

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

VIOLENCIA CONYUGAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER DEL DISTRITO DE CAJAMARCA 2023

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

M.Cs. MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ

Asesora:

Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Milagros del Carmen Zamora Vásquez
DNI: 43447219
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado en Ciencias, Mención: Salud
2. Asesora: Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☒ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Violencia conyugal y salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca 2023
6. Fecha de evaluación: **05/10/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **16%**
9. Código Documento: **3117:508410168**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **15/10/2025**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera DNI: 26629678

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERÚ



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:00 horas, del día 16 de setiembre del año dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-206 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**, **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**, **Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**, y en calidad de Asesora la **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **VIOLENCIA CONYUGAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER DEL DISTRITO DE CAJAMARCA 2023**; presentada por la **Maestro en Ciencias Mención Gerencia Social MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobar con la calificación de Dieciocho (18) la mencionada Tesis; en tal virtud la **Maestro en Ciencias Mención Gerencia Social MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 12:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Asesora


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Jurado Evaluador


.....
Dra. María Ynés Huamaní Medina
Jurado Evaluador


.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Jurado Evaluador

A:

Mi madre y mi padre por su apoyo y comprensión; ellos son mi motor día con día y sobre todo a mis sueños, los que son revisados todas las noches y cada mañana al levantarme me motivan a esforzarme para lograrlos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las bendiciones recibidas y por haberme permitido conocer y rodearme de gente muy sabia que me han ayudado a crecer como profesional.

A la Escuela de Posgrado, por los conocimientos impartidos en estos tres años de arduo aprendizaje

A mis colegas y docentes; quienes aportaron con sus sugerencias, indicaciones y revisiones.

A los CEM Cajamarca, por brindarme las facilidades para desarrollar esta tesis y por quienes conocí la realidad de la violencia conyugal que sufren las mujeres en Cajamarca, motivándome a realizar esta investigación

La esperanza y la fortaleza interior son los pilares que permiten a las personas superar la violencia y reconstruir su salud mental.

Viktor E. Frankl

La salud mental florece donde la violencia se extingue y la comprensión toma su lugar.

Carl Rogers

ÍNDICE GENERAL

Agradecimiento	vi
Índice general	viii
Índice o lista de tablas	xi
Lista de abreviaturas y siglas usadas	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1 Contextualización	1
1.1.2 Descripción del problema	6
1.1.3 Formulación del problema (Pregunta general y auxiliares)	7
1.2 Justificación e importancia	7
1.2.1. Justificación científica	7
1.2.2. Justificación técnica-práctica	8
1.2.3. Justificación institucional y personal	9
1.3 Delimitación de la investigación	9
1.4 Objetivos	11
1.5.1. Objetivo general	11

CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	12
2.2. Marco epistemológico de la investigación (para doctorado)	16
2.3. Marco doctrinal de las teorías	17
2.4. Marco conceptual	31
2.4. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III	26
PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1. Hipótesis	35
3.1.1. Hipótesis general - específicas	35
3.2. Variables/categorías	36
3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las Hipótesis	37
CAPÍTULO IV	
MARCO METODOLÓGICO	40
4.1. Ubicación geográfica (de acuerdo a la naturaleza de la investigación)	40
4.2. Diseño de la investigación	40
4.3. Métodos de investigación	41
4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	42
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	44
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	54
4.7. Matriz de consistencia metodológica	55

CAPÍTULO V	58
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	58
5.1. Presentación de resultados	58
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	64
5.3. Contrastación de hipótesis	69
CAPÍTULO VI	70
PROPUESTA	70
6.1. Formulación de la propuesta para la solución del problema	70
6.2. Costos de implementación de la propuesta	74
6.3. Beneficios que aporta la propuesta	75
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	92

Índice o lista de tablas

Tabla 1. Caracterización de las dimensiones de la Violencia Conyugal de las mujeres atendidas en los centros de Emergencia Mujer 2023.	40
Tabla 2. Caracterización de las dimensiones de la Salud Mental de las mujeres atendidas en los centros de Emergencia Mujer 2023.	42
Tabla 3. Correlaciones entre la Violencia Conyugal y las dimensiones de la Salud Mental	44
Tabla 4. Correlaciones entre la Salud Mental y las dimensiones de la Violencia Conyugal	45
Tabla 5: Resultado de la Correlación	51

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

CEM	:	Centro de Emergencia Mujer
MIMP	:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	:	Ministerio de Salud
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
OPS	:	Organización Panamericana de Salud

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia conyugal y la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca durante el año 2023. Se abordó un problema de salud pública caracterizado por la alta prevalencia de violencia contra la mujer y su relación en el bienestar psicológico. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 81 mujeres, seleccionándose una muestra de 67 participantes mediante muestreo no probabilístico, quienes cumplieron criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario estructurado y validado por juicio de expertos ($\alpha = 0,745$), compuesto por 35 ítems dicotómicos que evaluaron las dimensiones de la violencia conyugal (vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento) y la salud mental (optimismo, resistencia, afrontamiento y bienestar físico). Se halló una correlación inversa, débil pero significativa, entre violencia conyugal y salud mental ($\rho = -0,364$; $p = 0,002$), destacando asociaciones específicas entre violencia conyugal y optimismo ($r = 0,483$; $p < 0,001$), resistencia ($r = 0,281$; $p = 0,021$) y bienestar físico ($r = 0,242$; $p = 0,048$). Estos hallazgos confirman que la violencia conyugal afecta negativamente la salud mental, reduciendo los recursos personales para afrontar el maltrato. Se concluye que la violencia conyugal genera un deterioro significativo en el bienestar psicológico de las mujeres, principalmente al limitar su afrontamiento y capacidad de resistencia, lo que justifica la implementación de programas integrales de intervención psicosocial con enfoque de resiliencia y empoderamiento en contextos vulnerables.

