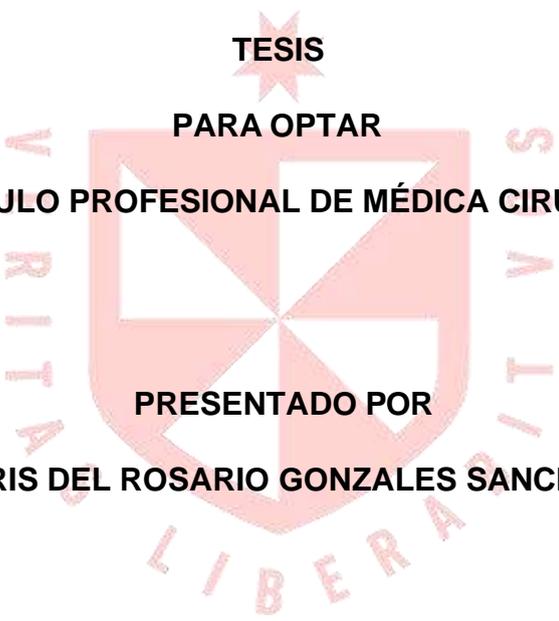


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

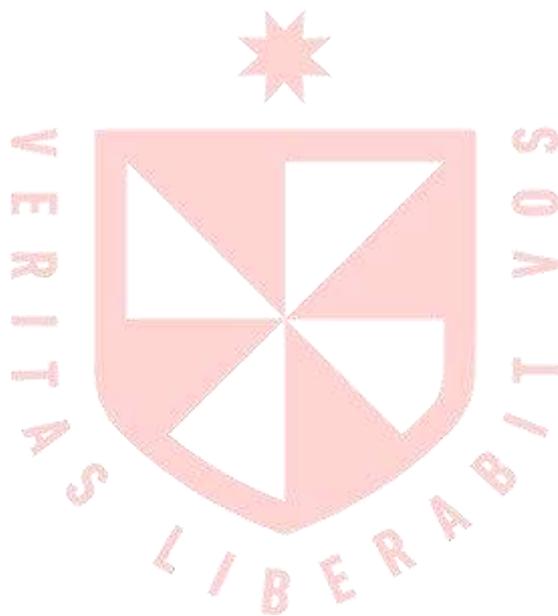
**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TRASTORNOS DE SALUD  
MENTAL EN MUJERES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID -19  
EN CHICLAYO Y CHOTA, 2021**

**TESIS**  
**PARA OPTAR**  
**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**  
**PRESENTADO POR**  
**DORIS DEL ROSARIO GONZALES SANCHEZ**



**ASESOR**  
**VICTOR ALBERTO SOTO CACERES**

**CHICLAYO - PERÚ**  
**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TRASTORNOS DE SALUD  
MENTAL EN MUJERES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID -19  
EN CHICLAYO Y CHOTA, 2021**

**TESIS**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
DORIS DEL ROSARIO GONZALES SANCHEZ**

**ASESOR  
DR. VICTOR ALBERTO SOTO CACERES**

**CHICLAYO-PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE:** DR. HENRRY LLOCLLA GONZALES

**MIEMBRO:** DR. RAUL ORTIZ REGIS

**MIEMBRO:** MG. JULIO TORO VASQUEZ

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres, Heber Gonzales Cruz y Doris Sánchez Rivasplata, les dedico estas palabras con profunda gratitud y amor. Ustedes han sido mi roca, mi inspiración y mi mayor fuente de motivación. Gracias por su amor constante y su incansable apoyo en cada paso de este camino académico.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al concluir esta tesis, quiero dar gracias a Dios por brindarme salud y permitir que logre culminar mi carrera, así mismo quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que, de una forma u otra, hicieron posible la culminación de este proyecto, fruto de muchos años de esfuerzo, dedicación y sacrificio, y no habría sido posible sin el apoyo incondicional de mis padres.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	VI
<b>ABSTACT</b>	VII
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>I. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	5
<b>II. RESULTADOS</b>	10
<b>III. DISCUSIÓN</b>	28
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	34
<b>V. RECOMENDACIONES</b>	35
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	36
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

El **objetivo general** del estudio fue determinar la asociación entre violencia intrafamiliar y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19 en las ciudades Chiclayo y Chota, 2020. **Material y métodos:** Diseño no experimental, cuantitativo de corte transversal, y se consideró una muestra total de 456 (196 en Chiclayo y 260 en Chota). Los instrumentos fueron la escala de medición de la violencia intrafamiliar VIF J4, escala de depresión (PHQ-9), estrés post-traumático cuestionario (PCL-C), escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), cuestionario Plutchik para intentos de suicidio. **Resultados** demostraron que existe asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19, donde el valor fue  $p = 0,017 < 0,05$ . **Conclusiones:** La violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto notable en la salud mental de las mujeres de Chota y Chiclayo, evidenciando la necesidad de intervenciones urgentes para abordar este problema.

**Palabras clave:** Violencia familiar, trastornos de salud mental, ansiedad, depresión, ideación suicida, estrés postraumático. (**Fuente:** DeCS BIREME).

## ABSTRACT

The general objective of the study was to determine the association between domestic violence and mental health disorders in women during the COVID-19 pandemic in the cities of Chiclayo and Chota, 2020. Material and methods: Non-experimental, quantitative cross-sectional design, and It showed a total sample of 456 (196 in Chiclayo and 260 in Chota). The instruments were the VIF J4 domestic violence measurement scale, depression scale (PHQ-9), post-traumatic stress questionnaire (PCL-C), generalized anxiety disorder scale (GAD-7), and Plutchik questionnaire for attempts. suicidal. Results showed that there is an association between violence and mental health disorders in women during the COVID-19 pandemic, where the value was  $p = 0.017 < 0.05$  Conclusions: Domestic violence during the COVID-19 pandemic has had a notable impact on the mental health of women in Chota and Chiclayo, evidencing the need for urgent interventions to address this problem.

**Keywords:** Family violence, mental health disorders, anxiety, depression, suicidal ideation, post-traumatic stress. (**Source:** DeCS BIREME).

NOMBRE DEL TRABAJO

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN MUJERES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID -19 EN**

AUTOR

**DORIS DEL ROSARIO GONZALES SAN**

RECuento de palabras

**12498 Words**

RECuento de caracteres

**67009 Characters**

RECuento de páginas

**58 Pages**

Tamaño del archivo

**2.2MB**

Fecha de entrega

**Jun 17, 2024 4:29 PM GMT-5**

Fecha del informe

**Jun 17, 2024 4:30 PM GMT-5**

● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



**DR. VICTOR SOTO CACERES**

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia informada a lo largo de la vida de violencia física o sexual por parte de la pareja (VPI), o ambas, para mujeres que alguna vez han tenido pareja varía a nivel mundial del 15 al 71 %, y las tasas de prevalencia de 12 meses varían del 4 al 54 %. (1). Una de cada cinco mujeres de 18 años o más ha sufrido alguna vez violencia de pareja en Europa; El 4% lo ha experimentado en el último año. La violencia de pareja se asocia con depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y abuso de sustancias en la población general y entre las mujeres que consultan en atención primaria (2).

Abordar la violencia doméstica es una prioridad de salud pública mundial a la luz tanto de la prevalencia de la violencia doméstica como de la morbilidad física, la morbilidad psicológica y la mortalidad asociadas (Organización Mundial de la Salud, 2019). El abuso doméstico puede involucrar componentes físicos, sexuales, psicológicos y financieros, así como actos y comportamientos de control o coercitivos; por ello, a violencia doméstica, a menudo denominada violencia de pareja, afecta desproporcionadamente a las mujeres, y casi una de cada tres mujeres es víctima de violencia física o sexual a lo largo de su vida (3).

En muchos países, incluidos China, Francia, España, Italia y el Reino Unido, se ha expresado una mayor preocupación por la violencia doméstica, desde que los gobiernos restringieron los viajes para prevenir la propagación de la COVID-19 (4). Un mayor riesgo de violencia doméstica está asociado con esta y otras medidas para reducir la infección(5).

Estudios previos han documentado asociación entre violencia y síntomas depresivos y ansioso en mujeres durante contexto de pandemia por COVID-19. En Brasil, una investigación encontró que las mujeres violentada físicamente tenían 33.3% mayor prevalencia de síntomas depresivos (6). En México la prevalencia de síntomas ansiosos aumentaba 30.96% en mujeres con violencia física o psicológica(6)

En Perú, el impacto de la pandemia también se ha extendido al campo de la salud mental, influyendo en el desarrollo de ansiedad y depresión como consecuencia del confinamiento. Esta situación ha causado mayores daños económicos a poblaciones vulnerables, como aquellas de bajos recursos económicos, incrementados por las medidas de aislamiento social que impedían las actividades de subsistencia diaria (7).

La investigación se realizó debido a la preocupación por entender cómo la pandemia y las medidas de confinamiento podrían estar afectando la salud mental y el bienestar de las personas, especialmente de grupos vulnerables como las mujeres que pueden estar expuestas a situaciones de violencia intrafamiliar. Por lo tanto, entender la relación entre la violencia intrafamiliar y los trastornos de salud mental durante la pandemia es crucial para informar políticas públicas, programas de intervención y recursos de apoyo adecuados para proteger a las mujeres y garantizar su bienestar durante esta crisis.

Con respecto a las teorías enmarcada sobre las variables del estudio, la violencia engloba la mayoría de las realidades sociales; la pobreza y el sufrimiento, el hambre y las enfermedades, por los altibajos en la asignación del ingreso y las diversas formas de discriminación ya sea por la raza, clase, edad, orientación sexual y nacionalidad son manifestaciones de violencia estructural en esta sociedad (8). La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y eliminar la Violencia contra la Mujer escudriña que dicha violencia o agresión "históricamente ha sido una manifestación de las relaciones de poder (desigualdad de género) "; y lo define como alguna acción o comportamiento que pueda llevar a causar el fallecimiento, lesiones o maltrato ya sea físico, psicológico o sexual ejercido contra la mujer (9). La agresión ocasionada a las féminas es un tema de salud pública y está contemplada tanto en el estado peruano como en el extranjero. Las féminas pueden percibir varios tipos de agresión, la más común es causada por algún familiar (especialmente una pareja: esposo, conviviente), se manifiesta como violencia física, sexual, psicológica o económica(10),(11).

La violencia o agresión física es "una acción o comportamiento, que ocasiona daño corporal. En la cual involucra negligencia o retención de requerimientos básicos,

que han coadyuvado a daños físicos, independientemente del tiempo necesario para la recuperación. Esta forma de violencia infringida hacia la mujer es la que más ha sido reportada, generalmente porque es más notoria (12)(13)(14).

