



Trastorno de estrés postraumático y depresión en mujeres con signos de violencia doméstica en Lima Metropolitana, Perú

Post-traumatic stress disorder and depression in women with signs of domestic violence in Metropolitan Lima, Peru

Agüero-Piazzini, Carmen del Rosario^{1,a}, Torres-Pare, Diana Carolina^{2,b}, Olivás-Ugarte, Lincol Orlando^{2,c}

Revista de Investigación en Psicología
Vol. 27 - N.º 2 - 2024: e27021

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v27i2.27021>

ISSN L: 1560 - 909X

Facultad de Psicología UNMSM

Recibido: 14 - 12 - 23

Aceptado: 25 - 05 - 24

Publicado: 13 - 12 - 24

¹ Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" y casa hogar COMAIN LIMA "Casa de los Petisos", Perú.

² Universidad César Vallejo, Perú.

^a Correo electrónico: c.a.piazzini@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1444-0210>

^b Correo electrónico: dianatorres11@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5965-6387>

^c Autor para correspondencia: lolivias2022@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7781-7105>

Resumen

El propósito de este artículo fue examinar la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión en mujeres que presentaron signos de violencia doméstica. Es un estudio empírico, con estrategia asociativa y de diseño predictivo correlacional simple. Participaron 160 mujeres de entre 18 y 59 años ($M = 31$, $DE = 6.60$), seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional. Se administraron tres instrumentos: la Woman Abuse Screening Tool (WAST) como tamizaje de violencia, así como la Escala de Trauma de Davidson (DTS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para asociar ambas variables. Los principales resultados mostraron que el 86% de las mujeres con signos de violencia doméstica presentaron sintomatología de trastorno de estrés postraumático, 98% indicadores de depresión grave y, 2% depresión moderada. Asimismo, se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p < .05$) con tamaño del efecto mediano (V de Cramer = .34) entre las variables del estudio. Por último, la Odds ratio (OR = 46.95) reveló que las mujeres con signos de violencia doméstica que presentaron sintomatología de TEPT tienen 46.95 veces más probabilidades de sufrir indicadores de depresión grave, frente a aquellas que no lo presentan. Por lo tanto, la evidencia muestra que el trastorno de estrés postraumático y la depresión se asocian significativamente en la población de estudio.

Palabras clave: violencia doméstica, trastorno de estrés postraumático, depresión, mujeres, estudio asociativo.

Abstract

The purpose of this article was to examine the association between posttraumatic stress disorder and depression in women presenting signs of domestic violence. It is an empirical study, with associative strategy and simple correlational predictive design. A total of 160 women aged 18-59 years ($M = 31$, $SD = 6.60$), selected by non-probability purposive sampling, participated. Three instruments were administered: the Woman Abuse Screening Tool (WAST) to screen for violence, as well as the Davidson Trauma Scale (DTS) and the Beck Depression Inventory (BDI-II) to associate both variables. The main results showed that 86% of the women with signs of domestic violence presented post-traumatic stress disorder symptoms, 98% severe indicators of depression and 2% moderate depression. Likewise, a statistically significant association ($p < .05$) with a medium effect size (Cramer's $V = .34$) was identified between the study variables. Finally, the Odds ratio (OR = 46.95) revealed that women with signs of domestic violence who present PTSD symptoms are 46.95 times more likely to suffer indicators of major depression, compared to those who do not present PTSD. Therefore, evidence shows that post-traumatic stress disorder and depression are significantly associated in the study population.

Key words: domestic violence, post-traumatic stress disorder, depression, women, associative study.

INTRODUCCIÓN

La violencia puede provocar daños psicológicos, físicos, sexuales y económicos, llegando a conminar o despojar la autonomía, afectando la salud y el bienestar del individuo, desencadenando diversos trastornos como el estrés postraumático, depresión, ansiedad e ideación suicida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La agresión hacia el sexo femenino y el delito de feminicidio, son problemas generalizados mundialmente (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022), encontrándose cifras altas, ya que una por cada cuatro (24%) adolescentes de entre 15 y 19 años, han sido vulneradas por su pareja (OMS, 2022), convirtiéndose en un tema pertinente dentro de las cuestiones que deben abordarse en materia de derechos humanos y salud pública (OMS, 2021). En 2022, el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) advirtió que el 55% de féminas en edades de 15 a 49 años habían sufrido maltrato dentro de su relación.