Palabras clave: violencia conyugal, salud mental, dependencia, afrontamiento, resiliencia, mujeres.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between intimate partner violence and the mental health of women assisted at the Emergency Women's Centers in the district of Cajamarca during 2023. This research addressed a public health issue characterized by the high prevalence of violence against women and its relationship in the psychological well-being. The study employed a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design. The population consisted of 81 women, with a sample of 67 participants selected through non-probabilistic sampling, all of whom met the inclusion criteria. A structured questionnaire, validated by expert judgment ($\alpha = 0.745$), was applied, consisting of 35 dichotomous items assessing the dimensions of intimate partner violence (vulnerability, helplessness, dependency, and isolation) and mental health (optimism, resilience, coping, and physical well-being). An inverse, weak but significant correlation was found between intimate partner violence and mental health ($\rho = -0.364$; $p = 0.002$), with specific associations observed between intimate partner violence and optimism ($r = 0.483$; $p < 0.001$), resilience ($r = 0.281$; $p = 0.021$), and physical well-being ($r = 0.242$; $p = 0.048$). These findings confirm that intimate partner violence negatively affects mental health by diminishing personal resources to cope with abuse. It is concluded that intimate partner violence significantly deteriorates women's psychological well-being, mainly by limiting their coping and resilience capacities, which supports the implementation of comprehensive psychosocial intervention programs with a resilience and empowerment approach in vulnerable contexts.

Keywords: intimate partner violence, mental health, dependency, coping, resilience, women.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Contextualización.

La violencia conyugal representa una de las problemáticas sociales más apremiantes a nivel global debido a sus efectos devastadores tanto en el ámbito individual como colectivo. En los últimos años, diversas instituciones y organismos internacionales han reportado un incremento en los casos de violencia contra la mujer dentro del ámbito familiar, situación que se agrava por las barreras culturales, económicas y legales que dificultan su prevención y tratamiento. Este fenómeno afecta de manera directa la salud mental de las víctimas, generando condiciones como depresión, ansiedad, aislamiento social y, en casos extremos, ideación suicida, así lo expone la Oficina para la salud de la mujer (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) reporta que una de cada tres mujeres en el mundo se ve afectada por alguna forma de violencia, sea esta psicológica, física o sexual por parte de su pareja, lo que evidencia la magnitud del problema a nivel global. La violencia contra las mujeres en el contexto de pareja, también denominada violencia conyugal, se considera un problema mundial que trasciende culturas y países, con graves consecuencias para la salud física, mental y social de las víctimas.

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (3), en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, subrayó que la violencia contra las mujeres, incluida la violencia de género en el contexto conyugal, constituye un obstáculo significativo para alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Este tipo de violencia vulnera y

menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales, afectando el desarrollo de las sociedades en su conjunto.

La violencia conyugal es una problemática social de gran magnitud que afecta a diversos sectores de la población, especialmente a mujeres, niñas, niños y personas mayores según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe(5). Según la OMS 2021 (4) Esta forma de violencia presenta una clara direccionalidad: en la mayoría de los casos, es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. La forma más prevalente de violencia intrafamiliar es el abuso de las mujeres por parte de su pareja íntima.

Según la OMS 2021 (4), a nivel mundial, alrededor del 30% de las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Además, se estima que hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por sus parejas masculinas.

Según Comisión Económica para América Latina y el Caribe (5) en América Latina y el Caribe, se alberga 14 de los 25 países con mayor número de feminicidios en el mundo. En 2021 se reportaron al menos 4 473 casos de femicidio o feminicidio en 29 países y territorios. Las tasas más altas por cada 100 000 mujeres fueron observadas en Honduras (4,6), República Dominicana (2,7), El Salvador (2,4) y Bolivia (1,8).

En el caso de Perú, la violencia contra la mujer en el ámbito conyugal continúa siendo una problemática estructural. Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), solo en el año 2022 se atendieron más de 150,000 casos de violencia en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) (6), de los cuales más del 60% correspondieron a violencia ejercida por la pareja o expareja. Además, el Programa

Aurora (7) reporta que la violencia psicológica es la forma más frecuente, seguida de la violencia física y sexual.

En la región Cajamarca, esta problemática también es crítica. Según el Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (8), Cajamarca se encuentra entre las regiones con alta incidencia de violencia familiar y conyugal. En 2022, los CEM de la región atendieron más de 6,500 casos, en su mayoría mujeres entre los 18 y 45 años. Además, se identificó que muchas de las víctimas no denuncian por temor, dependencia económica o falta de redes de apoyo. Esta situación evidencia la urgente necesidad de intervenir desde un enfoque psicosocial y de salud mental, especialmente en zonas rurales donde la respuesta institucional aún es limitada.

Entidades como la Dirección Regional de Salud Cajamarca, la Fiscalía, las Comisarías, Los Centros de Emergencia Mujer, y demás instituciones gubernamentales de Cajamarca, han podido lograr registros, de la frecuencia y el tipo de casos de violencia intrafamiliar existentes en la sociedad, es tal que según los datos del Frente Policial Cajamarca; en el 2022 se tiene 1149 casos de violencia física, 1557 casos de violencia psicológica, 107 de violencia sexual y 28 de violencia económica (17); cifras que incentivan aún más el trabajo interdisciplinario en búsqueda de alternativas de solución, de actitudes que contribuyan a disminuir las repercusiones y en el mejor de los casos, de estrategias de intervención que permitan la erradicación de dicha problemática.

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. No obstante, este equilibrio se ve fuertemente alterado en mujeres que han sido víctimas de violencia conyugal, especialmente en contextos donde existen múltiples barreras para acceder a servicios de salud y apoyo psicosocial.

A nivel internacional, se ha documentado ampliamente que la violencia ejercida por la pareja tiene un impacto negativo profundo en la salud mental de las mujeres, manifestado a través de trastornos como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), consumo problemático de sustancias y tendencias suicidas, así nos refiere la OPS 2021(10). La OMS 2021 (11), señala que las mujeres que han sufrido violencia tienen el doble de probabilidades de padecer trastornos depresivos que aquellas que no han sido víctimas.

En América Latina, el contexto sociocultural y económico agrava la situación. Factores como la normalización de la violencia, la dependencia económica, el limitado acceso a servicios de salud mental y la revictimización institucional, contribuyen a que muchas mujeres no reciban atención adecuada. Un estudio regional del Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (12) revela que la mayoría de los sistemas de salud no cuentan con protocolos específicos ni personal capacitado para atender integralmente los efectos psicológicos de la violencia de pareja.