Existen muchos tipos de trastornos mentales y cada uno tiene diferentes manifestaciones. Se caracterizan principalmente por cambios en el pensamiento, la percepción, la emoción, el comportamiento y las relaciones con los demás. Estos incluyen los trastornos más comunes como depresión, ansiedad y estrés postraumático (15).

La depresión personifica una emoción de tristeza, durante un holgado tiempo disminuye el interés o el placer que provocan las actividades, lo que puede interferir con la vida diaria y relaciones interpersonales(16). Según Santo Domingo y Camba, las características de depresión se manifiestan por el estado de ánimo bajo o irritabilidad, disminución del beneficio o satisfacción de las actividades diarias, alteraciones en la inclinación y, en consecuencia, adelgazamiento, alteración del sueño, ralentización psicomotora, sensación de interiorización, inatención y/o ideas suicidas (17).

En el trastorno de ansiedad generalizada, la característica principal de la enfermedad es un trastorno de ansiedad universal y persistente, que no se limita a ninguna situación ambiental específica o incluso dominante (es decir, es un "trastorno de ansiedad flotante"). Los síntomas más comunes son sentimientos frecuentes de miedo, tensión, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, fosas cardíacas, mareos y molestias abdominales. Las personas frecuentemente exponen su miedo a las enfermedades o los accidentes para ellos mismos o los miembros de su familia, así como otras preocupaciones y premoniciones. Esta enfermedad es más común en mujeres y el proceso es variable, pero a menudo fluctuante y de largo plazo (18).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), de acuerdo a la valoración de diagnóstico del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR1), ocurre después de la exposición a eventos o a algún episodio traumático

- a) Exposición a una vivencia traumática que dura alrededor de un mes
- b)

experimentar nuevamente el trauma, c) embotamiento y evasión continua de incitamiento relacionado con la vivencia, y d) incremento de la activación. Con estos parámetros, los síntomas del TEPT son considerados agudos si son menores a 3 meses y crónicos si son mayores (19).

En las ciudades de Chiclayo y Chota, la pandemia de COVID-19 exacerbó la violencia intrafamiliar y sus efectos negativos sobre la salud mental de las mujeres. Durante el confinamiento, la violencia emocional, física, sexual y económica aumentó significativamente, afectando a un alto porcentaje de madres. Este entorno violento provocó una alta prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático, especialmente entre mujeres de menores ingresos, convivientes, y sin afiliación religiosa. Además, la ideación suicida fue alarmantemente alta en aquellas que sufrieron violencia familiar, subrayando la gravedad del problema. Los datos indican una clara asociación entre la violencia intrafamiliar y los trastornos de salud mental, resaltando la necesidad de intervenciones urgentes. Es imperativo implementar programas de apoyo psicológico, seguridad y recursos económicos, junto con campañas de sensibilización y prevención para abordar esta problemática local de manera efectiva.

El estudio tiene como objetivo general determinar la asociación entre violencia intrafamiliar y trastornos de salud mental en mujeres en las ciudades de Chiclayo y Chota durante la pandemia por COVID-19 en 2021. Los objetivos específicos son: identificar las características generales de mujeres con depresión, ansiedad y estrés postraumático; identificar las características generales de mujeres con ideación suicida; identificar las características generales de mujeres que padecieron violencia familiar; estimar el nivel de depresión, ansiedad y estrés postraumático en mujeres; estimar el nivel de ideación suicida en mujeres; e identificar los tipos de violencia intrafamiliar en mujeres en estas ciudades durante el mencionado periodo.

## I. MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo del estudio fue aplicado con un diseño no experimental, cuantitativo de corte transversal.

La población del estudio se centró en las mujeres entre los 18 y 65 años de las ciudades de Chiclayo y Cajamarca durante la pandemia COVID-19.

De tal modo, la población del estudio estuvo conformado por un total de 1200 mujeres de 18 a 64 años que asistieron a la reunión de la APAFA (Asociación de Padres de Familia) de dos instituciones educativas estatales de Chiclayo y Chota, donde se presentaron 400 y 800 mujeres respectivamente durante la pandemia COVID-19.

**Tabla 1. Población total**

	<b>Población</b>
Chiclayo	400
Chota	800
Total	1200

Por lo tanto, la muestra del estudio fue probabilística, aleatorio simple; por ello la unidad poblacional se procesó por medio de la ecuación para obtener un número exacto de la muestra:

**Donde en:**

**Chiclayo**

N: Población (**400**)

Z: Nivel de confianza (95%: 1.96)

P: Valor probabilístico de éxito (0.5)

Q: Valor probabilístico de fracaso (0,5)

E: Valor de error estándar (0,5)

n: **196**

$$n = \frac{z^2 * N * p * q}{E^2 (N - 1) + Z^2 * P * q}$$

## **Chota**

N: Población (**800**)

Z: Nivel de confianza (95%: 1.96)

P: Valor probabilístico de éxito (0.5)

Q: Valor probabilístico de fracaso (0,5)

E: Valor de error estándar (0,5)

n: **260**

Por lo tanto, la muestra en Chiclayo estuvo constituido por 196 y en Chota lo conformaron 260 mujeres que asistieron a la reunión de APAFA de un colegio público.

Así mismo, los criterios de selección abarcan los criterios de inclusión las cuales fueron: mujeres que estén dispuestas a colaborar de manera voluntaria con la resolución de los cuestionarios brindados y mujeres que asistieron a reuniones de APAFA de un colegio público de las ciudades de Chiclayo y Chota; también los criterios de exclusión, que fueron: mujeres que no completan las variables de interés del estudio tales como: violencia intrafamiliar y trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, estrés postraumático e ideación suicida).

## **Procedimientos**

Para empezar, se elaboró el permiso para la aplicación de la investigación; es decir, el permiso para el desarrollo y aplicación de las herramientas que se utilizaron (cuestionario) en base a una población conformada por mujeres que asistieron a la reunión de APAFA; luego, se diseñaron los cuestionarios relacionados a cada variable del estudio; y al mismo tiempo, se redactó el consentimiento informado para verificar la participación de los individuos informantes. Enseguida se coordinó el día de la reunión de cada colegio para que al final se realice el recojo de información en 20 min aproximadamente; se tomaron en cuenta los aspectos éticos con la finalidad de salvaguardar a las mujeres. Por último, una vez que se ejecutaron los instrumentos de recolección de datos, se pasó a elaborar una base de datos.

## **Instrumentos de recolección de datos**

### **Cuestionario: “Escala de medición de la violencia intrafamiliar VIF J4”**

El test de violencia intrafamiliar VIF J4 suele ser de utilidad para referirse a la forma de violencia presente y su rigurosidad. Este test consta de 25 preguntas que describen problemas que pueden haber padecido, el cual lo clasifica en leve (0 - 35 puntos), moderada (36 - 67 puntos) y severa (>68 puntos). El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.94(39).

### **Escala de depresión (PHQ-9)**

Este instrumento estuvo diseñado para ayudar a diagnosticar el trastorno depresivo mediante los criterios del DSM-IV que determinan la severidad de la enfermedad (36). Asimismo, se puede emplear para ejecutar variaciones en los pacientes con el paso del tiempo. Consta de 9 artículos y tiene una respuesta tipo Likert, con un valor entre 0 y 3, que se refiere al valor de las últimas dos semanas. Para poder realizar correcciones, la puntuación total obtenida está entre 0 y 27; este cuestionario presenta una especificidad del 88 % y sensibilidad, cuenta con apropiada congruencia interna (Alpha de Cronbach) 0.89(36).

### **Estrés postraumático cuestionario (PCL-C)**

La herramienta posttraumatic stress disorder Check list (PCL) y la versión civilian posttraumatic check list (PCL-C) ha sido elaborada por Frank Weathers. La escala consiste en un cuestionario de 17 preguntas, actualmente competentes al DSM-IV. Dichas interrogantes reconocen la continuidad en que se presenta cada manifestación clínica al final del mes; en una escala de gravedad de 5 opciones (para nada, un poco, moderadamente, bastante y extremadamente). Conforme los escritores, las interrogantes son propuestas que aluden a "vivencias estresantes suscitadas en el pasado" (PCL-C) o para especificar reacciones a un suceso particular (PCL-S), en tanto a las actitudes psicométricas la escala demuestra una conveniente congruencia interna con un alpha de Cronbach 0.94 % y confiabilidad test-retest ( $r = 0.82$ ) (37).

## **Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD- 7)**

Este instrumento fue desarrollado por Spitzer donde evalúa la escala del trastorno de ansiedad generalizada mediante 7 interrogantes puntuables que especifican haber padecido este problema sobre todo durante las 2 últimas semanas. Existen puntos de corte que van desde 0 y 3(no presenta ansiedad), 4 a 9 (leve), 10 a 14 (moderada) y 15 a 21 (severa), aconteciendo por ende la puntuación mínima y máxima posible de 0 y 21 respectivamente. Cada pregunta presenta 4 opciones que describen mejor la frecuencia que han ocurrido estos problemas (nunca, varios días, la mitad de los días y casi cada día).

Para valorar los resultados obtenidos al responder el cuestionario proponen las siguientes valoraciones, sugiriendo la consulta con un personal médico al adquirir una puntuación de 10 o superior, el presente estudio el alfa de Cronbach fue de 0.86(38).

## **Cuestionario plutchik para intentos de suicidio**

La escala evalúa los intentos de suicidio anteriores, la fuerza actual de las ideas suicidas, los sentimientos de depresión, los sentimientos de desesperación y otros, contiene 15 preguntas y la respuesta es sí / no, donde toda contestación afirmativa precisa 1; el total es la sumatoria de todos los componentes. La puntuación se puntúa estableciendo el valor de todas las respuestas positivas en 1 y el valor de las respuestas negativas en 0, por lo que una puntuación superior a 6 indica riesgo de suicidio; también se ha validado en habitantes de España (Rubio 1998), con alfa de cronbach de 0.89, teniendo una especificidad del 88% y sensibilidad, para distinguir sujetos con precedente de intentos de suicidio y sin antecedentes de suicidio (42).

## **Aspectos estadísticos**

Se realizó el desarrollo de las bases de información y posteriormente un análisis cuantitativo descriptivo haciendo uso el programa estadístico conocido SPSS vs 25

con una evaluación ejecutada por el autor, del mismo modo se realizará el análisis cuantitativo haciendo uso de cuadros y gráficos estadísticos.

Para la prueba de hipótesis se hizo uso del coeficiente de correlación de Pearson, por lo tanto, la relación de las variables del estudio se medirá en base a los criterios (Chi cuadrado) que permitirá dicha medición tomando en cuenta un nivel de significancia del 95%. Y un error del 5%.

Por último, se hizo un análisis comparativo para evaluar el comportamiento de las variables según el lugar de procedencia.