En mención al origen de la violencia contra la mujer, puede atribuirse a varios factores, asociados principalmente a aspectos culturales y socioeconómicos (Ranielle y Franciéle, 2020). Se ha identificado que quienes tienen más probabilidad de sufrir violencia son las mujeres, ya que, sus actividades se desvían de los roles socialmente aceptados (Álvarez et al., 2021).

Del mismo modo, está normalizado en estructuras familiares patriarcales el promover la sumisión de la mujer (Namy et al., 2017). Esto se debe a que la violencia contra la mujer suele producirse en entornos en los que existe un desequilibrio de poder entre ambos sexos, sustentada en una cultura construida con base en dominios políticos y culturales (Jaramillo y Canaval, 2020).

El machismo es un factor notable dentro de este fenómeno, debido a la superioridad cultural otorgada al hombre, reafirmando erróneamente la desigualdad de géneros, llegando a limitar la autonomía y reforzando la sumisión de la mujer (Tonsing y Tonsing, 2019).

En el año 2020, Línea 100 incrementó su número de llamadas un 97% comparados al año 2019, debido a mayores demandas de asistencia y acusaciones de agresión contra la mujer (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2021), atribuyendo el incremento al estado de emergencia sanitaria a nivel nacional que incluyó la medida de aislamiento social obligatorio.

Dadas las cifras desfavorables, es necesario implementar medidas preventivas para asegurar una vida libre de violencia. Según la OMS (2022), una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido algún tipo de agresión en el contexto de una relación conyugal, lo que impacta significativamente en su salud mental, manifestándose en síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad y otros trastornos. Estos efectos suelen persistir en el tiempo como consecuencia de la violencia, afectando principalmente a países con economías de ingresos medios a bajos (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres [ONU-Mujeres], 2022).

Los eventos que dan como resultado una sobreexposición a la violencia, operan como un estresor crónico que afecta diversas redes neuronales, haciendo a las personas más propensas a problemas simples o complejos de salud mental, e inclusive padecer de adicciones. Se percibirá una mejora en las víctimas al cortar con el círculo de violencia (Ministerio de Salud [MINSA], 2021).

Porsu parte, Colque (2020) señala que los síntomas principales en personas expuestas a violencia familiar son: depresión, tristeza, desesperación, llanto, sentimientos de culpa o soledad, así como ansiedad, obsesión, compulsión y somatización. A los cuales se incluye cuadros clínicos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), manifestado en respuesta a emociones profundas frente eventos traumáticos (Saquinaula-Salgado et al., 2020; Jonker et al., 2019), ya que se basan en percepciones alteradas del sentido, del comportamiento y la conciencia, llegando a repercutir en el bienestar de los individuos (Bermúdez et al., 2022). Entre las secuelas más comunes en las féminas que han sido violentadas, se encuentran sintomatologías postraumáticas, a consecuencia de la exposición constante a circunstancias de riesgo vital, generando un deterioro significativo en su vida. Además, es el género femenino quien tiene más riesgo de vivir episodios así, producto de recuerdos de abuso físico, emocional o sexual (López et al., 2018). De esta forma, las mujeres que han experimentado agresión tienen a este hecho como un factor que las predispone a sufrir TEPT, revelando una incidencia superior a otros casos como accidentes, tortura, atentados terroristas y acoso laboral, presentando síntomas de deterioro cognitivo, alteraciones en el estado de ánimo, y el cuadro clínico se asocia a conductas amenazantes y miedo recurrente a actos de violencia (Guerrero et al., 2021).

Según la OMS (2022), la depresión se caracteriza por una pena profunda, pérdida de placer en actividades que antes eran satisfactorias, problemas con la alimentación y el sueño, cansancio y dificultad para concentrarse.

Siendo más común en la mediana edad debido a los elevados niveles de estrés provocados por el aumento de las obligaciones sociales, las tensiones provocadas por el desarrollo de los hijos y las alteraciones en la adultez temprana, que se agravan por actos de agresión y/violencia (Vásquez y Torres, 2007), principalmente por parte del cónyuge (Lara et al., 2019).

Para Herrera y Cañas (2020), los actos violentos pueden provocar problemas en la salud mental como el TEPT, que afecta las capacidades cognitivas que son cruciales en el desempeño óptimo en la vida diaria. Conjuntamente, el TEPT actúa como un factor comórbido que eleva la probabilidad de desarrollar depresión y trastornos de ansiedad, junto con otras enfermedades mentales.