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) (13) ha reportado que cerca del 30% de mujeres atendidas en servicios de salud mental presentan cuadros relacionados con

violencia familiar o de pareja. Sin embargo, persisten grandes brechas de acceso, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales. Cajamarca, por ejemplo, cuenta con un número limitado de Centros de Salud Mental Comunitaria y, en muchos distritos, el primer nivel de atención no tiene personal especializado en salud mental ni enfoque de género. Las mujeres víctimas en esta región suelen enfrentarse al estigma social, la naturalización de la violencia y la escasez de redes de apoyo, lo que incrementa el riesgo de cronificación del daño emocional.

Por tanto, la salud mental de las mujeres en situación de violencia conyugal constituye no solo un problema clínico, sino también un fenómeno social que demanda respuestas multisectoriales y culturalmente sensibles, especialmente en regiones como Cajamarca donde confluyen múltiples factores de vulnerabilidad.

El presente estudio se enmarca en las significativas consecuencias derivadas de la violencia conyugal, que impactan profundamente en la satisfacción de las necesidades biológicas, sociales y afectivas, sumiendo a las víctimas en un entorno adverso que genera patrones de pensamiento y estilos de comportamiento perjudiciales para el bienestar biopsicosocial. Entre las principales consecuencias se incluyen lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis (golpes y moretones) hasta discapacidades crónicas e incluso llegar a la muerte (14,15). Asimismo, Torres R, Pérez (16) nos menciona que esta violencia afecta gravemente la salud mental, impidiendo que las personas afectadas puedan llevar una vida equilibrada. En este contexto, la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas puede estar relacionada, en parte, con una reducción en la inmunidad derivada del estrés crónico provocado por el maltrato.

1.1.2 Descripción del problema

En los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del distrito de Cajamarca (18), se ha podido observar que las usuarias presentan alteraciones en su salud mental evidenciadas por patrones biológicos alterados como trastornos del sueño, del apetito, fatiga crónica y síntomas emocionales como angustia, ansiedad o tristeza persistente. Estas manifestaciones clínicas suelen estar asociadas al contexto de violencia conyugal que enfrentan. A pesar de ello, se ha evidenciado que la mayoría de estas mujeres no han recibido atención especializada en salud mental, incluso después de permanecer aproximadamente seis meses en seguimiento. Según datos del Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres (19), en el año 2022 se reportaron más de 6,500 casos de violencia familiar y conyugal atendidos en los CEM de Cajamarca, y menos del 30% de los casos recibieron derivación o atención psicológica efectiva dentro del sistema de salud.

Por ello la presente investigación se centró en el análisis de la la relación entre la violencia conyugal y la afectación de la salud mental en mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca, identificando las características de las mujeres que sufren violencia conyugal en sus dimensiones como la dependencia, el aislamiento, el afrontamiento, el optimismo y la resiliencia, así como las características manifestadas en la salud mental en sus dimensiones de optimismo, afrontamiento, resiliencia y bienestar físico y proponer estrategias que contribuyan a mitigar dichas afectaciones; para ello, se tomó como periodo de análisis el año 2023, con una muestra conformada por mujeres mayores de 18 años que accedieron a los servicios de los CEM y presentaron signos clínicos compatibles con afectación en su salud mental.

1.1.3 Formulación del problema

Pregunta General

¿Qué relación existe entre la violencia conyugal y la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca 2023?

Preguntas específicas

- ¿Cómo se caracteriza la violencia conyugal en sus dimensiones, vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento en las mujeres atendidas?
- ¿Cómo se caracteriza la salud mental en sus dimensiones, optimismo, resistencia, afronte y bienestar físico en las mujeres atendidas?
- ¿Cuál es la relación estadística entre la violencia conyugal y las dimensiones de la salud mental: optimismo, resistencia, afronte y bienestar físico?
- ¿Qué relación que existe entre la salud mental y las dimensiones de la violencia conyugal: vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento?

1.2 Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica. La presente investigación responde a la necesidad de generar conocimiento científico en torno a las características psicosociales y el estado de salud mental de las mujeres víctimas de violencia conyugal en el distrito de Cajamarca, específicamente aquellas atendidas en los Centros de Emergencia Mujer (CEM). Esta población representa un grupo altamente vulnerable cuyas afectaciones psicológicas derivadas de la violencia aún no han sido suficientemente documentadas desde un enfoque integral y multidimensional.

El estudio llena un vacío de conocimiento al analizar la interacción entre dimensiones específicas de la violencia conyugal (vulnerabilidad, indefensión, dependencia y

aislamiento) y componentes claves de la salud mental (optimismo, resistencia, afrontamiento y bienestar físico). Aporta una mirada profunda sobre cómo estas dimensiones se relacionan y afectan el bienestar emocional de las mujeres, ofreciendo evidencia empírica actualizada que apoya teorías del trauma, la indefensión aprendida y los modelos psicosociales del daño psicológico.

1.2.2. Justificación técnica-práctica

El estudio sobre la violencia conyugal y su repercusión en la salud mental fue de gran relevancia debido a la creciente incidencia de este problema en Perú, especialmente en regiones como Cajamarca. La investigación fue original al integrar un enfoque interdisciplinario que abordó tanto los efectos psicológicos como las posibles estrategias de intervención. Este estudio resolvió la falta de información contextualizada sobre cómo la violencia en el hogar afectó la salud mental de las mujeres, identificando factores clave que permitieron mejorar su bienestar. Fue conveniente porque proporcionó herramientas útiles para los profesionales de la salud y las autoridades, permitiendo diseñar políticas públicas y programas preventivos más eficaces. Su trascendencia radicó en su potencial para contribuir a la construcción de una sociedad más equitativa y libre de violencia. Los principales beneficiados fueron las mujeres víctimas de violencia, quienes accedieron a mejor atención psicológica, así como las instituciones encargadas de implementar políticas de salud pública.

1.2.3. Justificación institucional y personal

La investigación sobre la violencia conyugal y su relación en la salud mental tuvo una alta utilidad e importancia institucional, ya que contribuyó directamente al fortalecimiento de los programas de salud pública y bienestar social implementados por entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales en el Perú. Esta investigación proporcionó una base científica sólida para el diseño de políticas y estrategias de intervención orientadas a la prevención y tratamiento de las consecuencias psicológicas de la violencia conyugal, especialmente en la región de Cajamarca.