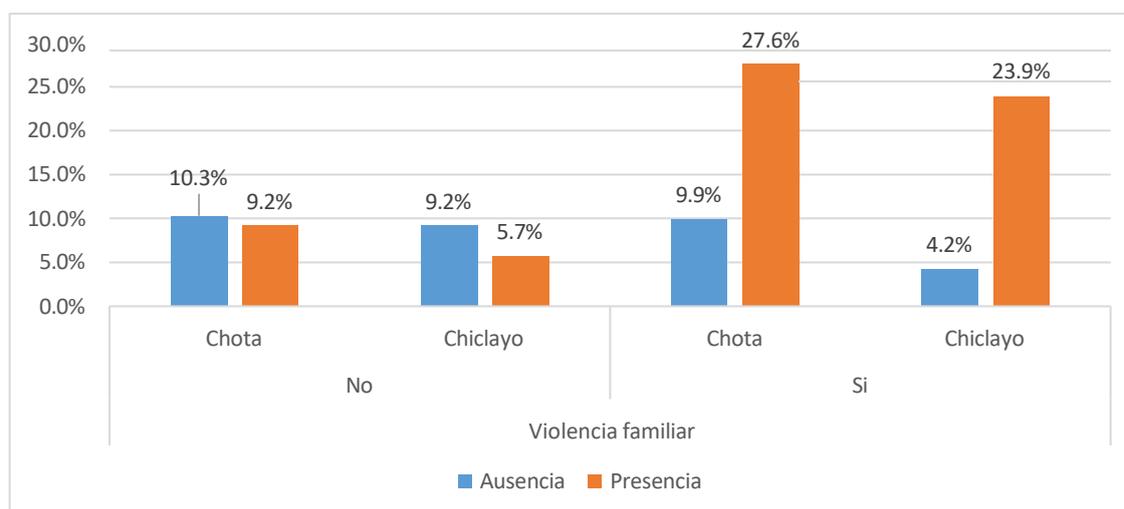
### **Aspectos éticos**

De acuerdo a que la actual investigación es un análisis de datos primarios y por el modelo de estudio, se empleó consentimiento informado. La tesis fue analizada por el comité de ética de la Universidad de San Martín de Porres, una vez aprobado por la institución se procesó a su ejecución. Después de obtener los resultados finales de cada participante, se procedió a comunicarles de manera individual y cuidadosa mediante la plataforma virtual su resultado con el fin de que en caso presenten un alto grado de violencia busquen algún tipo de ayuda. La información obtenida a través de los participantes ha sido confidencial y sólo ha sido manejada por los investigadores del estudio. Por lo tanto, la aprobación del comité de ética corresponde al Oficio n.º 395-2023-CIEI-FMH-USMP con fecha 04 de abril de 2023.

## II. RESULTADOS

**Tabla 2.** Asociación entre violencia y trastornos de salud mental durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

Trastorno	Violencia familiar								Chi cuadrado p
	No Procedencia				Sí procedencia				
	Chota		Chiclayo		Chota		Chiclayo		
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
<b>Ausencia</b>	47	10,3%	42	9,2%	45	9,9%	19	4,2%	5,727
<b>Presencia</b>	42	9,2%	26	5,7%	126	27,6%	109	23,9%	0,017



**Figura 1.** Distribución de violencia y trastornos de salud mental durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA.

En la tabla 2 los resultados muestran que existe una mayor presencia de trastorno de salud mental en madres que han sido víctimas de violencia familiar durante la pandemia especialmente en la región de Chota, se encontró un valor chi cuadrado de 5,727 con un valor  $p = 0,017 < 0,05$  lo que permite indicar que existe asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19. Es decir, la violencia familiar está significativamente relacionada con una mayor incidencia de trastornos de salud mental en las madres de APAFA, siendo este problema más predominante en la región Chota durante la pandemia por COVID – 19

**Tabla 3.** Características generales y depresión durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		Depresión			
		No		Sí	
		Fi	%	Fi	%
Edad	18 - 30 años	36	7,9%	65	14,3%
	31 - 40 años	100	21,9%	199	43,6%
	41 - 50 años	4	0,9%	29	6,4%
	Más de 50 años	17	3,7%	6	1,3%
Estado Civil	Soltero	42	9,2%	46	10,1%
	Casado	36	7,9%	27	5,9%
	Conviviente	55	12,1%	152	33,3%
	Viudo	10	2,2%	22	4,8%
	Separado	14	3,1%	52	11,4%
Grado de Instrucción	Inicial-primaria	27	5,9%	63	13,8%
	Secundaria	87	19,1%	120	26,3%
	Superior no universitaria	21	4,6%	81	17,8%
	Superior universitaria	22	4,8%	35	7,7%
Ingreso económico	Hasta 1025 soles	130	28,5%	233	51,1%
	Entre 1026 a 2050 soles	19	4,2%	26	5,7%
	Entre 2051 a 4100 soles	8	1,8%	5	1,1%
	Más de 4100 soles	0	0,0%	35	7,7%
Patología previa	No	126	27,6%	223	48,9%
	Otra	4	0,9%	46	10,1%
	DM-HTA-obesidad	22	4,8%	27	5,9%
	Más de una patología	5	1,1%	3	0,7%
Religión	Ninguna	89	19,5%	207	45,4%
	Católica	52	11,4%	75	16,4%
	Otra	16	3,5%	17	3,7%
Diagnostico COVID	Si	100	22%	210	46%
	No	66	14%	80	18%

En la tabla 3 se observa en relación a la edad que la mayor incidencia de depresión se encuentra en el grupo de 31 a 40 años lo que podría indicar una presión social y económica en este grupo de edad. Es notable que el grupo de 41 a 50 años tenga una incidencia relativamente baja, lo cual podría ser debido a mayor estabilidad emocional o económica.

Las madres convivientes presentan la mayor incidencia de depresión, lo cual podría deberse a relaciones inestables o tensiones en el hogar, además las madres separadas y viudas también muestran altas tasas de depresión, sugiriendo que la pérdida de una pareja o el manejo de responsabilidades solas puede aumentar el riesgo de depresión.

Por otro lado, las madres con educación primaria y secundaria son las que muestran altos porcentajes de depresión, lo que también podría estar relacionado con menores oportunidades laborales y mayor inseguridad económica, a diferencia de las madres con educación superior universitaria que presentan menor incidencia de depresión, que también puede estar influido por tener mejores condiciones laborales y mayor estabilidad económica.

En cuanto a los ingresos económicos se tiene que las madres con ingresos bajos (hasta 1025 soles) tienen la mayor incidencia de depresión, reflejando el impacto del estrés financiero, mientras que las madres que tienen mayores ingresos tienen menor depresión.

Las madres sin patologías previas presentan altas tasas de depresión, posiblemente por el impacto directo de la pandemia en su bienestar mental, sin embargo, las madres con múltiples patologías tienen menor nivel de depresión puesto que tiene acceso a servicios de salud.

Sobre la religión las madres sin afiliación religiosa tienen mayor incidencia de depresión, lo que podría sugerir que la religión ofrece un mecanismo de apoyo emocional. A diferencia de las madres católicas que tienen menor incidencia de depresión, posiblemente debido a la red de apoyo que proporciona la comunidad religiosa.

Finalmente, de acuerdo al diagnóstico COVID, se logró determinar que, 100 sujetos de estudio arrojaron un resultado positivo para la prueba pero no presentaron cuadro de depresión, mientras que otro dato de relevancia se basó en que también existió un grupo representativo de madres sin el diagnóstico pero desarrollaron rasgos depresivos.

**Tabla 4.** Características generales y ansiedad durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		Ansiedad			
		No		Si	
		Fi	%	Fi	%
Edad	18 - 30 años	42	9,2%	59	12,9%
	31 - 40 años	137	30,0%	162	35,5%
	41 - 50 años	13	2,9%	20	4,4%
	Más de 50 años	17	3,7%	6	1,3%
Estado Civil	Soltero	55	12,1%	33	7,2%
	Casado	34	7,5%	29	6,4%
	Conviviente	81	17,8%	126	27,6%
	Viudo	14	3,1%	18	3,9%
Grado de Instrucción	Separado	25	5,5%	41	9,0%
	Inicial-primaria	36	7,9%	54	11,8%
	Secundaria	98	21,5%	109	23,9%
	Superior no universitaria	42	9,2%	60	13,2%
Ingreso económico	Superior universitaria	33	7,2%	24	5,3%
	Hasta 1025 soles	177	38,8%	186	40,8%
	Entre 1026 a 2050 soles	21	4,6%	24	5,3%
	Entre 2051 a 4100 soles	5	1,1%	8	1,8%
Patología previa	Más de 4100 soles	6	1,3%	29	6,4%
	No	163	35,7%	186	40,8%
	Otra	16	3,5%	34	7,5%
	DM-HTA-obesidad	25	5,5%	24	5,3%
Religión	Más de una patología	5	1,1%	3	0,7%
	Ninguna	120	26,3%	176	38,6%
	Católica	65	14,3%	62	13,6%
	Otra	24	5,3%	9	2,0%
Diagnostico COVID	Si	45	10%	207	45%
	No	94	21%	110	24%

En la tabla 4 se observa en relación a la edad que la mayor incidencia de ansiedad se encuentra en el grupo de 31 a 40 años probablemente debido a responsabilidades familiares y laborales. Las madres mayores de 50 años tienen menor incidencia de ansiedad, lo que podría reflejar mayor resiliencia emocional o una vida más estable.

Las madres convivientes presentan la mayor incidencia de ansiedad, indicando tensiones en la convivencia, además las madres viudas también muestran alta ansiedad, lo cual puede estar relacionado con la soledad y falta de apoyo emocional.

Por otro lado, las madres con educación primaria y secundaria presentan mayor ansiedad, lo que está relacionado con los menores recursos económicos y mayor inseguridad, mientras que las madres con educación superior universitaria presentan menor ansiedad, sugiriendo que a mejor educación puede ofrecer mayores oportunidades y menos estrés.

En relación a los ingresos económicos se tiene que las madres con ingresos bajos (hasta 1025 soles) presentan alta incidencia de ansiedad reflejando la presión financiera que podrían existir, mientras que las madres que tienen mayores ingresos tienen menor ansiedad, lo que indica que tienen mejor situación económica y menor posibilidad de tener estrés.

Las madres sin patologías previas presentan mayor incidencia de ansiedad provocado por la pandemia en su salud mental, sin embargo, las madres con múltiples patologías presentan menor ansiedad, suponiendo que tienen acceso a la atención médica y apoyo siendo estos factores atenuantes.

Sobre la religión las madres sin afiliación religiosa tienen mayor incidencia de ansiedad, puesto que la red apoyo emocional puede contribuir a la ansiedad. A diferencia de las madres católicas que tienen menor incidencia de ansiedad, puesto que existe mayor apoyo comunitario y espiritual.

Finalmente, respecto al análisis del diagnóstico COVID y los rasgos de ansiedad, se logró determinar que un grupo significativo no fue diagnosticado con la patología viral, pero si presentaron cuadros de ansiedad. A diferencia de aquel grupo de madres que si fue diagnosticada con COVID y no desarrollaron cuadros ansiosos.

