga Arturo Italo

DNI: 09463178

Especialidad del validador: Psicólogo Clínico

04 de Junio del 2020

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

## Anexo 5: Matriz de datos

	Identidad	V1	V2	Dimensi3n violencia psicol3gica	Dimensi3n violencia f3sica 1 a	Dimensi3n depresi3n normal	Dimensi3n depresi3n severa	Dimensi3n depresi3n leve 1	Dimensi3n depresi3n leve 2	Pregunta 1 a violencia f3sica	Pregunta 2 a viol encia	Pregunta 3 a viol encia	Pregunta 4 a viol encia	Pregunta 5 a viol encia
1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
4	4	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
5	5	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
6	6	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	7	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
9	9	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
10	10	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
11	11	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1
12	12	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1
13	13	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
14	14	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
15	15	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
16	16	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
17	17	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
18	18	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1
19	19	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
20	20	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
21	21	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	22	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
23	23	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2

Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	P3rdidos	Categor3a	Alineaci3n	Medida	Nota
Identidad	Num3rico	8	0	Objeto	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
V1	Num3rico	8	0	Violencia	{1, Violencia	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
V2	Num3rico	8	0	Depresi3n	{1, Depresi3n	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
Dimensi3n	Num3rico	3	0	Violencia psicol	{1, Profesi3n	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensi3n	Num3rico	8	0	Violencia f3sica	{1, Causas	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensi3n	Num3rico	8	0	Depresi3n normal	{1, Es frecue	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensi3n	Num3rico	8	0	Depresi3n mod	{1, Menos r	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensi3n	Num3rico	8	0	Depresi3n severa	{1, Ocasion	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1	Num3rico	8	0	Tiene un nivel d.	{1, 5}	Ninguna	9	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_2	Num3rico	8	0	¿Usted present	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_3	Num3rico	8	0	¿Tiene enferma	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_4	Num3rico	8	0	¿Se encuentra	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_5	Num3rico	8	0	¿La vivienda es	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_6	Num3rico	3	0	Poseer Secund	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_7	Num3rico	8	0	¿Usted particip	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_8	Num3rico	8	0	¿Usted en algu	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_9	Num3rico	8	0	¿Desarrolla alg	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_10	Num3rico	8	0	Sus ingresos or	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_11	Num3rico	8	0	El monto de su	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_12	Num3rico	8	0	¿Es jefe de hog	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_13	Num3rico	8	0	¿Tiene hijos m	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_14	Num3rico	8	0	¿Vive con algu	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_15	Num3rico	8	0	¿Vive con algu	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_16	Num3rico	8	0	¿C3mo califica	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_17	Num3rico	8	0	¿Como es la c	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_18	Num3rico	8	0	¿Considera ust	{1, 5}	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada

## **Anexo 6: Propuesta de valor**

Las manifestaciones psicológicas del ser humano son muy complejas desde situaciones sociales que exteriorizan al problema emocional en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, afectando el psique y el yo interior del individuo; a razón de ello no podemos darle poca importancia al maltrato psicológico y la depresión en mujeres; la falta de apoyo para la erradicación de este problema social afecta a todo nivel socio económico. Al comienzo del estudio se priorizó en contribuir a la prevención de este problema realizando charlas informativas, talleres de fortalecimiento y brindando soporte emocional.

El presente estudio de investigación tiene como finalidad brindar datos e información referencial ante la sociedad y las entidades públicas y privadas que brindan a apoyo a mujeres que tienen este problema de salud mental.