En cuanto a la experiencia y conocimiento del investigador, se contó con una sólida formación académica en el área de salud pública y psicología, así como con una trayectoria previa en investigación sobre violencia y salud mental. Esta experiencia garantizó un enfoque riguroso y ético en la ejecución del estudio. El ejecutor del proyecto estuvo altamente capacitado y motivado para desarrollar la investigación, lo que aseguró el cumplimiento de los objetivos planteados y la obtención de resultados significativos que aportaron al conocimiento y a la mejora de la atención a las víctimas de violencia conyugal en el país.

1.3 Delimitación de la investigación

La presente investigación se delimitó para garantizar su viabilidad, confiabilidad y rigor científico en los aspectos técnico, teórico, metodológico, ético, cultural, social, temporal, espacial, administrativo y económico. Se empleó un diseño no experimental, transversal y correlacional, utilizando un cuestionario estructurado validado por juicio de expertos y con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.745, lo que asegura la

confiabilidad de los datos. El estudio se sustentó en teorías sobre violencia conyugal, estrés postraumático, resiliencia, modelo biopsicosocial e indefensión aprendida, integradas y contextualizadas a la realidad local, metodológicamente, adoptó un enfoque cuantitativo, aplicándose a una muestra de 67 mujeres seleccionadas mediante muestreo no probabilístico, víctimas de violencia conyugal registradas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca, en el plano ético, se respetaron los principios de investigación, obteniéndose el consentimiento informado, resguardando la confidencialidad. Además, se consideraron las particularidades socioculturales de Cajamarca, adaptando el proceso de sensibilización y recolección de datos al contexto social y cultural, la misma que se realizó entre enero y junio de 2023, y la ejecución total del proyecto, incluido el análisis y la presentación de resultados, comprendió el período de enero a diciembre del mismo año. El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, específicamente en el Centro de Emergencia Mujer Regular, ubicado en Jr. Tarapacá N.º 714, y en el Centro de Emergencia Mujer Comisaría, situado en la intersección del Jr. Ayacucho con Jr. Amazonas. Finalmente, la investigación fue financiada con recursos propios del investigador, contando con apoyo logístico básico para su desarrollo.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la violencia conyugal y la salud mental de las mujeres atendida en los dos Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca, 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la violencia conyugal en sus dimensiones, vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento en las mujeres atendidas.
- Caracterizar la salud mental en sus dimensiones, optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico en las mujeres atendidas.
- Medir la relación estadística entre la violencia conyugal y las dimensiones de la salud mental: optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico
- Probar estadísticamente la relación que existe entre la salud mental y las dimensiones de la violencia conyugal: vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Inostroza et al. (20), en su investigación realizada en Chile en 2022, encontraron que las mujeres que experimentaron violencia presentaron un mayor nivel de síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida. Los análisis multivariados indicaron que la violencia, junto con los síntomas depresivos y la desesperanza, explican el 58% de la variación en la ideación suicida. Además, la experiencia de violencia aumentó tres veces el riesgo de intento de suicidio, mientras que los síntomas depresivos y la desesperanza mostraron una influencia menor. Se identificaron algunas diferencias en las asociaciones observadas entre el grupo de estudiantes y el grupo de consultantes de salud mental. En la discusión, los autores destacan que la violencia constituye un factor de riesgo significativo para el comportamiento suicida en mujeres, por lo que su abordaje debe incorporarse en las estrategias de prevención.

Torres & Pérez (21), en su estudio realizado en México en 2022, observaron que las mujeres que han experimentado violencia de género en sus relaciones conyugales presentan niveles elevados de trastornos de estrés postraumático, depresión mayor y ansiedad crónica. Además, reportaron aislamiento social significativo y menor calidad de vida. Concluyeron que la violencia de género genera efectos a largo plazo en la salud mental, recomendando políticas públicas de atención integral con apoyo psicológico y social.

Smith & Johnson (22), en su estudio longitudinal desarrollado en Estados Unidos en 2022, analizaron los efectos psicológicos prolongados en sobrevivientes de violencia

de pareja. Hallaron presencia de trastornos depresivos crónicos, ansiedad persistente y dificultades para establecer relaciones estables. El estudio evidenció que los efectos de la violencia conyugal persisten incluso después de cesar la violencia, destacando la importancia de intervenciones terapéuticas a largo plazo.

Miller, Decker & McCauley (23), en su revisión global realizada en 2021, identificaron que las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas íntimas tienen un riesgo significativamente mayor de padecer depresión, trastornos de ansiedad y conductas suicidas. Las mujeres expuestas a episodios repetidos mostraron síntomas más graves. Recomendaron políticas públicas integradas que aborden la violencia y ofrezcan apoyo psicológico especializado.

Fernández & Martínez (24), en su estudio de casos realizado en Chile en 2021, encontraron que las mujeres que sufren violencia conyugal crónica tienen alto riesgo de ansiedad generalizada, depresión y tendencias suicidas. Se evidenció también una marcada resistencia a buscar ayuda profesional por temor al estigma. Los autores propusieron campañas de sensibilización y programas psicológicos especializados.

Khan & Hussain (25), en su estudio transversal realizado en Pakistán en 2020, evidenciaron que las mujeres rurales víctimas de violencia doméstica presentaron altos niveles de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Las afectadas por violencia física y psicológica mostraron mayor prevalencia de estos trastornos. Concluyeron que la violencia doméstica es un determinante crítico de la salud mental femenina en zonas rurales, y recomendaron intervenciones comunitarias.

Silva I. (26), en su tesis realizada en Perú en 2024, analizó a mujeres víctimas de violencia familiar que acudieron a la comisaría de familia de Huancayo. Encontró que el 80% de las participantes presentaban síntomas de depresión leve a severa. Concluyó que la violencia intrafamiliar constituye un factor de riesgo crítico para la salud mental y que es fundamental implementar intervenciones psicológicas desde los servicios de atención primaria.