**Tabla 5.** Características generales y estrés postraumático durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		Estrés postraumático			
		Ausencia		Presencia	
		Fi	%	Fi	%
Edad	18 - 30 años	36	7,9%	65	14,3%
	31 - 40 años	98	21,5%	201	44,1%
	41 - 50 años	4	0,9%	29	6,4%
	Más de 50 años	17	3,7%	6	1,3%
Estado Civil	Soltero	42	9,2%	46	10,1%
	Casado	36	7,9%	27	5,9%
	Conviviente	53	11,6%	154	33,8%
	Viudo	10	2,2%	22	4,8%
	Separado	14	3,1%	52	11,4%
Grado de Instrucción	Inicial-primaria	27	5,9%	63	13,8%
	Secundaria	85	18,6%	122	26,8%
	Superior no universitaria	21	4,6%	81	17,8%
	Superior universitaria	22	4,8%	35	7,7%
Ingreso económico	Hasta 1025 soles	128	28,1%	235	51,5%
	Entre 1026 a 2050 soles	19	4,2%	26	5,7%
	Entre 2051 a 4100 soles	8	1,8%	5	1,1%
	Más de 4100 soles	0	0,0%	35	7,7%
Patología previa	No	124	27,2%	225	49,3%
	Otra	4	0,9%	46	10,1%
	DM-HTA-obesidad	22	4,8%	27	5,9%
	Más de una	5	1,1%	3	0,7%
Religión	Ninguna	87	19,1%	209	45,8%
	Católica	52	11,4%	75	16,4%
	Otra	16	3,5%	17	3,7%
Diagnostico COVID	Si	89	20%	204	45%
	No	59	13%	104	23%

En la tabla 5 se observan los resultados muestran que en algunas características es relevante los porcentajes postraumáticos en cuanto a la edad se tiene que las madres de 31 a 40 años que desarrollaron estrés postraumático, representando casi la mitad de ese grupo etario. Las madres jóvenes parecen haber sido más vulnerables a este trastorno

durante la crisis sanitaria. En relación a su estado civil se tiene que el grupo de las madres convivientes, fueron las más afectadas por estrés postraumático. Esto sugiere que la falta de un vínculo matrimonial estable siendo un factor de riesgo muy importante durante el confinamiento. Además, la otra característica relevante son los ingresos económicos donde las madres con ingresos de hasta 1025 soles que sufrieron este trastorno. Esta cifra, que representa a más de la mitad de ese grupo, evidencia cómo la precariedad económica y la pobreza impactaron gravemente la salud mental de muchas madres durante la pandemia. Resalta además el número de madres que no profesaban ninguna religión y presentaron estrés postraumático. Esta cifra, cercana a la mitad, contrasta con los menores porcentajes en madres católicas, indicando la importancia que tienen las creencias y prácticas espirituales, otra característica son las patologías previas pues las madres sin patologías previas padecieron de estrés postraumático, demostrando que esta condición se presentó independientemente del estado de salud previa.

Finalmente, de acuerdo al análisis del diagnóstico COVID, se logró determinar que, la cifra más relevante indicó que aquellas mujeres que dieron positivo para este diagnóstico desarrollaron cuadros de estrés postraumático, lo cual incide en la experiencia de vida durante la enfermedad y todas las complicaciones asociadas.

**Tabla 6.** Características generales e Ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		Ideación suicida			
		No		Sí	
		Fi	%	Fi	%
Edad	18 - 30 años	38	8,3%	63	13,8%
	31 - 40 años	95	20,8%	204	44,7%
	41 - 50 años	7	1,5%	26	5,7%
	Más de 50 años	13	2,9%	10	2,2%
Estado Civil	Soltero	49	10,7%	39	8,6%
	Casado	24	5,3%	39	8,6%
	Conviviente	53	11,6%	154	33,8%
	Viudo	8	1,8%	24	5,3%
	Separado	19	4,2%	47	10,3%
Grado de Instrucción	Inicial-primaria	22	4,8%	68	14,9%
	Secundaria	60	13,2%	147	32,2%
	Superior no universitaria	44	9,6%	58	12,7%
	Superior universitaria	27	5,9%	30	6,6%
Ingreso económico	Hasta 1025 soles	121	26,5%	242	53,1%
	Entre 1026 a 2050 soles	21	4,6%	24	5,3%
	Entre 2051 a 4100 soles	5	1,1%	8	1,8%
	Más de 4100 soles	6	1,3%	29	6,4%
Patología previa	No	115	25,2%	234	51,3%
	Otra	16	3,5%	34	7,5%
	DM-HTA-Obesidad	6	3,1%	14	7,2%
	Más de una	2	1,0%	1	0,5%
Religión	Ninguna	42	21,5%	87	44,6%
	Católica	12	6,2%	40	20,5%
	Otra	10	5,1%	4	2,1%
Diagnostico COVID	SI	230	50%	51	11%
	NO	175	38%	0	0%

En la tabla 6 se observa que la ideación suicida es prevalente en las madres de 31 a 40 años, reflejando tensiones y responsabilidades de esta etapa de la vida, mientras que las madres mayores de 50 años tienen la menor incidencia de

ideación suicida, esto provocado por la mayor estabilidad emocional y personal en la que se encuentra. En cuanto a su estado civil se tiene que las madres convivientes tienen mayor ideación suicida, indicando posibles conflictos y tensiones en la convivencia. Además, las madres separadas y viudas presentan alta ideación suicida, lo que está relacionado con la falta de apoyo emocional. Sobre el grado de instrucción se observa que las madres con educación secundaria tienen mayor ideación suicida, lo que podría estar relacionado con menores oportunidades laborales lo que ocasiona inestabilidad económica, mientras que las madres con educación superior universitaria presentan menor ideación suicida, lo que sugiere que a una mejor educación se proporciona mayores oportunidades y estabilidad. En cuanto al ingreso económico las madres con ingresos bajos (menores a 1025 soles) presentan mayor ideación suicida, reflejando la presión financiera y estrés, mientras que las madres con ingresos mayores muestran menos ideación suicida, sugiriendo que a mejor situación económica puede reducir el riesgo.

Sobre las madres sin patologías previas tienen alta ideación suicida debido al impacto de la pandemia y su bienestar mental, sin embargo, las madres con presencia de patologías tienen menor ideación suicida esto por el acceso a la atención médica.

En cuanto a la religión se tiene que las madres sin afiliación religiosa tienen mayor ideación suicida, esto debido a los escasos mecanismos de apoyo emocional con que cuenta. A diferencia de las madres católicas que tienen menor ideación suicida puesto que la religión les proporciona apoyo emocional a su comunidad.

Finalmente, no se encontró mucha incidencia entre el diagnóstico COVID y los rasgos de ideación suicida, no obstante, aquellas mujeres con un diagnóstico positivo afirmaron no presentar esos pensamientos intrusivos asociados al suicidio.

**Tabla 7.** Características generales y violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		<b>Violencia Intrafamiliar</b>			
		<b>No procedencia</b>		<b>Sí procedencia</b>	
		<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Edad	18 - 30 años	32	7,0%	69	15,1%
	31 - 40 años	84	18,4%	215	47,1%
	41 - 50 años	10	2,2%	23	5,0%
	Más de 50 años	12	2,6%	11	2,4%
Estado Civil	Soltero	32	7,0%	56	12,3%
	Casado	34	7,5%	29	6,4%
	Conviviente	58	12,7%	149	32,7%
	Viudo	4	0,9%	28	6,1%
	Separado	10	2,2%	56	12,3%
Grado de Instrucción	Inicial-primaria	24	5,3%	66	14,5%
	Secundaria	59	12,9%	148	32,5%
	Superior no universitaria	36	7,9%	66	14,5%
	Superior universitaria	19	4,2%	38	8,3%
Ingreso económico	Hasta 1025 soles	112	24,6%	251	55,0%
	Entre 1026 a 2050 soles	12	2,6%	33	7,2%
	Entre 2051 a 4100 soles	5	1,1%	8	1,8%
	Más de 4100 soles	9	2,0%	26	5,7%
Patología previa	No	102	22,4%	247	54,2%
	Otra	11	2,4%	39	8,6%
	dm-hta-obesidad	17	3,7%	32	7,0%
	Más de una	8	1,8%	0	0,0%
Religión	Ninguna	108	23,7%	188	41,2%
	Católica	25	5,5%	102	22,4%
	Otra	5	1,1%	28	6,1%

Los resultados muestran que la violencia intrafamiliar es más frecuente entre las madres de 31 a 40 años, debido a las tensiones presentes en su familia y entorno laboral. A diferencia, de las madres mayores de 50 años que presentan menor

incidencia de violencia intrafamiliar, puesto que tienen mayor estabilidad emocional y personal. Además, las madres convivientes son las que experimentan más violencia intrafamiliar, esto debido a los conflictos que se presentan en la convivencia, mientras que las madres viudas y separadas tienen alta incidencia de violencia familiar, esto relacionado a las responsabilidades que tienen que afrontar. En cuanto al grado de instrucción las madres con educación secundaria son las que sufren mayor violencia intrafamiliar, puesto que tienen menores recursos económicos, en consecuencia, mayor inseguridad. En contraste, las madres con educación superior universitaria presentan una menor incidencia de violencia intrafamiliar, mostrando que a mejor educación se tiene mayores oportunidades y estabilidad. Sobre los recursos económicos se tiene que las madres con ingresos bajos (hasta 1025 soles) presentan la mayor incidencia de violencia intrafamiliar, reflejando la presión financiera y el estrés asociado. Por otro lado, las madres con ingresos más altos muestran menos violencia intrafamiliar, lo que sugiere que una mejor situación económica puede reducir el riesgo de violencia.

Sobre las madres sin patologías previas tienen una alta incidencia de violencia intrafamiliar, esto debido a los impactos de la pandemia en su salud mental y emocional, mientras que las madres con múltiples patologías muestran una menor incidencia de violencia familiar, lo que indica que el acceso a atención.

Se tiene además a las madres sin afiliación religiosa quienes presentan mayor incidencia de violencia intrafamiliar, esto debido a la ausencia de apoyo emocional por parte de la comunidad a la que pertenece, sin embargo, las madres católicas muestran menor incidencia de violencia intrafamiliar, esto por el apoyo que proporciona la comunidad religiosa.