De la misma manera, Méndez et al. (2022) concluyeron que los índices de violencia entre mujeres con parejas heterosexuales tienen un efecto perjudicial en su salud mental, siendo necesaria una especial consideración desde un enfoque de género, particularmente en la dinámica de sus relaciones conyugales, donde el objetivo principal será erradicar todas las formas de violencia.

Varios autores han aportado datos significativos al respecto. Según Sabri (2021), las mujeres que fueron expuestas a violencia por parte de su pareja presentaban trastornos depresivos de leves a muy graves y TEPT de leves a graves. También, Signorelli et al. (2020) realizaron estudios casuísticos en mujeres maltratadas y un grupo que no lo fue, llegando a encontrar diferencias significativas en la incidencia de síntomas depresivos y TEPT en las féminas que habían experimentado agresión doméstica. Además, Jonker et al. (2019) hallaron que los síntomas de gravedad de la depresión se relacionaron al origen migratorio y al abuso físico y los síntomas de TEPT se relacionaron al abuso sexual, hallando una correlación significativa entre la depresión y el TEPT ($r = .58$; $p < .001$). Asimismo, Lara (2019) trabajó con mujeres maltratadas y mujeres que no lo fueron, concluyendo que la sintomatología depresiva y el TEPT se asocian de manera significativa con la agresión conyugal. Igualmente, Rivera et al. (2018) concluyeron que, las mujeres que experimentaron altos niveles en cualquier forma de abuso obtuvieron índices altos de TEPT y depresión respectivamente, llegando a existir una disminución en los síntomas de ambos trastornos, frente a la reducción del abuso por parte de sus parejas.

Como se ha visto aquí, existe evidencia que permite sostener la relación entre el TEPT y la depresión. De aquí que este estudio resulte importante, ya que en el Perú no se cuenta con investigaciones que relacionen ambas variables en una muestra con estas características. Por eso, los resultados

pueden convertirse en una fuente de discusión para facilitar la comprensión de este problema y su abordaje en contextos de aplicación clínica y/o forense a través de programas de tratamiento e intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Por último, también puede ser de utilidad como estudio previo para futuras investigaciones sobre este tema.

Por estas razones, el objetivo del estudio fue establecer la asociación entre el TEPT y la depresión en mujeres con signos de violencia de pareja en Lima Metropolitana; adicionalmente, se buscó conocer la prevalencia de TEPT e identificar los niveles de depresión en este grupo.

MÉTODO

Diseño y tipo de investigación

Por su finalidad, es un estudio de tipo básico, ya que está encaminado a generar nuevos conocimientos para mejorar la comprensión de un tema específico (Álvarez-Risco, 2020). Además, es una investigación empírica, con estrategia asociativa y de diseño predictivo correlacional simple, dado que se explora la relación funcional entre dos variables sin establecer diferencias entre ellas ni emplear ninguna forma de control estadístico sobre las mismas (Ato et al., 2013).

Participantes

Para estimar el tamaño de la muestra, se utilizó el programa G*Power. Se especificaron los siguientes supuestos básicos: 1) análisis bilateral, considerando que, si los niveles de depresión se incrementan, también se incrementan los grados de TEP, y viceversa; 2) tamaño del efecto = .30; 3) nivel de significación ($p \leq .05$); y 4) potencia estadística $(1 - \beta) = .95$ (Cárdenas y Arancibia, 2014). Este procedimiento fijó en 138 el número mínimo de observaciones necesarias para este estudio. Sin embargo, la muestra final estuvo conformada por 160 mujeres.

Se empleó un muestreo no probabilístico intencional, ya que las participantes fueron elegidas con base en características específicas como ser mayores de edad, entre los 18 y 59 años ($M = 31$, $DE = 6.60$), así como haber experimentado violencia por parte de su pareja. Estas mujeres accedieron voluntariamente a participar en la investigación, lo que restringió la muestra a individuos que cumplieran con estas condiciones (Otzen y Manterola, 2017).

Instrumentos

La **Woman Abuse Screening Tool (WAST)** fue desarrollada por Brown et al. (1996) con el objetivo de identificar indicios de violencia de pareja. La versión original demostró evidencias de validez de constructo y validez discriminante. Asimismo, mostró evidencias de confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = .95$). Más recientemente, Binfa et al. (2018) realizaron la adaptación lingüística-cultural de la WAST sobre una muestra de mujeres chilenas. Esta versión adaptada alcanzó niveles aceptables de confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = .89$), capacidad de discriminación del instrumento, con un área bajo la curva ROC de 99.6% (IC: 98.6-100%), finalmente la sensibilidad, especificidad y el LR+ para el punto de corte de 15, se obtuvo 100% de sensibilidad, 96.4% de especificidad y un LR+ de 28. Además, se estableció la puntuación ≥ 15 de un rango que varía desde un mínimo de 8 hasta un máximo de 24 como punto de corte. Por lo tanto, la WAST puede ser de utilidad como instrumento de tamizaje en casos de violencia doméstica contra la mujer.