Casanova M. (27), en su estudio realizado en Perú en 2023, reportó que durante el confinamiento se incrementaron en un 67% los casos de violencia contra mujeres, acompañados de un aumento del 55% en los cuadros de ansiedad y un 48% en los de depresión. Señaló que las políticas públicas deben priorizar la protección de las mujeres en contextos de crisis sanitarias para mitigar estos efectos psicológicos.

Gonzales D.R. (28), en su tesis desarrollada en Perú en 2023, investigó a mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Determinó que el 72% de las mujeres evaluadas presentó síntomas depresivos moderados a severos, el 64% niveles significativos de ansiedad y el 38% trastorno de estrés postraumático. Concluyó que la violencia de pareja incrementa significativamente el riesgo de trastornos mentales y que es necesario establecer estrategias integrales en salud mental.

Carrión F. et al. (29), en su estudio realizado en Ucayali, Perú, en 2021, analizaron la relación entre violencia hacia la mujer y estrategias de afrontamiento en madres de familia. Identificaron una relación inversa y significativa ($\rho = -0.147^*$) entre violencia y afrontamiento centrado en el problema, concluyendo que a mayor violencia, menor es el uso de estrategias activas de resolución.

González M.A. & López C. (30), en su investigación desarrollada en Perú en 2020, examinaron el impacto de la violencia conyugal en la salud mental de mujeres en contextos urbanos. Encontraron una alta prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad y estrés postraumático en mujeres que sufrían violencia física y psicológica. Pese al mayor acceso a servicios de salud en áreas urbanas, aún persisten barreras significativas para recibir atención adecuada. Recalaron la urgencia de mejorar la accesibilidad a servicios especializados.

Nakazaki L. (31), en Lima en 2020, realizó un estudio de caso sobre la afectación psicológica en una mujer adulta víctima de violencia de género. A través de un peritaje psicológico se evidenciaron indicadores de afectación emocional, cognitiva y conductual. Estos hallazgos permitieron al magistrado aplicar medidas de protección a la víctima, destacando el valor de la psicología forense en los procesos judiciales.

Pérez D. (32), en su estudio realizado en Cajamarca en 2023, analizó una muestra de 116 personas adultas. Utilizó un diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, aplicando cuestionarios sobre características sociodemográficas y violencia familiar. El estudio permitió identificar una alta prevalencia de violencia en esta población, así como características clave que pueden orientar futuras intervenciones en salud mental y prevención de la violencia en la región.

Escalante G. et al. (33), en Cajamarca en 2020, realizaron una investigación sobre Violencia familiar y dependencia emocional en mujeres del distrito de Los Baños del Inca. Encontraron una relación positiva alta entre violencia y dependencia emocional, evidenciada por un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r = 0.645$. Este

resultado refleja una asociación significativa entre ambas variables, lo que sugiere la necesidad de atención psicológica oportuna para mitigar sus efectos. Concluyeron que existe una relación significativa entre ambas variables, lo que resalta la urgencia de diseñar estrategias integrales que aborden simultáneamente la violencia y la dependencia emocional en este contexto local.

2.2. Marco epistemológico de la investigación

Esta investigación se basa en fundamentos teóricos y paradigmas filosóficos que permiten una comprensión profunda de la relación entre violencia conyugal y salud mental, como parte de un fenómeno multidimensional que involucra aspectos sociales, psicológicos, culturales y de salud. A través de estos saberes, se busca validar y contextualizar las variables que influyen en el bienestar psicoemocional de las víctimas de violencia conyugal.

El estudio se fundamenta principalmente en dos enfoques epistemológicos:

- **Positivismo:** Este paradigma sustenta la idea de que el conocimiento sobre la violencia conyugal y sus efectos en la salud mental puede ser adquirido mediante métodos científicos y empíricos, a través de la observación, cuantificación y experimentación. A través de este enfoque, las variables como el estrés postraumático, ansiedad, depresión, y otros trastornos psicoemocionales, son medibles y analizados objetivamente para establecer causalidad (34)
- **Constructivismo:** Desde una perspectiva cualitativa, el constructivismo permite comprender cómo las experiencias personales de las víctimas de violencia conyugal influyen en su percepción de la realidad y en su salud mental. Este enfoque considera que los individuos construyen su conocimiento a partir de su contexto y

vivencias, lo cual es esencial al investigar cómo los eventos de violencia conyugal impactan emocionalmente a las personas (35).

2.3. Marco doctrinal de las teorías.

2.3.1. Teoría ecológica de Bronfenbrenner

La teoría ecológica del desarrollo humano, propuesta por Bronfenbrenner U. en la década de 1970, postula que el comportamiento humano y el desarrollo individual están moldeados por una interacción dinámica entre la persona y su entorno, el cual se organiza en sistemas interdependientes: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (36).

- **Microsistema:** Comprende los contextos inmediatos de la persona, como la familia y la pareja, donde ocurren las interacciones más directas. En situaciones de violencia conyugal, este nivel explica la exposición cotidiana al maltrato y sus efectos en la salud mental.
- **Mesosistema:** Se refiere a la interrelación entre diversos microsistemas, como la conexión entre la familia y las instituciones de apoyo (salud, justicia, educación). Un entorno con redes de apoyo sólidas puede mitigar el impacto de la violencia.
- **Exosistema:** Incluye contextos en los que la persona no participa directamente, pero que influyen en su vida, como las políticas públicas, los servicios comunitarios y las condiciones laborales. La falta de recursos estatales para atender la violencia de género puede perpetuar el daño psicológico.
- **Macrosistema:** Engloba las creencias culturales, normas sociales, ideologías y valores que legitiman o rechazan la violencia. Sociedades con patrones patriarcales arraigados tienden a normalizar conductas violentas en la pareja, dificultando la ruptura del ciclo de maltrato.

Investigaciones recientes confirman la vigencia de este modelo para comprender la violencia conyugal en contextos de vulnerabilidad. García et al. (2021) hallaron que la interacción entre factores familiares y macrosociales determina la persistencia de la violencia en mujeres rurales, mientras que López & Ramírez (2022) demostraron que las políticas públicas inclusivas y la educación comunitaria reducen la exposición a la violencia y sus efectos psicológicos (37,38).