**Tabla 8.** Depresión y violencia familiar durante la pandemia por COVID- 19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

Depresión	Violencia familiar								Chi cuadrado p
	No procedencia				Sí Procedencia				
	Chota		Chiclayo		Chota		Chiclayo		
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
<b>Leve</b>	47	10,3%	42	9,2%	45	9,9%	24	5,3%	61,743 0,000
<b>Moderado</b>	34	7,5%	24	5,3%	95	20,8%	66	14,5%	
<b>Moderado grave</b>	8	1,8%	2	0,4%	11	2,4%	19	4,2%	
<b>Grave</b>	0	0,0%	0	0,0%	20	4,4%	19	4,2%	

En la tabla 8 se observa que a medida que aumentan los niveles de depresión, también incrementa el porcentaje de madres que reportan haber sufrido de violencia familiar. En Chota, mientras que solo el 9,9% de las madres con depresión leve sufrieron violencia, este porcentaje se eleva a 20,8% en aquellas con depresión moderada. En Chiclayo, el 14,5% de madres con depresión moderada y 8,4% de madres con depresión moderado grave y grave reportaron violencia familiar, porcentajes más altos que el 5,3% de madres con depresión leve. Estos resultados sugieren que las madres que experimentaban mayores niveles de depresión durante la pandemia por COVID-19, estuvieron más expuestas a sufrir violencia al interior de sus hogares, lo cual se pudo haber dado por factores como el estrés, convivencia forzada, problemas económicos, etc.

Para determinar la asociación entre la depresión y la violencia familiar se aplicó la prueba chicuadrado, con un nivel de significancia de 0,05 como sigue:

$$\chi^2_{calculado} = \frac{\sum \sum (O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad.

Este método permite comparar las frecuencias observadas y esperadas de cada una de las celdas siendo el valor encontrado 61,743 que supera al valor tabulado 7,815 esto indica que los resultados son estadísticamente significativos, además se encontró un valor de significancia de 0,000 menor a 0,05 lo que refuerza el hecho

de que hay una asociación significativa entre depresión y la violencia familiar, por tanto podemos afirmar que existe asociación significativa entre la depresión y la violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en los colegios públicos de Chiclayo y Chota.

**Tabla 9.** Ansiedad y violencia familiar en mujeres durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota, 2021.

Ansiedad	Violencia familiar								Chi cuadrado p
	No				Sí				
	procedencia		Procedencia		Chota		Chiclayo		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
<b>No</b>	71	15,6%	60	13,2%	52	11,4%	26	5,7%	
<b>Leve</b>	4	0,9%	4	0,9%	14	3,1%	27	5,9%	14,371
<b>Moderada</b>	14	3,1%	4	0,9%	80	17,5%	49	10,7%	0,002
<b>Severa</b>	0	0,0%	0	0,0%	25	5,5%	26	5,7%	

En la tabla 9 se observa que las madres con ansiedad moderada y severa presentaron mayores porcentajes de violencia familiar en comparación con aquellas sin ansiedad. En Chota, el 17,5% de las madres que tenían ansiedad moderada y 5,5% de las madres que muestran ansiedad severa sufrieron violencia. En Chiclayo estos porcentajes fueron 10,7% y 5,7% respectivamente. Estos resultados indican que los cuadros de ansiedad pueden generar irritabilidad, tensión y conflictos al interior de los hogares, sobre todo al sumarse al estrés por el confinamiento. Las madres con ansiedad tuvieron más dificultades para manejar las situaciones de una manera asertiva.

Al aplicar la prueba chiquadrado para determinar la asociación entre la ansiedad y la violencia familiar se aplicó la prueba chiquadrado, con un nivel de significancia de 0,05 como sigue:

$$\chi^2_{calculado} = \frac{\sum \sum (O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad

Se compara las frecuencias observadas y esperadas de cada una de las celdas siendo el valor encontrado 14,371 mayor que el valor chiquadrado tabulado de 7,8147 esto indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la

ansiedad y la violencia familiar, roborando además se encontró un nivel de significancia de 0,002 por tanto los resultados encontrados son consistentes lo que nos permite afirmar que existe asociación significativa entre la depresión y la violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en los colegios públicos de Chiclayo y Chota.

**Tabla 10.** Estrés postraumático y violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

Estrés postraumático	Violencia familiar								Chi cuadrado p
	No				Sí				
	Procedencia		Procedencia		Procedencia		Procedencia		
	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	
	fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	
<b>Ausencia</b>	47	10,3%	42	9,2%	45	9,9%	21	4,6%	54,973
<b>Presencia</b>	42	9,2%	26	5,7%	126	27,6%	107	23,5%	0,001

En la tabla 10 se tiene un alto porcentaje de madres que sufrieron violencia familiar y estrés postraumático, esto el 27,6% de madres en Chota y 23,5% en Chiclayo, este indicador implica la presencia de síntomas como hipervigilancia, irritabilidad, pesadillas, etc., que pueden desencadenar o empeorar los conflictos y episodios de violencia en ámbito familiar, sobre todo en un contexto de confinamiento. Por otro lado, alrededor del 10% de las madres con ausencia de estrés postraumático reportaron violencia familiar.

Se aplicó la prueba chi-cuadrado para determinar el estrés postraumático y la violencia familiar se aplicó la prueba chicuadrado, con un nivel de significancia de 0,05 como sigue:

$$\chi^2_{calculado} = \frac{\sum \sum (O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad

Encontrando un valor de 54,973 que es mayor al valor chicuadrado tabulado de 3,8415 lo que indica que los resultados tienen asociación significativa entre el estrés postraumático y la violencia familiar, además se encontró el valor de significancia de 0,001 lo que refuerza aún más estos hallazgos. Luego la diferencia entre el valor calculado y el tabulado junto con el valor de p proporciona evidencia suficiente para afirmar que existe asociación significativa entre el estrés postraumático y la situación de ser madre de APAFA durante la pandemia por COVID-19 en los colegios públicos de Chiclayo y Chota.

**Tabla 11.** Ideación suicida y violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

Ideación suicida	Violencia familiar								Chi cuadrado p
	No				Sí				
	Procedencia		Procedencia		procedencia		procedencia		
	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	Chota	Chiclayo	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	
No	60	13,2%	49	10,7%	28	6,1%	16	3,5%	38,214
Si	29	6,4%	19	4,2%	143	31,4%	112	24,6%	0,000

En la tabla 11 se observa que 31,4% de las madres de Chota y 24,6% de las madres de Chiclayo que manifestaron ideación suicida, también sufrieron violencia familiar, estos porcentajes son verdaderamente preocupantes y son sumamente elevados en comparación con las madres sin ideación suicida, donde 6,1% de las madres en Chota y 3,5% en Chiclayo reportaron violencia. La ideación suicida se da por una profunda desmoralización que puede verse agravado por los contextos de violencia vividos en el hogar durante la pandemia, así mismo, la violencia familiar puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de ideas suicidas en algunas madres. Estos porcentajes revelan la situación de gravedad que requiere atención integral a las madres y familias afectadas.

Al calcular el valor chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0,05 como sigue:

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \frac{\sum \sum (O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad

Se encontró un valor de 38,214 considerablemente mayor que el chiquadrado tabulado de 3,8415 esto indica que existe diferencias entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas además se afirma que hay asociación significativa entre la ideación suicida y la violencia familiar, con un valor de significancia p de 0.000 lo que refuerza la asociación significativa entre la ideación suicida y la condición de ser madre de APAFA durante la pandemia por COVID-19 en los colegios públicos de Chiclayo y Chota.

**Tabla 12.** Tipo de Violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19, en madres de APAFA en un colegio público de Chiclayo y Chota 2021.

		Procedencia			
		Chota		Chiclayo	
Tipos de violencia intrafamiliar	Emocional	Fi	%	Fi	%
	I	101	22,1%	96	21,1%
	Sexual	43	9,4%	20	4,4%
	Física	95	20,8%	69	15,1%
	Económica	21	4,6%	11	2,4%

En la tabla 12 se observa que en primer lugar la violencia emocional o psicológica fue la más frecuente, afectando al 22,1% de las madres de Chota y al 21,1% en Chiclayo, este tipo de violencia implica agresiones verbales, humillaciones, intimidaciones, indiferencia, infravaloración, entre otras conductas igualmente dañinas. En segundo lugar, está la violencia intrafamiliar física, se indica un 20,8% en Chota y 15,1% en Chiclayo, es decir un alto porcentaje de madres sufrieron golpes, empujones, bofetadas u otras agresiones físicas por parte de sus parejas u otros familiares durante el confinamiento. Seguido, respecto a la violencia sexual afecta a un 9,4% de las madres en Chota y 4,4% en Chiclayo, estos valores sugieren situaciones de abuso al interior de los hogares. Por último, la violencia económica fue la menos común, aunque significativa al afectar al 4,6% de madres en Chota y 2,4% en Chiclayo, lo que implica el control abusivo de los recursos económicos, negación de dinero, prohibición de trabajar, etc. En síntesis, los datos muestran que, durante la pandemia, las madres sufrieron diversos tipos de violencia intrafamiliar con una frecuencia realmente alarmante, sobre todo en el caso de Chota. Además, se destacan los altos porcentajes de violencia emocional, física y sexual reportados

### III. DISCUSIÓN

Se observa que el 27,6 % de las mujeres que son de Chota indican que tienen presencia de trastornos de salud mental y si sufren violencia familiar; además 23,9 % de las mujeres que son de Chiclayo indican que tienen presencia de trastornos de salud mental y si sufren violencia familiar; de tal modo, se encontró un valor chi cuadrado de 5,727 con un valor  $p = 0,017 < 0,05$  lo que permite indicar que existe asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19. Estos resultados se contrastan con Saucedo (6) quien demostró que en México la prevalencia de síntomas ansiosos aumentaba 30,96 % en mujeres con violencia física o psicológica; así mismo, Baumont et. al, (20) concluye que la asociación entre violencia intrafamiliar y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19 es un tema de gran relevancia y complejidad. Muller y Koss(21) son dos autores destacados que han explorado la intersección entre los trastornos de salud mental y la violencia familiar. Muller, en su libro "Trauma and the Struggle to Open Up", analiza cómo las experiencias de violencia familiar pueden desencadenar trastornos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión, enfatizando la importancia del apoyo terapéutico en la recuperación. Por otro lado, Koss(22) ha investigado extensamente sobre la violencia de género y sus impactos en la salud mental, destacando en sus estudios cómo las víctimas de violencia familiar presentan tasas más altas de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Ambos autores subrayan la necesidad de una comprensión profunda y un tratamiento adecuado para abordar las complejas consecuencias psicológicas de la violencia en el entorno familiar. Si bien aún se está investigando a fondo, algunos estudios sugieren que ha habido un aumento en los casos de violencia doméstica durante los períodos de confinamiento y distanciamiento social relacionados con la pandemia. Esta situación puede deberse a diversos factores, como el estrés adicional, la pérdida de empleo, el aumento de la convivencia en espacios reducidos y la dificultad para acceder a recursos de apoyo.