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)** fue originalmente creado por Beck et al. (1961). Posteriormente, Sanz (2003) adaptó la segunda versión al español, logrando altos niveles de confiabilidad ($\alpha = .87$). La dimensión general consta de dos factores: cognitivo-afectivo y somático-motivacional. El BDI-II contiene 21 ítems con cuatro posibilidades de respuesta, donde 0 denota ausencia de síntomas y 3 denota síntomas graves. En Perú, diversos estudios reportaron niveles de confiabilidad más que aceptables, como Carranza (2013) con $\alpha = .88$, Rodríguez y Farfán (2017) con $\alpha = .89$, y Barreda (2019) con $\alpha = .93$. Más recientemente, Sánchez-Villena et al. (2022) encontraron una estructura unidimensional a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC), con valores de ajuste CFI = .955, TLI = .950, RMSEA = .055 y SRMR = .054, además de alta confiabilidad por consistencia interna ($\omega = .929$). Por último, proporcionaron datos normativos para la población general peruana.

La **Escala de Trauma de Davidson (DTS)** fue desarrollada por Davidson et al. (1961), consta de 17 ítems clasificados según los criterios del DSM-IV. Es una escala tipo Likert de cinco opciones que van de 0 a 4 en sus subescalas: frecuencia y gravedad, originando dos calificaciones acordes a tres criterios: criterio B (ítems 1 al 4, y 17), criterio C (ítems 5 al 11) y criterio D (ítems 12 al 16). Davidson et al. (1997) establecen los 40 puntos como criterio de corte. Además, esta escala reveló una adecuada confiabilidad ($\alpha = .86$). Asimismo, Bobes et al. (2008) encontraron $\alpha = .90$ en su versión adaptada al español. Finalmente, Guerra et al. (2013) la adaptaron en población chilena,

alcanzando niveles apropiados de confiabilidad: $\alpha = .92$ para frecuencia, $\alpha = .94$ para gravedad y $\alpha = .94$ para la escala total.

En esta investigación se realizó un estudio preliminar con 107 mujeres que presentaban señales de violencia por parte de sus parejas, con el objetivo de verificar las propiedades psicométricas de los instrumentos. Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) para examinar la estructura interna del BDI-II, obteniéndose índices de ajuste adecuados: CFI = .910, TLI = .900, RMSEA = .045 y SRMR = .051. Asimismo, se evaluó su confiabilidad mediante el método de consistencia interna, encontrándose un valor de .94 tanto en el coeficiente omega de McDonald como en el alfa de Cronbach. De manera análoga, se examinó la estructura interna de la DTS mediante un AFC, obteniendo índices de ajuste apropiados: CFI = .952, TLI = .944, RMSEA = .047 y SRMR = .048 para la escala de frecuencia, y CFI = .941, TLI = .931, RMSEA = .045 y SRMR = .053 para la escala de gravedad. Además, se ratificó la confiabilidad de la prueba en sus tres aspectos, con coeficientes omega de McDonald y alfa de Cronbach de .88, .88 y .90 para la escala de frecuencia, y de .82, .85 y .84 respectivamente para la escala de gravedad.

Procedimiento

En esta investigación se cumplieron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y del código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Inicialmente, se realizó un estudio preliminar con 107 participantes para verificar la comprensibilidad de los ítems y la variabilidad en las frecuencias de respuesta. Posteriormente, se utilizó la plataforma Google Forms para elaborar un formulario virtual, precedido de una breve presentación sobre la investigación, que incluía información sobre la participación, la cual era anónima y voluntaria. Este formulario contenía formatos de consentimiento informado, fichas sociodemográficas y los instrumentos con sus respectivas instrucciones. Una vez completado, el formulario se distribuyó en línea entre las participantes que habían proporcionado información previamente y que eran víctimas de violencia de pareja, ya sea por haber acudido a una comisaría o por buscar tratamiento psicológico como consecuencia de dicha violencia. Además, se incluyó a profesionales del área psicológica que trabajan con mujeres víctimas de agresión conyugal. El enlace del formulario también se difundió a través de conexiones con conocidos y familiares en el entorno social. Durante seis meses, desde el 5 de noviembre de 2022 hasta el 24 de abril de 2023, se recopilaron los datos. Luego, la información se importó a Microsoft Excel para su depuración según los criterios de selección previamente establecidos.