En el presente estudio, la teoría ecológica de Bronfenbrenner proporciona un marco integral para analizar cómo los diferentes niveles del entorno influyen en la violencia conyugal y su repercusión en la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca. Al considerar factores individuales (autoestima, afrontamiento), familiares (dinámica conyugal), institucionales (servicios de salud mental) y culturales (roles de género y creencias sociales), esta teoría permite comprender la complejidad del fenómeno y sustenta la necesidad de intervenciones multisectoriales para abordar la problemática de manera efectiva.

2.3.2. El modelo del laberinto patriarcal y el amor romántico

El modelo del laberinto patriarcal, propuesto por Sampedro P. en 2005, sostiene que las relaciones de pareja en contextos patriarcales se configuran bajo un entramado de normas, creencias y valores que reproducen desigualdades de poder entre hombres y mujeres (38). Dentro de este modelo, el amor romántico se presenta como un ideal cultural caracterizado por la exclusividad, la incondicionalidad y el sacrificio total, atributos que colocan a la mujer en una posición de entrega absoluta dentro de la relación.

Este ideal, lejos de fomentar vínculos igualitarios, promueve dinámicas de dependencia emocional y subordinación afectiva, donde la identidad y el bienestar de la mujer suelen supeditarse a la relación de pareja. En este contexto, se desarrollan mitos como *“el amor todo lo puede”*, *“el amor verdadero implica sufrimiento”* o *“los celos son una prueba de amor”*, que normalizan la desigualdad y pueden llevar a las mujeres a justificar la violencia como parte inherente del vínculo afectivo.

El modelo también explica que, mientras la mujer interioriza el mandato cultural de la entrega incondicional, el hombre, influenciado por patrones patriarcales, asume el amor como posesión y control, lo que puede derivar en celos, conductas de vigilancia y violencia física, psicológica o sexual cuando percibe una amenaza a su dominio (39).

Este “laberinto” no es solo individual, sino estructural, pues las creencias sociales y los roles de género aprendidos desde la infancia alimentan estas dinámicas, haciendo que la víctima internalice la culpa y permanezca en relaciones dañinas, mientras la sociedad reproduce mensajes que refuerzan la desigualdad y dificultan la ruptura del ciclo violento.

En el presente estudio, el modelo del laberinto patriarcal y el amor romántico permitió comprender la raíz sociocultural de la violencia conyugal, mostrando cómo las creencias sobre el amor y el rol femenino en la pareja influyen en la subordinación afectiva y la tolerancia al maltrato. Al analizar la violencia conyugal en mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer, este modelo facilita interpretar cómo los mitos del amor romántico y la estructura patriarcal del contexto

pueden condicionar la salud mental, perpetuando dinámicas de dependencia emocional y limitando la capacidad de afrontamiento ante la violencia.

2.3.3. El ciclo de la violencia de Walker

El **ciclo de la violencia**, propuesto por **Walker L.** en 1979, describía la naturaleza repetitiva y progresiva de la violencia conyugal a través **de** tres fases principales:

- **Fase de acumulación de tensión:** Se caracterizaba por un incremento gradual de conflictos en la relación, con la presencia de agresiones psicológicas, hostilidad verbal, humillaciones y comportamientos de control emocional. La víctima, en esta etapa, tendía a minimizar la gravedad de las agresiones, asumiendo actitudes sumisas con la esperanza de evitar la violencia física.
- **Fase de explosión:** Correspondía al momento en que la tensión acumulada se transformaba en violencia física, psicológica o sexual, con la aparición de episodios agudos y, en ocasiones, extremos. En esta fase, la víctima experimentaba miedo intenso, lesiones físicas y daño psicológico, generando sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad.
- **Fase de reconciliación o luna de miel:** Se presentaba después del episodio violento, cuando el agresor expresaba arrepentimiento, prometía cambiar y adoptaba conductas afectivas que confundían a la víctima. Este aparente arrepentimiento generaba en la víctima esperanza de transformación en la relación, reforzando el vínculo de dependencia emocional y dificultando la ruptura del ciclo.

Con el tiempo, este patrón tendía a acortarse y volverse más frecuente, reduciendo la fase de reconciliación y aumentando la severidad de las agresiones, lo que incrementaba el riesgo para la vida y la salud mental de la víctima (40-42).

En el presente estudio, el ciclo de la violencia de Walker sirvió como marco explicativo para comprender la dinámica repetitiva y progresiva de la violencia conyugal y su relación con la afectación psicológica de las mujeres participantes. Este modelo permitió interpretar cómo la alternancia entre tensión, violencia y aparente arrepentimiento condicionó la permanencia de las víctimas en relaciones violentas y contribuyó al deterioro de su salud mental, especialmente en aspectos relacionados con el afrontamiento, la resiliencia y el bienestar emocional.

2.3.4. Vulnerabilidad psicosocial en mujeres víctimas de violencia

La vulnerabilidad psicosocial se definía como una condición temporal o estructural que limitaba la capacidad de respuesta de las personas ante situaciones adversas. En el contexto de la violencia conyugal, este concepto describía el estado de indefensión emocional y social que experimentaban las mujeres expuestas a agresiones continuas, las cuales afectaban su autoestima, redes de apoyo y percepción de autoeficacia (43).

Las mujeres en situación de violencia presentaban con frecuencia mecanismos de afrontamiento deteriorados, sentimientos de culpa y vergüenza, así como un progresivo aislamiento social, lo que incrementaba su dependencia emocional y reducía sus posibilidades de buscar ayuda. Esta vulnerabilidad no solo era producto de la experiencia de violencia, sino también del contexto sociocultural que, en muchos casos, normalizaba el maltrato y limitaba el acceso a recursos institucionales y comunitarios de protección (44).

En el presente estudio, la vulnerabilidad psicosocial se incorporó como un elemento clave para comprender por qué las mujeres víctimas de violencia conyugal

presentaron mayores niveles de afectación en su salud mental. Analizar esta condición permitió explicar la presencia de baja resiliencia, escaso afrontamiento y disminución del bienestar emocional en la población estudiada, lo que reforzó la necesidad de intervenciones psicológicas y sociales orientadas a fortalecer sus recursos internos y redes de apoyo.