Respecto a la existencia de depresión se tienen diversos datos: Por ejemplo, entre las mujeres de 31 a 40 años, el 43,6 % sí los experimenta. En cuanto al estado civil, las mujeres convivientes el 33,3 % sí la tienen. Respecto al nivel educativo, las

mujeres con estudios secundarios el 26.3% que sí la experimentan. En términos de ingresos económicos, el 51,1% sí lo están. Además, el 48,9 % de las mujeres con patologías que sí la tienen. Por último, en relación con la religión, el 45,4 % sí presentan depresión. De tal modo, dichos hallazgos de asemejan con el estudio de Burnett (23) quien concluyó que durante la pandemia por COVID-19, se observa que las mujeres enfrentan una serie de desafíos relacionados con su salud mental, destacando la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático; por ejemplo con respecto a la edad, se observa que las mujeres de diferentes grupos de edad pueden verse afectadas, con una proporción significativa de mujeres entre 31 y 40 años que experimentan estas condiciones; con respecto al estado civil, las mujeres que conviven muestran una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático en comparación con aquellas que no conviven; en cuanto al nivel educativo, las mujeres con estudios secundarios también muestran una prevalencia más alta de estas condiciones en comparación con aquellas con niveles educativos más altos; así mismo, con respecto al ingreso económico, las mujeres con ingresos más bajos tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión, ansiedad y estrés postraumático en comparación con aquellas con ingresos más altos.

Por lo tanto, Beck y Seligman(24) son dos figuras clave en la comprensión de la depresión. Beck, conocido por desarrollar la Terapia Cognitiva, argumenta que la depresión está enraizada en patrones de pensamientos negativos y distorsionados, como se detalla en su obra "Cognitive Therapy of Depression". Según Beck, estos pensamientos negativos perpetúan un ciclo de desesperanza y desvalorización personal, que puede ser abordado y modificado a través de la intervención cognitiva. Por su parte, Seligman(25), en su teoría de la "Indefensión Aprendida", sugiere que la depresión puede surgir cuando las personas sienten que no tienen control sobre las situaciones estresantes. Seligman explora cómo las experiencias repetidas de fracaso o impotencia pueden llevar a un estado de desmotivación y desesperanza. Ambos enfoques proporcionan perspectivas complementarias sobre la existencia de la depresión, destacando tanto los aspectos cognitivos como los comportamentales en su desarrollo y tratamiento.

En cuanto a la ansiedad, en los datos analizados se destaca que, entre las mujeres de 31 a 40 años, el 35,5 % sí la presenta. En cuanto al estado civil, el 17,8 % de

las convivientes el 27,6 % sí la experimentan. Respecto al nivel educativo, las mujeres con estudios secundarios el 23,9 % sí la tienen. En términos de ingresos económicos, con ingresos hasta 1025 soles 40,8 % que sí la tienen. Además, el 40,8 % de las mujeres con patologías que sí la tienen. En cuanto a la religión, el 38,6 % sí la presentan. Por lo tanto, dichos resultados se contrastan con Council (26) quien concluyó que la ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 está influenciada por una variedad de factores, incluidos el estado civil, los ingresos económicos y la presencia de condiciones médicas preexistentes. Por ello, Barlow y Wolpe(27) son dos autores fundamentales en el estudio de la ansiedad. Barlow, en su libro "Anxiety and Its Disorders", sostiene que la ansiedad es una respuesta emocional natural que se convierte en problemática cuando es excesiva e incontrolable, afectando significativamente la calidad de vida de una persona. Su enfoque se centra en la comprensión de los factores biológicos, psicológicos y ambientales que contribuyen a los trastornos de ansiedad, y en la implementación de terapias basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), para su tratamiento.

Por otro lado, Wolpe(28), pionero en el desarrollo de la terapia de desensibilización sistemática, que la ansiedad es el resultado de asociaciones condicionadas negativas que se pueden desaprender a través de técnicas de exposición gradual y relajación. Wolpe demostró que las respuestas de ansiedad podían reducirse eficazmente al contrarrestarlas con respuestas incompatibles, como la relajación profunda. Ambos autores, con sus contribuciones, han avanzado significativamente nuestra comprensión de la ansiedad y han desarrollado intervenciones prácticas para ayudar a las personas a manejar y superar sus síntomas ansiosos. En resumen, es crucial abordar estos factores de riesgo y proporcionar un apoyo adecuado a las mujeres en situación de vulnerabilidad para prevenir el riesgo de suicidio y promover su bienestar mental durante estos tiempos difíciles.

Por consiguiente, con respecto al estrés postraumático, se observa que las mujeres que tienen entre 31 a 40 años el 44,1 % presentan estrés postraumático. En cuanto a su estado civil el 33,8% son convivientes y presentan estrés postraumático. Sobre el grado de instrucción se tiene que el 26,8% tienen estudios secundarios y presentan estrés postraumático. Sin embargo, los resultados se asimilan con Sukhmanjeet (29) quien refiere que es un trastorno complejo que puede

manifestarse de manera diferente en cada individuo. Además, el tratamiento adecuado, que puede incluir terapia cognitivo-conductual, medicación y apoyo social, puede ayudar a las personas a manejar los síntomas y mejorar su calidad de vida.

Lewis y Kolk(30) son dos autores influyentes en el estudio del trastorno de estrés postraumático (TEPT), donde examina el impacto del trauma en la psique humana y destaca cómo el TEPT puede surgir a partir de eventos extremadamente estresantes, como la violencia interpersonal y los desastres naturales. Ella propone un modelo de recuperación que incluye la creación de seguridad, la reconstrucción de la narrativa traumática y la reintegración en la vida cotidiana, enfatizando la importancia de un entorno de apoyo y la terapia basada en el empoderamiento del individuo.

Kolk(31) argumenta que el trauma no solo afecta la mente, sino también el cuerpo. Van der Kolk explora cómo las experiencias traumáticas pueden alterar la biología del cerebro y del cuerpo, llevando a síntomas físicos y emocionales persistentes. Su enfoque destaca la necesidad de tratamientos integradores que incluyan terapias somáticas, como el yoga y la EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), para abordar tanto los aspectos psicológicos como físicos del TEPT. Ambos autores subrayan la complejidad del TEPT y la necesidad de un enfoque holístico para su tratamiento.

Así mismo, en cuanto a la ideación suicida, se observa que las mujeres que tienen entre 31 a 40 años, el 44,7 % presentan ideación suicida. En cuanto a su estado civil el 33,8% son convivientes y presentan ideación suicida. Sobre el grado de instrucción se tiene que el 32,2 % tienen estudios secundarios y presentan ideación suicida. Por otro lado, Ressler(19) afirma que se refiere a pensamientos o planes sobre quitarse la vida y puede ser un síntoma de varios trastornos mentales, como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros. Joiner y Shneidman (32) son dos expertos destacados en el campo de la ideación suicida. Joiner, conocido por su teoría interpersonal-psicológica del comportamiento suicida, sugiere que la ideación suicida surge de una combinación de sentimientos de pertenencias frustradas y la percepción de ser una carga para los demás. Abdalla et al.(33) destaca que, para que una persona desarrolle la capacidad de llevar a cabo un acto suicida, debe haber una habituación al miedo al

dolor ya la muerte, a menudo a través de experiencias previas de dolor psicológico o físico.

Suján et al. (34), por su parte, introduce el concepto de "psiquisalgia" o dolor psicológico intolerable como un factor central en la ideación suicida. Según Shneidman, la desesperanza y el sufrimiento emocional intenso llevan a las personas a ver el suicidio como una solución a su angustia. Él enfatiza la importancia de comprender y tratar el dolor psicológico subyacente para prevenir el suicidio, subrayando la necesidad de intervenciones terapéuticas centradas en aliviar este sufrimiento. Ambos autores contribuyen a una comprensión más profunda de los factores que conducen a la ideación suicida y resaltan la importancia de abordar tanto los aspectos emocionales como los contextuales en la prevención del suicidio.

Por otro lado, se observa que las mujeres que tienen entre 31 a 40 años, el 47,1% de las mujeres sufrieron de violencia intrafamiliar. En cuanto a su estado civil el 32,7 % son convivientes y sufrieron violencia intrafamiliar. Sobre el grado de instrucción se tiene que el 32,5% tienen estudios secundarios y sufrieron violencia intrafamiliar. Así mismo, los hallazgos coinciden con Valkovskaya(35) , quien refiere que durante la pandemia por COVID-19, las mujeres que sufrieron violencia familiar experimentaron un aumento en la violencia debido al estrés y aislamiento. Muchas enfrentaron dificultades para buscar ayuda debido al confinamiento y la dependencia económica de sus agresores. El uso de la tecnología se intensificó como forma de control y la violencia afectó gravemente su salud mental(36). Es crucial implementar respuestas integrales que aborden tanto la violencia como las necesidades económicas y de salud mental de las víctimas.

Por otro lado, se observa el grado de depresión según la procedencia de las mujeres encontrando que los porcentajes más relevantes son de las mujeres que proceden de Chota, así 20,8 % muestran depresión moderada durante la pandemia por COVID- 19 y sufrieron violencia intrafamiliar; a diferencia de las mujeres de Chiclayo que representan el 14,5 % presentan depresión moderada durante la pandemia por COVID- 19 y sufrieron violencia intrafamiliar. Por lo tanto, el valor de chi-cuadrado de 61,743 con un valor de significancia p de 0.000 indica una

asociación significativa entre la depresión y la violencia familiar durante la pandemia por COVID-19 en madres de APAFA en los colegios públicos de Chiclayo y Chota. Así mismo, Howard et. al, (37) concluye que durante la pandemia por COVID-19, las madres enfrentaron una doble carga emocional al lidiar tanto con la depresión como con la violencia familiar. El aislamiento social y la dependencia económica aumentaron su vulnerabilidad a la violencia, mientras que el estrés y la incertidumbre contribuyeron a su deterioro emocional(38). Es crucial implementar intervenciones que aborden tanto la salud mental como la seguridad de las madres, proporcionando apoyo integral y acceso a recursos para mitigar los efectos adversos de esta crisis.

Los tipos de violencia intrafamiliar experimentados por mujeres durante la pandemia por COVID-19 en las ciudades de Chiclayo y Chota. Se observa que un 20,8 % de mujeres de Chota sufrieron violencia física, en comparación con el 15,1 % de mujeres de Chiclayo. Respecto a la violencia emocional, el 22,1 % de mujeres de Chota la experimentaron, mientras que el 21,1 % de mujeres de Chiclayo también la padecieron. En cuanto al maltrato sexual, el 9,4 % de mujeres de Chota y el 4,4% de mujeres de Chiclayo lo sufrieron. La violencia económica fue menos frecuente, afectando al 4,6 % de mujeres de Chota y al 2,4 % de mujeres de Chiclayo. Por ello, Khairkhah et al, (39) en su estudio refiere que durante la pandemia por COVID-19, se observa una prevalencia significativa de diversos tipos de violencia intrafamiliar entre las mujeres. La violencia física y emocional son los tipos más comunes, con tasas similares entre las mujeres de diferentes localidades. Sin embargo, se destaca un preocupante nivel de maltrato sexual en mujeres de Chota en comparación con Chiclayo. Aunque la violencia económica es menos frecuente, aún afecta a un porcentaje notable de mujeres en ambas ciudades. Estos hallazgos resaltan la urgencia de abordar la violencia intrafamiliar como una crisis de salud pública durante la pandemia, implementando medidas específicas para prevenir y proteger a las mujeres afectadas(40).