(Rambal y Henao, 2009). Finalmente, estos datos se exportaron al programa *jamovi* versión 2.4 para su procesamiento estadístico.

Análisis de datos

Se partió de los datos recopilados de 206 mujeres, seleccionando una muestra de 160 mujeres que mostraban indicadores de violencia, estableciendo un punto de corte de 15 utilizando la herramienta de tamizaje (WAST). Se emplearon estadísticas descriptivas para analizar el comportamiento de las variables de estudio. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se clasificó con un punto de corte de 40 entre las mujeres que presentaban indicios de violencia y estrés postraumático (Davidson et al., 1997), mientras que la gravedad de la depresión se evaluó utilizando el BDI-II (Beck et al., 1996). Los resultados se presentaron en tablas con formato APA 7, incluyendo frecuencias y porcentajes. Se optó por utilizar pruebas no paramétricas de estadística inferencial para trabajar con muestras pequeñas de variables categóricas, sin considerar la distribución de la muestra (Tomkins-Lane, 2004). Se llevaron a cabo la prueba de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher para determinar la asociación entre las variables de estudio, la tabla de contingencia para mostrar la frecuencia de las variables categóricas, el coeficiente V de Cramer para evaluar el grado de asociación entre los campos categóricos, y el cálculo del tamaño del efecto utilizando la Odds ratio (OR) para evaluar la probabilidad de ocurrencia del evento (Levin et al., 2014). Además, para probar la significación de la hipótesis nula, se utilizó un intervalo de confianza del 95% y un nivel de probabilidad de .05 como puntos de referencia.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la tabla 1, se observa que 23 (14.37%) no superaron el punto de corte (40 puntos), lo que indica que no presentaron sintomatología disfuncional asociada al TEP, mientras que 137 (85.63%) sí superaron el punto de corte, lo que indica que presentaron síntomas intrusivos, recuerdos de imágenes desagradables del suceso con una gravedad elevada (reexperimentación). También se presentaron síntomas intrusivos, aislamiento social y disminución del disfrute en las actividades. Por último, referente a la activación fisiológica, los problemas de sueño, el fastidio, la falta de atención y la ansiedad.

Tabla 1*Prevalencia de estrés postraumático en mujeres con signos de violencia doméstica (n=160)*

Estrés postraumático	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Con estrés postraumático	137	85.63
Sin estrés postraumático	23	14.37
Total	160	100.00

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

En la tabla 2, se puede observar que 3 (1.87%) del total de la muestra obtuvieron un grado moderado de depresión, mientras que 157 (98.13%) obtuvieron un nivel grave de depresión. Esto revela que la depresión grave alcanzó un porcentaje superior en la muestra de estudio.

Tabla 2*Niveles de depresión en mujeres con signos de violencia doméstica (n=160)*

Niveles	Depresión	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Depresión moderada	3	1.87
Depresión grave	157	98.13
Total	160	100.00

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

Análisis inferencial

En la Tabla 3, se observa que todas las mujeres que presentaban pruebas visibles de maltrato doméstico también mostraban una depresión significativa. Además, dos casillas (50% del total) mostraban una frecuencia inferior a 5, por lo cual, tanto la prueba exacta de Fisher y la Chi-cuadrado se tuvieron en cuenta como estadísticos para determinar la relación entre las variables. Esto evidencia la asociación entre el TEPT y la depresión grave.

Tabla 3

Tablas de contingencia entre trastorno de estrés postraumático y depresión (n=160)

DTS	BDI		Total
	Depresión grave	Depresión moderada	
Con estrés postraumático	137	0	137
	100%	0%	100%
	87%	0%	86%
Sin estrés postraumático	20	3	23
	87%	13%	100%
	13%	100%	14%
Total	157	3	160
	98%	2%	100%
	100%	100%	100%

En la Tabla 4, se demuestra que el nivel de significación de la prueba exacta de Fisher es inferior a .05 (.002), y que el nivel de significación de la prueba chi-cuadrado es inferior a .05 (.001). Como resultado, se puede concluir que las mujeres que presentan síntomas de maltrato doméstico también pueden experimentar TEPT y depresión. El valor del coeficiente V de Cramer muestra un tamaño del efecto mediano (.34) para la magnitud de esta relación. Por último, se desprende de la Odds ratio (OR = 46.95) que las mujeres que han sufrido maltrato doméstico y que padecen trastorno de estrés postraumático tienen 46.95 veces más probabilidades de sufrir una depresión grave que las mujeres que no lo padecen.