2.3.5. Teoría de la indefensión aprendida de Seligman

La teoría de la indefensión aprendida, propuesta por Seligman M. en la década de 1970, sostenía que cuando una persona era expuesta de forma continua a situaciones aversivas de las cuales no podía escapar, desarrollaba una percepción de falta de control, lo que conducía a pasividad, desesperanza y deterioro emocional (45). Esta respuesta psicológica ocurría porque la persona interiorizaba la idea de que, sin importar sus acciones, no lograría modificar su situación, lo que generaba una disminución progresiva en la motivación para actuar o buscar ayuda.

En el contexto de la violencia conyugal, esta teoría explicaba por qué muchas mujeres permanecían en relaciones abusivas a pesar de los daños físicos y emocionales sufridos. La exposición prolongada a episodios de violencia generaba un estado de resignación y sumisión, que afectaba tanto la autoestima como la capacidad de afrontamiento.

En el presente estudio, la teoría de la indefensión aprendida sirvió para comprender cómo la exposición continua a la violencia conyugal condujo a la pasividad y afectó la salud mental de las mujeres participantes. Este marco teórico permitió explicar la presencia de síntomas como baja resiliencia, desesperanza y afrontamiento

limitado en la población estudiada, evidenciando la necesidad de intervenciones que restauraran el sentido de control y autonomía en las víctimas.

2.3.6. Dependencia emocional y relaciones disfuncionales

La dependencia emocional se definía como un patrón disfuncional de apego caracterizado por una autoimagen negativa, necesidad excesiva del otro y creencias distorsionadas sobre el amor, como la idea de que el sufrimiento o el sacrificio eran necesarios para mantener la relación (47). Este patrón afectivo favorecía la permanencia en relaciones violentas, pues la víctima mantenía la expectativa de cambio en el agresor y una percepción de incapacidad para vivir sin él.

Además, la dependencia emocional se acompañaba de mecanismos de negación y autoengaño, donde la víctima minimizaba la gravedad del maltrato, se culpabilizaba por la situación y justificaba al agresor, lo que fortalecía la desigualdad emocional y el control psicológico en la relación (48).

En el presente estudio, la dependencia emocional permitió interpretar por qué muchas mujeres permanecieron en relaciones violentas a pesar del daño físico y psicológico sufrido. Este marco conceptual explicó cómo la baja autoestima, la subordinación afectiva y la idealización de la pareja incrementaron la vulnerabilidad emocional y contribuyeron al deterioro de la salud mental en las participantes.

2.3.7. Modelo biopsicosocial de la salud

El modelo biopsicosocial, desarrollado por Engel G. en 1977, planteaba que la salud y la enfermedad eran el resultado de la interacción dinámica entre factores

biológicos, psicológicos y sociales, rompiendo con la visión reduccionista del modelo biomédico tradicional (49). Desde este enfoque, la violencia conyugal no solo afectaba la integridad física de la víctima, sino también su bienestar emocional, cognitivo y social, impactando en la calidad de vida y en la capacidad de adaptación a las demandas del entorno.

Este modelo promueve un abordaje integral e interdisciplinario en la atención de la salud, considerando el contexto cultural, las redes de apoyo y las experiencias psicológicas de la persona, además de los síntomas físicos o clínicos.

En el presente estudio, el modelo biopsicosocial proporcionó el marco teórico para analizar la violencia conyugal y sus consecuencias desde una perspectiva holística, evidenciando cómo los factores físicos, psicológicos y sociales interactuaron para afectar la salud mental de las mujeres. Este enfoque justificó la necesidad de estrategias de intervención que incluyeran atención médica, apoyo psicológico y fortalecimiento de redes comunitarias para favorecer la recuperación integral de las víctimas.

2.3.8. Consecuencias de la violencia en la salud mental

La violencia conyugal produce un conjunto de consecuencias graves en la salud mental de la mujer, que incluyen alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales de gran impacto. Entre las secuelas más frecuentes se encuentran el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, la ansiedad generalizada, los síntomas psicósomáticos, la disminución de la autoestima y, en muchos casos, la pérdida de sentido vital (51).

Estas afectaciones no solo se limitan a la etapa en que ocurre la violencia, sino que pueden persistir a largo plazo, interfiriendo en la funcionalidad personal, familiar y social de las víctimas. En este contexto, Lorente M. (1998) propone el Síndrome de Agresión a la Mujer (SAM), describiéndolo como un conjunto de daños psicológicos crónicos que perduran más allá de los episodios de maltrato y que pueden manifestarse en forma de ansiedad recurrente, síntomas depresivos, sentimientos de indefensión y dificultades para establecer relaciones afectivas saludables (52).

En el presente estudio, el análisis de las consecuencias de la violencia conyugal permitió comprender cómo las experiencias de maltrato afectaron la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca. Este enfoque facilitó la interpretación de los síntomas de ansiedad, depresión, bajo afrontamiento y disminución del bienestar emocional que se evidenciaron en la población estudiada, justificando la necesidad de intervenciones psicológicas integrales para la recuperación de las víctimas.

2.3.9. Síndrome de maltrato a la mujer y daño neuropsicológico

El síndrome de maltrato a la mujer engloba tanto las lesiones físicas como las alteraciones psicológicas que resultan de la exposición sostenida a situaciones de violencia. Estas experiencias pueden generar daños neuropsicológicos a través de tres mecanismos principales:

- **Traumatismo craneoencefálico**, producido por agresiones físicas que afectan directamente estructuras cerebrales relacionadas con la memoria, la atención y la regulación emocional.

- **Estrés postraumático**, que provoca una hiperactivación del sistema nervioso, interfiriendo con los procesos de regulación afectiva y cognitiva.
- **Exposición prolongada al cortisol**, hormona asociada al estrés crónico, que **altera** regiones cerebrales como el hipocampo y la amígdala, impactando negativamente la memoria, el procesamiento emocional y la toma de decisiones (53-54).

Como consecuencia, las víctimas presentan con frecuencia dificultades en la memoria, la atención, el procesamiento emocional y la regulación conductual, lo que incrementa el riesgo de trastornos afectivos y deterioro de las habilidades cognitivas necesarias para el funcionamiento cotidiano.