Las limitaciones en la ejecución del trabajo se presentaron al aplicar el instrumento de recolección de datos porque las mujeres que asistieron a la reunión del colegio inicialmente no se sentían seguras en participar debido a que las víctimas de violencia intrafamiliar a menudo no denuncian los abusos por miedo, vergüenza o desconfianza.

#### IV. CONCLUSIONES

La violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto notable en la salud mental de las mujeres de Chota y Chiclayo, evidenciando la necesidad de intervenciones urgentes para abordar este problema.

En cuanto a los factores como la edad, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos, presencia de patologías y religión tienen una relación significativa con la prevalencia de depresión entre las mujeres durante la pandemia. La mayor prevalencia de depresión en los grupos con ingresos bajos, convivientes, y aquellos con patologías o sin religión sugiere la necesidad de enfoques específicos.

En cuanto a la ansiedad, la mayor prevalencia de ansiedad en los grupos con ingresos bajos, convivientes y aquellos con patologías o sin religión sugiere la necesidad de enfoques específicos y adaptados para estas poblaciones vulnerables en las intervenciones de salud mental.

Por otro lado, los datos mostraron que la presencia de estrés postraumático en mujeres está asociada con factores como la edad, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos, presencia de patologías y religión. Las mujeres entre 31 y 40 años, convivientes, con ingresos bajos, con patologías y sin afiliación religiosa son más propensas a experimentar EPT.

Por lo tanto, la importancia de abordar tanto la salud mental como la violencia familiar como componentes críticos en la atención durante crisis como la pandemia de COVID-19, especialmente en comunidades como Chiclayo y Chota, donde se observó una asociación notable entre la depresión y la violencia intrafamiliar.

Los hallazgos también destacan la prevalencia de diferentes formas de violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19 en Chiclayo y Chota. Mientras que la violencia emocional parece ser común en ambas ciudades, la violencia física y sexual muestra una mayor incidencia en Chota.

## V. RECOMENDACIONES

Educar a la comunidad sobre los signos de violencia intrafamiliar y sus efectos en la salud mental a través de campañas en línea, folletos informativos y capacitaciones para profesionales de la salud y trabajadores sociales. Es crucial identificar y abordar la violencia intrafamiliar tempranamente para prevenir su escalada y minimizar su impacto en la salud mental.

Brindar servicios de salud mental adaptados culturalmente para mujeres que enfrentan violencia doméstica, incluyendo terapia individual o grupal y técnicas de manejo del estrés. Es crucial fomentar redes de apoyo social, tanto locales como en línea, para que las mujeres se sientan conectadas y empoderadas al compartir experiencias similares.

Proporcionar información precisa y accesible sobre la ansiedad, sus síntomas y estrategias de manejo durante la pandemia, a través de recursos en línea, folletos informativos y sesiones educativas virtuales. Además, se sugiere fomentar la resiliencia mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento y una actitud positiva, estableciendo metas realistas y buscando oportunidades de crecimiento personal.

Ayudar a las mujeres a crear un entorno seguro en sus hogares, incluyendo la eliminación de medios letales y el desarrollo de un plan de seguridad en caso de crisis, compartido con familiares o amigos de confianza. Además, se insta a la colaboración entre diversos profesionales de la salud para ofrecer atención integral a mujeres con ideación suicida durante la pandemia de COVID-19, lo que facilita una evaluación completa y un tratamiento efectivo.

Asegurar acceso a servicios médicos y legales, junto con asesoramiento y apoyo emocional para mujeres víctimas de violencia sexual, incluyendo servicios de salud mental. También se enfatiza la importancia de fomentar la denuncia de violencia física y proporcionar apoyo a mujeres que han sufrido abuso verbal o emocional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action*. 2020;9:10.3402/gha.v9.29890.
2. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*. 2021;10(5):e1001439.
3. Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *Int J Law Psychiatry*. 2020;71:101594.
4. Taub A. A New Covid-19 Crisis: Domestic Abuse Rises Worldwide. *The New York Times* [Internet]. el 6 de abril de 2020 [citado el 29 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/04/06/world/coronavirus-domestic-violence.html>
5. van Gelder N, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*. el 11 de abril de 2020;21:100348.
6. Malik M, Munir N, Ghani MU, Ahmad N. Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of Pakistani women. *Pak J Med Sci*. 2021;37(1):191–4.
7. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Tapia-López E, Rojas-Roque C. Behind closed doors: Exploring the impact of COVID-19 related lockdown on domestic violence in Peru. *SSM Popul Health*. el 11 de noviembre de 2023;24:101552.
8. Tol WA. Interpersonal violence and mental health: a social justice framework to advance research and practice. *Glob Ment Health (Camb)*. el 6 de mayo de 2020;7:e10.
9. Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S. Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. *PLoS One*. el 17 de marzo de 2022;17(3):e0264845.
10. Mason R, O'Rinn SE. Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Glob Health Action*. 2021;7:10.3402/gha.v7.24815.
11. Seefeld L, Mojahed A, Thiel F, Schellong J, Garthus-Niegel S. Preferences and Barriers to Counseling for and Treatment of Intimate Partner Violence, Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder Among Postpartum Women: Study Protocol of the Cross-Sectional Study INVITE. *Front Psychiatry*. el 29 de marzo de 2022;13:836350.

12. Soreff SM, Gupta V, Wadhwa R, Arif H. Aggression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448073/>
13. Dokkedahl S, Kristensen TR, Murphy S, Elklit A. The complex trauma of psychological violence: cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *Eur J Psychotraumatol*. 12(1):1863580.
14. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2017;56:65–81.
15. Tse JSY, Haslam N. What is a mental disorder? Evaluating the lay concept of Mental Ill Health in the United States. *BMC Psychiatry*. el 3 de abril de 2023;23:224.
16. Abreu L, Koebach A, Díaz O, Carleial S, Hoeffler A, Stojetz W, et al. Life With Corona: Increased Gender Differences in Aggression and Depression Symptoms Due to the COVID-19 Pandemic Burden in Germany. *Front Psychol*. el 27 de julio de 2021;12:689396.
17. Ruchkin V, Stickley A, Kopusov R, Sukhodolsky DG, Isaksson J. Depressive symptoms and anger and aggression in Russian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. el 16 de noviembre de 2023;17:130.
18. Mishra AK, Varma AR. A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus*. 15(9):e46115.
19. Mansour M, Joseph GR, Joy GK, Khanal S, Dasireddy RR, Menon A, et al. Post-traumatic Stress Disorder: A Narrative Review of Pharmacological and Psychotherapeutic Interventions. *Cureus*. 15(9):e44905.
20. de Baumont AC, Oliveira GS, de Figueiredo JB, Dos Santos JF, Genro BP, Habigzang LF, et al. Intimate Partner Violence and Women's Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. el 17 de abril de 2023;
21. Devakumar D, Palfreyman A, Uthayakumar-Cumarasamy A, Ullah N, Ranasinghe C, Minckas N, et al. Mental health of women and children experiencing family violence in conflict settings: a mixed methods systematic review. *Confl Health*. el 15 de octubre de 2021;15:74.
22. Wessells MG, Kostelny K. The Psychosocial Impacts of Intimate Partner Violence against Women in LMIC Contexts: Toward a Holistic Approach. *Int J Environ Res Public Health*. el 4 de noviembre de 2022;19(21):14488.
23. Burnett, Jason, Dyer, Pickins, Sabrina. Rapid Needs Assessments for Older Adults in Disasters. *Generations*. el 1 de enero de 2007;31:10–5.
24. Giusti L, Mammarella S, Del Vecchio S, Salza A, Casacchia M, Roncone R. Deepening Depression in Women Balancing Work-Life Responsibilities and Caregiving during the COVID-19 Pandemic: Findings from Gender-Specific

Face-to-Face Street Interviews Conducted in Italy. *Behav Sci (Basel)*. el 29 de octubre de 2023;13(11):892.

25. Kupcova I, Danisovic L, Klein M, Harsanyi S. Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychol*. el 11 de abril de 2023;11:108.
26. Council NR, Education D of B and SS and, Education C on B and SS and, Sciences C on BR in the B and S, Gerstein DR, Luce RD, et al. *Methods of Data Collection, Representation, and Analysis*. En: *The Behavioral and Social Sciences: Achievements and Opportunities* [Internet]. National Academies Press (US); 1988 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546485/>
27. Juszko K, Szary P, Mazurek J, Rutkowski S, Cieřlik B, Szczepańska-Gieracha J, et al. Long-Term Consequences of COVID-19 Disease Specific to Women: Exploratory Research. *Int J Environ Res Public Health*. el 22 de diciembre de 2022;20(1):150.
28. Sun P, He T, Fan D jiao, Xu C, Wang Y, Song S wei, et al. Impact of Gender Difference on Anxiety in COVID-19 Patients in Quarantine Wards. *Front Psychiatry*. el 21 de enero de 2022;12:799879.
29. Mann SK, Marwaha R. Posttraumatic Stress Disorder. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>
30. Bataineh MF, Mohamad MN, Al Dhaheri AS, Rawashdeh M, Al-Nawaiseh AM, Asali FF, et al. Impact of coronavirus 2019 pandemic on post-traumatic stress disorder symptoms among pregnant women in Jordan. *Womens Health (Lond)*. el 16 de julio de 2022;18:17455057221112935.
31. Sun L, Shang Z, Wu L, Pan X, Sun L, Ouyang H, et al. One-quarter of COVID-19 patients developed PTSD symptoms: A one-year longitudinal study. *Psychiatry Res*. mayo de 2023;323:115161.
32. Louis N, Ragheb M, Ibrahim O, Salim A, E Dean Y, Kishk RM, et al. Assessment of post-traumatic stress disorder and health-related quality of life among patients recovered from mild-to-moderate COVID-19 and their close contacts: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. el 6 de octubre de 2023;102(40):e35210.
33. Abdalla SM, Ettman CK, Rosenberg SB, Wang R, Cohen GH, Galea S. Post-traumatic stress disorder during the Covid-19 pandemic: a national, population-representative, longitudinal study of U.S. adults. *Npj Ment Health Res*. el 10 de abril de 2024;3:20.
34. Sujan MdSH, Tasnim R, Haghithoseini A, Hasan MM, Islam MdS. Investigating posttraumatic stress disorder among COVID-19 recovered patients: A cross-sectional study. *Heliyon*. el 15 de marzo de 2023;9(3):e14499.