Tabla 4

Chi-cuadrado, Test exacto de Fisher, coeficiente V de Cramer y razón de proporción (n=160)

	Valor	df	p	V de Cramer	Odds ratio (OR)
X ²	18.211	1	< .001		
Test exacto de Fisher			.002		
n	160			0.337	46.95

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

DISCUSIÓN

Según el objetivo general del estudio, existe asociación moderada entre el TEPT y la depresión en mujeres de Lima Metropolitana que han mostrado signos de violencia de pareja (tamaño del efecto mediano V de Cramer=.34), especialmente entre el TEPT y el nivel grave de depresión. Asimismo, aquellas mujeres con TEPT tienen una probabilidad 46.95 veces mayor que las mujeres sin TEPT de presentar depresión grave. Los resultados obtenidos apoyan los de Jonker et al. (2019), que mostraron que el TEPT y la depresión son factores relacionados a la agresión conyugal, siendo la depresión y el TEPT, quienes destacaron por poseer una relación positiva significativa ($r=.58$; $p<.001$). Este hallazgo está relacionado con las altas tasas de TEPT y depresión en féminas que han padecido violencia conyugal, así como con los efectos negativos que estos trastornos tienen en su salud emocional, bienestar general y calidad de vida.

Por otro lado, pone de manifiesto la alta gravedad y prevalencia de las enfermedades depresivas y el trastorno de estrés postraumático que son causados por un entorno violento. Estas conclusiones son coherentes con las realizadas por Lara (2019), quien descubrió que las mujeres que mostraban indicios de maltrato doméstico presentaban un TEPT y síntomas depresivos más graves. Resultados similares fueron descubiertos por Rivera et al. (2018), quienes descubrieron que el maltrato disminuye los síntomas tanto del TEPT como de la depresión, mientras que aumentaba sus niveles. Dado que la sintomatología del TEPT está relacionada con la angustia de revivir el hecho de violencia, es fundamental rehusar el contacto con el agraviador y ofrecer a las víctimas protección adicional lo antes posible. No hacerlo sólo empeorará el problema. Además, la investigación demuestra que los síntomas que provocan estas condiciones requieren ciertas técnicas y terapias adaptadas a este entorno. Aunque se incluyó a mujeres que mostraron signos de violencia en la pareja, la prevalencia de sintomatología postraumática y la gravedad de la depresión que surgió ponen de relieve la necesidad urgente de tratamientos adecuados.

Debido a la gravedad del desarrollo de la depresión severa en estos contextos, las mujeres enfrentan el riesgo de que su vida esté en peligro. También hay una alta incidencia de TEPT, como demuestra el hecho de que el 86% de los participantes con conductas violentas cumplían los criterios del DSM-IV para la sintomatología del TEPT en cualquiera de sus variadas manifestaciones. Esto concuerda con el estudio de Signorelli et al. (2020), que descubrieron que el 88% de las féminas que experimentaron agresión tenían TEPT. Hallazgos similares fueron realizados por Jonker et al. (2019), quienes descubrieron que entre el 40 y 84% de las mujeres que habían sufrido

maltrato en sus relaciones también tenían TEPT. Por lo tanto, se demuestra que los síntomas de TEPT son considerablemente más propensos a desarrollarse en mujeres que han sufrido maltrato doméstico. Estas imágenes clínicas son el resultado de las conductas amenazantes y el miedo que las féminas experimentan debido a su preocupación por que los actos violentos se repitan, especialmente en situaciones en las que no se rompe el círculo vicioso al que se ven expuestas con frecuencia.

Dado que los casos de violencia están muy generalizados, la alta prevalencia de TEPT en las féminas que presentan signos de violencia es una señal de alerta de que existe el peligro de que ésta tenga repercusiones emocionales que perjudiquen el propio bienestar, así como el desarrollo social y familiar, lo cual repercute en que la gravedad de esta dolencia se haya aumentado, por lo que es fundamental actuar con rapidez para controlar los efectos perjudiciales de estos síntomas.