35. Valkovskaya M, Hassan A, Zartaloudi E, Hussain F, Umar M, Khizar B, et al. Study protocol of DIVERGE, the first genetic epidemiological study of major depressive disorder in Pakistan. *Psychiatr Genet.* abril de 2023;33(2):69–78.
36. Folayan MO, Ibigbami O, EITantawi M, Abeldaño GF, Ara E, Ayanore MA, et al. Factors associated with COVID-19 pandemic induced post-traumatic stress symptoms among adults living with and without HIV in Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* el 21 de enero de 2022;22:48.
37. Howard KJ, Leong C, Chambless S, Grigsby TJ, Cordaro M, Perrotte JK, et al. Major Depression in Postpartum Women during the COVID-19 Pandemic: Can Social Support Buffer Psychosocial Risks and Substance Use? *Int J Environ Res Public Health.* el 26 de noviembre de 2022;19(23):15748.
38. Joseph J, Canlas RP. The impact of posttraumatic stress symptoms on quality of life among battered wives in India amidst the COVID-19 pandemic. *Heliyon.* el 10 de enero de 2023;9(1):e12894.
39. Khairkhah F, Nasiri Amiri F, Javanian M, Nikbakht HA, Faramarzi M, Aqatabar Roudbari J, et al. Domestic Violence Against Women During the COVID-19 Pandemic and Its Relationship to Demographic and Family Factors: A Cross-Sectional Study in Iran. *Cureus.* 15(3):e36633.
40. Bovero A, Balzani S, Tormen G, Malandrone F, Carletto S. Factors Associated with Post-Traumatic Growth during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *J Clin Med.* el 23 de diciembre de 2023;13(1):95.

## ANEXOS

### Anexo 1. Operacionalización de variables.

	Variable	Definición operacional	Tipo	Indicador	Escala De Medición
Variable independiente principal	<b>Violencia</b>	Reporte de todo dato de violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19, puede tener como efecto deterioro físico, sexual y psicológico para la mujer. Se utilizará el cuestionario VIF J4. Punto de corte superior a 35 puntos.	<b>Categoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Violencia leve (puntuación 0-35)</li> <li>● Violencia moderada (puntuación 36 a 67)</li> <li>● Violencia severa (&gt;68 puntos)</li> </ul>	<b>Nominal</b>
Variable desenlace	<b>Depresión</b>	Reporte de síntomas de depresión a través de un cuestionario PHQ9. Punto corte puntaje superior a 4 puntos	<b>Categoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mínima (1-4 puntos)</li> <li>● Leve (5-9 puntos)</li> <li>● Moderada (10-14 puntos)</li> <li>● Moderadamente grave (15-19 puntos)</li> <li>● Grave (20-27 puntos)</li> </ul>	<b>Nominal</b>
	<b>Trastornos de ansiedad aguda</b>	Informes de ansiedad y síntomas traslacionales con una puntuación superior a 4 en la suma de las respuestas obtenidas del cuestionario GAD 7	<b>Categoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Leve (5-9 puntos)</li> <li>● Moderada (10-14 puntos)</li> <li>● Severa (15-21 puntos)</li> </ul>	<b>Nominal</b>
	<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	Una puntuación de 43 o más puntos obtenidos de la sumatoria de puntaje de las 17 preguntas sobre síntomas de TEPT del cuestionario PCL-C	<b>Categoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ausencia</li> <li>● Presencia</li> </ul>	<b>Nominal</b>
Variables secundarias	<b>Ideación suicida</b>	Reporte de la intensidad de la ideación suicida, utilizando una valoración igual o	<b>Categoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No</li> <li>● Si</li> </ul>	<b>Nominal</b>

		mayor a 6 en la Escala de riesgo de suicidio de Plutchik.			
Variables secundarias	<b>Estado civil</b>	de acuerdo a la situación de la persona conforme a la unidad registral	<b>Categoríco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltero</li> <li>▪ Casado</li> <li>▪ Conviviente</li> <li>▪ Viudo</li> </ul>	<b>Nominal</b>
	<b>Religión</b>	Creencia religiosa	<b>Categoríca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguna</li> <li>▪ Católica</li> <li>▪ Otra</li> </ul>	<b>Nominal</b>
	<b>Trastornos mentales previos</b>	Reporte de historia previa de problemas psiquiátricos	<b>Categoríca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	<b>Nominal</b>
	<b>Número de miembros en la familia</b>	Número de personas que se encuentran dentro del hogar	<b>Numérica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de miembros</li> </ul>	<b>De intervalo</b>
	<b>Diagnóstico de COVID-19</b>	Reporte del participante ante la pregunta si ha tenido COVID-19. Se sustenta la inclusión de esta variable; como variable confusora.	<b>Categoríca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No</li> <li>▪ Si</li> </ul>	<b>Nominal</b>

## **Anexo 2: Consentimiento informado**

**Título del estudio:** Asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Chiclayo, 2021.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la COVID-19 en la ciudad de Chiclayo y Chota, 2021.

**Propósito:** Se espera poder contar con su participación en la reciente investigación, que cuenta con el propósito de determinar la asociación entre violencia y trastornos de salud mental en mujeres durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Chiclayo, 2021; además identificar los factores asociados a los trastornos de salud mental y su frecuencia.

**Riesgos y beneficios:** El estudio no presenta ningún riesgo para los participantes. Participar en este estudio no le reportará un beneficio directo. Así mismo, se conversará de forma personal y confidencial del resultado que se genere del estudio.

**Confidencialidad:** Los resultados de esta investigación podrían ser publicados en revistas médicas o servir de enseñanza y referencias para futuras investigaciones, pero los nombres de los encuestados no serán usados en la publicación y se mantendrán de forma anónima.

**Participación:** El estudio realizado es de manera voluntaria, el cual consiste en completar una ficha de datos sociodemográficos y ocho cuestionarios online que medirán las diferentes variables del estudio.

**Declaración del participante: YO:** \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente contribuir en esta investigación, he entendido estupendamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que acontecerán si es que contribuyo en este estudio, tal es el caso que soy capaz que puedo persuadir si no deseo participar y puedo abandonar en el instante que desee. Mi firma y huella digital indican mi autorización de participar en este trabajo de investigación.

Si se presentara algún inconveniente o incertidumbre con respecto a las preguntas de los cuestionarios brindados, por favor sírvase en comunicarse con las personas encargadas de dicho estudio: Julissa Isaura Vílchez Córdova( número telefónico:939366430, correo electrónico: [Julissa\\_vilchez1@usmp.pe](mailto:Julissa_vilchez1@usmp.pe)) o con Doris del Rosario Gonzáles Sánchez( número telefónico: 980313262, correo electrónico: [Doris\\_gonzales@usmp.pe](mailto:Doris_gonzales@usmp.pe)).

---

**Firma del Participante** Huella Digital y Fecha

Nombre:

DNI:

---

**Firma del Investigador** Huella Digital y Fecha

Nombre:

DNI:

### **Anexo 3: Ficha de datos sociodemográficos**

**Fecha:**

**N.º Participante:**

#### **Datos generales**

**Edad:**  18-30 años  31-40 años  41-50 años  50 años o más

**Estado civil:**  Soltero  Casado  Conviviente  Viudo

**Religión:**  Ninguna  Católica  Otra

#### **Datos familiares**

**Tenencia de hijos:**  SI  NO

#### **Número de miembros en la familia:**

1-2 familiares  3-4 familiares  4-5 familiares  5 familiares o más

#### **Datos psicológicos**

**Desórdenes mentales previos:**  SI  NO

#### **Datos con respecto a la pandemia**

**Tiene alguna prueba que confirme que ha tenido COVID-19:**  SI  NO

### Anexo 3: Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

## Anexo 4: “Escala de medición de la violencia intrafamiliar VIF J4”

### ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIFJ4):

**Instructivo:** Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación con absoluta seriedad y sinceridad. Marque con una X la respuesta que usted considere apropiada, la información que usted proporcione es estrictamente confidencial.

PREGUNTAS		SI	NO
¿EL AGRESOR CONSUME ALCOHOL?			
¿EL AGRESOR CONSUME ALGÚN TIPO DE DROGA?			

	PREGUNTAS	RESPUESTAS				
		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
<b>Violencia Física</b>						
1	¿Su pareja le pega?					
2	¿Su pareja le ha hecho moretones cuando le golpea?					
3	¿Ha sangrado a causa de los golpes recibidos por su pareja?					
4	¿Por los golpes recibidos por su pareja ha necesitado atención médica?					
<b>Violencia Psicológica</b>						
5	¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?					
6	¿Su pareja le insulta en frente de otras personas?					
7	¿Su pareja le ha sido infiel?					
8	¿Su pareja ha amenazado con suicidarse si le abandona?					
9	¿Usted siente temor cuando su pareja llega a la casa?					
<b>Violencia Sexual</b>						
10	¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?					
11	¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?					
12	¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecológico?					
13	¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?					
14	¿Su pareja le prohíbe embarazarse?					
15	¿Su pareja le ha obligado a abortar?					

<b>Violencia Sexual</b>						
10	¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?					
11	¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?					
12	¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecológico?					
13	¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?					
14	¿Su pareja le prohíbe embarazarse?					
15	¿Su pareja le ha obligado a abortar?					
<b>Violencia Social</b>						
16	¿Su pareja se pone molesta cuando usted se arregla?					
17	¿Su pareja le impide hablar por celular con otras personas?					
18	¿Su pareja le amenaza con golpearle si usted sale de su casa sin el permiso de él?					
19	¿Su pareja se pone celoso cuando usted habla con otras personas?					
<b>Violencia Patrimonial</b>						
20	¿Su pareja ha roto las cosas del hogar?					
21	¿Su pareja le ha impedido el ingreso a su domicilio?					
22	¿Su pareja le limita el dinero para los gastos del hogar?					
<b>Violencia de Género</b>						
23	¿Al momento de tomar decisiones su pareja ignora su opinión?					
24	¿Su pareja nunca colabora en las labores del hogar?					
25	¿Su pareja le impide tener un trabajo remunerado, fuera de casa?					

**Realizado por:** Jaramillo J. y cols.

## Anexo 5: Cuestionario de plutchik sobre ideación suicida

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

## Anexo 6: Cuestionario en relación al estrés postraumático (PCL-C)

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

**Puntuación en reexperimentación:** \_\_\_\_ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

**Puntuación en evitación:** \_\_\_\_ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

**Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo:** \_\_\_\_ (Rango: 0-21)

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica</b>	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

### **3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

<b>Sintomas disociativos</b>	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

**Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:**  Sí  No

<b>Presentación demorada del cuadro clínico</b> (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

<b>4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO</b>	
<b>Áreas afectadas por el suceso traumático</b>	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

**Puntuación en el grado de afectación del suceso:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

## Anexo 7: Escala de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				