No se encontraron participantes con niveles bajos o leves de depresión, el 2% de las colaboradoras exhibían un nivel de depresión moderado y el 98% mostraron un grado grave de depresión. Estos resultados concuerdan con los de Sabri (2021), que examinó la asociación entre los trastornos depresivos y las mujeres casadas víctimas de maltrato conyugal. Los resultados de Sabri pusieron de relieve la distribución de los trastornos depresivos, siendo la mayor prevalencia la depresión moderada, que afectaba al 32.2% de las mujeres, la depresión grave, que afectaba al 13.1%, y la depresión muy grave, que afectaba al 7.8% de las mujeres. En una línea similar, Signorelli et al. (2020) descubrieron que el 58% de féminas que habían experimentado actos violentos, presentaban también depresión de moderada a grave. Según las estadísticas presentadas, más del 50% de féminas que atravesaron actos violentos, evidenciaron depresión de moderada a grave. Esto es indicativo de las altas tasas de gravedad de la depresión que se han formado en un entorno de violencia conyugal, donde la pareja es el primordial agresor.

La severidad de la depresión es significativa, indicando una recurrencia alta de la presencia de síntomas de depresión grave en casos de violencia, adyacente al desarrollo de riesgos que conlleva este trastorno en el bienestar emocional de las féminas, poniendo en peligro su vida. Es crucial reconocer que el experimentar violencia extrema afecta el bienestar y la salud de las afectadas. Por ello, necesitan atención especializada que les permita recuperarse y alcanzar un óptimo desarrollo personal y social.

Por último, cabe destacar que la investigación tuvo varias limitaciones, como fue el tamaño de la muestra, debido a las dificultades en la recogida de

datos, ya que las colaboradoras fueron mujeres en posición vulnerable en lo que respecta a su salud emocional, siendo difícil la identificación y captación de estas. En consecuencia, la aceptación de su participación se vio favorecida en cierto modo por la recogida electrónica de datos. Otra, fue el muestreo no probabilístico intencional, ya que la participación se dirigió a mujeres que habían mostrado previamente signos de violencia y que aceptaron ser parte de esta, considerando que estaba condicionada al acatamiento de los criterios de edad y residencia, lo que no permitió generalizar los resultados, y, por último, la escasa cantidad de antecedentes de estudios previos con diseños similares de investigación.

Agradecimientos

Este estudio se desarrolló en el marco de la asignatura de Desarrollo de Proyecto de investigación (DPI), con la finalidad de obtener el título profesional de Licenciado en psicología. En esa línea, se agradece el apoyo brindado por las autoridades de la Universidad César Vallejo (UCV), muy especialmente a las mujeres que participaron en la investigación.

Contribución de los autores

CRAP: introducción, compilación de material bibliográfico, aplicación de instrumentos, procesamiento y análisis de la información, interpretación de resultados, y discusión.

DCTP: introducción, compilación de material bibliográfico, aplicación de instrumentos, procesamiento y análisis de la información, interpretación de resultados, y discusión.

LOOU: idea de investigación, corrección de estilo, adecuación al formato de revista, y lectura final del manuscrito.

Fuentes de financiamiento / Funding

Los autores financiaron la investigación utilizando sus propios recursos.

Aspectos éticos / legales

Los autores afirman haber seguido las pautas de comportamiento ético en la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés, ya sea de índole económica, institucional, laboral o personal.

REFERENCIAS

- Álvarez-Risco, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales.
- Álvarez, C., Lameiras-Fernandez, M., Holliday, C., Sabri, B., y Campbell, J. (2021). Latina and Caribbean Immigrant Women's Experiences With Intimate Partner Violence: A Story of Ambivalent Sexism. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8), 3831–3854. <https://doi.org/10.1177/0886260518777006>
- Ato, M., López-García, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), 39–52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*; 4, 561-571.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II. Psychological assessment*.
- Bermúdez, L., Barrantes, M., Bonilla, G. (2022). Trastorno por estrés postrauma. *Rev.méd.sínerg*; 5(9), 568. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>
- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., y Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista médica de Chile*, 146(3), 331-340. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Bobes, J., Bascarán, M., García-Portilla, M., Bousoño, M., Sáiz, P., Wallance, D., y Hidalgo, R. (2008). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª Ed). Barcelona: *Ars Médica*.
- Brown, J., Lent, B., Brett, P., Sas, G., y Pederson, L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine-Kansas City-*, 28, 422-428.
- Cárdenas, M., & Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224. <https://www.redalyc.org/comocitar.oe?id=439742475006>
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 15(2), 170–182. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. [https://www.cpsp.pe/documentos/marco legal/codigo de etica y deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco%20legal/codigo%20de%20etica%20y%20deontologia.pdf)

- Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista EDUCA UMCH*, (15), 64-79. <https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.129>
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J., Smith, R., Davison, R., Katz, R., y Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., y Díaz, M. (2013). Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. *Summa psicológica UST*, 10(2), 41-48. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es>.
- Guerrero, D., García, D., Peñafiel, D., Villavicencio, y L., Flores, V. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. *Una revisión. Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818; 7(3), 667-688. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>
- Herrera, E. y Cañas, D. (2020). El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 311-323. <https://doi.org/10.15332/22563067.6297>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). *Perú: Femicidio y Violencia contra la Mujer 2015-2020*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3426556/Per%C3%BA%3A%20Femicidio%20y%20Violencia%20contra%20la%20Mujer%202015-2020%28Parte%201%29.pdf?v=1658174691>
- Jaramillo, C., y Canaval, G. (2020). *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. Univ. Salud; 22(2), 178-85. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4060>
- Jonker, I., Lako, D., Beijersbergen, M., Sijbrandij, M., Van Hemert, A., y Wolf, J. (2019). *Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women*. *Violence against women*, 25(4), 401-420. <https://doi.org/10.1177/1077801218790700>
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*; 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lara, E. (2019). *Daño psicológico a mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja* (Doctoral dissertation, Universidad de Almería). <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=ncoWjY%2Bl6oQ%3D>
- Levin, R., Rubin, D., Rastogi, S., y Hussain, M. (2014). *Statistics for Management*. Pearson. <https://www.amazon.in/Statistics-Management-7e-IEVIN-Rastogi/dp/8131774503>

- López, M., Arenas, M., y González, A. (2018). Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes del Módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*; 53(4), 229-30. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.007>
- Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R., y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12(1), 1–20. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.400>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). *Línea 100 del MIMP incrementó en 97 % las atenciones de llamadas durante el 2020*. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/325922-linea-100-del-mimp-incremento-en-97-las-atenciones-de-llamadas-durante-el-2020>
- Ministerio de Salud (2021). *Minsa: Más de 70 % de mujeres víctimas de violencia no busca ayuda*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/482423-minsa-mas-de-70-de-mujeres-victimas-de-violencia-no-busca-ayuda>
- Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., Namakula, S., Nanyunja, B., Wainberg, M., Naker, D., y Michau, L. (2017). Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Social Science y Medicine*, 184, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.042>
- ONU (2022). *Violencia de género: Cinco mujeres son asesinadas cada hora por alguien de su propia familia*. <https://news.un.org/es/story/2022/11/1517077>
- ONU-Mujeres (2022). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Sampling techniques on a population study. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Depresión*. https://www.who.int/es/health-topics/1a-d%C3%A9pression#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/11/25/default-calendar/international-day-to-eliminate-violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Rambal, R., y Henao, L. L. (2009). *Manual básico de Excel*.
- Ranielle, S., y Franciéle, L. (2020). Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista de Saude Publica*, 54, 97. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002103>
- Rivera, E. A., Sullivan, C. M., Zeoli, A. M., y Bybee, D. (2018). A Longitudinal Examination of Mothers' Depression and PTSD Symptoms as Impacted by Partner-Abusive Men's Harm to Their Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(18), 2779–2801. <https://doi.org/10.1177/0886260516629391>
- Rodríguez, E., y Farfán, D. (2017). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*.

- Sabri, Y. (2021). Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00157-x>
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. F., y Rosales Márquez, C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23–31. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>
- Sánchez-Villena, A., Farfán, E., De La Fuente-Figuerola, V., y Chávez-Ravines, D. (2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158-170. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Signorelli, M., Fusar-Poli, L., Arcidiacono, E., Caponnetto, P., y Aguglia, E. (2020). Depression, PTSD and alexithymia in victims of intimate partner violence: a case-control study. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo); 47(2), 45-50. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000230>
- The jamovi project (2023). *jamovi*. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Tomkins-Lane, C. (2006). An Introduction to Non-parametric Statistics for Health Scientists. University of Alberta *Health Sciences Journal*. 3.
- Tonsing, J. y Tonsing, K. (2019). Understanding the role of patriarchal ideology in intimate partner violence among South Asian women in Hong Kong. *International Social Work*, 62(1), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0020872817712566>
- Vázquez, F., y Torres, Á. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clinica y Salud*, 18(2), 221-246. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006&lng=es&tlng=es.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *American Journal of Medicine*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>