En el presente estudio, el análisis del síndrome de maltrato a la mujer y del daño neuropsicológico permitió comprender cómo la exposición prolongada a la violencia conyugal afectó no solo la salud mental, sino también las funciones cognitivas de las mujeres participantes. Este marco teórico ayudó a interpretar la presencia de síntomas de alteración emocional, déficit atencional y deterioro en el procesamiento cognitivo observados en la población estudiada.

2.3.10. Modelo integral de salud mental

El modelo integral de salud mental, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona **reconoce** sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, trabaja de manera productiva y contribuye a su comunidad (55,56). Este modelo considera la salud mental como un componente inseparable de la salud general, vinculándola tanto al bienestar individual como al funcionamiento social.

Desde la perspectiva humanista-crítica, Fromm E. sostiene que la salud mental no puede entenderse de forma aislada del contexto sociocultural. Plantea que en sociedades patológicas, ciertos niveles de sufrimiento y disfunción pueden normalizarse, limitando el desarrollo humano pleno (57-60). Por ello, la salud mental implica no solo equilibrio emocional y adaptación, sino también la capacidad de resistencia ética frente a estructuras sociales opresivas y modelos culturales alienantes (61-63).

Adicionalmente, este modelo reconoce que la salud mental está influenciada por determinantes sociales como la educación, la pobreza y el acceso a servicios de salud, los cuales pueden favorecer o limitar el bienestar psicológico y la resiliencia emocional.

En el presente estudio, este modelo permitió analizar cómo la violencia conyugal afectó el equilibrio emocional, la capacidad de afrontamiento y el bienestar social de las mujeres participantes, mostrando que la salud mental fue impactada más allá del síntoma clínico, alcanzando dimensiones sociales, éticas y culturales.

2.3.11. Modelo del optimismo, bienestar y afrontamiento

El modelo del optimismo y afrontamiento propone que una actitud optimista favorece la resiliencia psicológica, reduce el impacto del estrés y promueve estrategias de afrontamiento centradas en la solución. Las personas con mayor optimismo muestran mayor proactividad, presentan menos síntomas físicos asociados al estrés y mantienen mayor estabilidad emocional ante eventos adversos (64-65).

Asimismo, este modelo destaca que el optimismo no implica negar la realidad, sino interpretarla con una disposición que facilita la búsqueda de soluciones y recursos

emocionales para enfrentar situaciones complejas, incluyendo la violencia de pareja.

En el presente estudio, este modelo sirvió para explicar cómo las mujeres que manifestaron mayores niveles de optimismo utilizaron estrategias de afrontamiento más adaptativas, lo que redujo el impacto psicológico de la violencia en comparación con quienes presentaron actitudes más pesimistas.

2.3.12. Modelo de resistencia y salud mental comunitaria

El modelo de resistencia y salud mental comunitaria señala que la salud mental trasciende el bienestar individual, incluyendo dimensiones éticas, colectivas y políticas. La resistencia se define como una postura activa frente a sistemas sociales que deshumanizan, exigiendo el compromiso con la dignidad, la libertad y la justicia, así como el rechazo al conformismo y la patologización de la diferencia (66-67).

Además, este modelo plantea que la resiliencia comunitaria y la organización social contribuyen a la salud mental colectiva, generando redes de apoyo que fortalecen la capacidad de recuperación emocional ante situaciones de violencia o exclusión social.

En el presente estudio, este modelo permitió interpretar cómo la construcción de redes de apoyo y la resistencia comunitaria fortalecieron la capacidad de recuperación emocional en las mujeres afectadas por la violencia conyugal.

2.3.13. Modelo de bienestar físico y salud mental

El modelo de bienestar físico y salud mental plantea que la salud integral comprende dimensiones físicas, psicológicas y sociales interrelacionadas. Promueve la alimentación saludable, la actividad física regular, el descanso adecuado y el fortalecimiento de redes de apoyo como elementos que previenen enfermedades y favorecen el equilibrio emocional y la calidad de vida (68).

Además, este modelo subraya la importancia del autocuidado y la prevención primaria como pilares para mantener un estado de salud que integre cuerpo, mente y entorno social de forma armónica.

En el presente estudio, este modelo facilitó la comprensión de cómo el deterioro físico y el aislamiento social afectaron el bienestar psicológico de las mujeres, mostrando la necesidad de un abordaje integral para su recuperación.

2.3.14. Modelo de atención y respuesta institucional

El modelo de atención y respuesta institucional frente a la violencia contra la mujer propone un abordaje intersectorial y territorializado, con protocolos de riesgo, atención permanente, infraestructura adecuada y coordinación entre salud, justicia y protección social (69). Este modelo exige que la atención sea centrada en la víctima, con intervenciones especializadas e integrales.

Asimismo, reconoce que la efectividad de la respuesta institucional depende de la articulación entre diferentes sectores y de la disponibilidad de recursos humanos capacitados para garantizar una atención oportuna y de calidad.

En el presente estudio, este modelo permitió evaluar la forma en que la respuesta institucional impactó el acceso a servicios de salud mental y protección social en las mujeres afectadas por la violencia conyugal.

2.3.15. Modelo de Aprendizaje Social de Bandura

El modelo de aprendizaje social, propuesto por Bandura A., sostiene que el comportamiento humano se adquiere principalmente a través de la observación, imitación y modelado de conductas presentes en el entorno (70). Este aprendizaje vicario explica que las personas interiorizan patrones conductuales no solo por experiencia directa, sino también al observar las consecuencias que reciben quienes actúan como modelos en su contexto familiar, social o cultural.

Cuando la violencia conyugal se presenta de manera prolongada, las víctimas incorporan modelos de sumisión y afrontamiento disfuncionales, percibiendo la agresión como algo inevitable o incluso normalizado. Este proceso afecta la autoestima, limita la capacidad de respuesta adaptativa y refuerza dinámicas de dependencia emocional que perpetúan la permanencia en relaciones abusivas. Además, este modelo explica que las víctimas pueden desarrollar creencias de indefensión y baja autoeficacia, lo que incrementa el riesgo de problemas emocionales como ansiedad, depresión y estrés postraumático. (70)

Por otro lado, el aprendizaje social reconoce que las normas culturales y los roles de género influyen en la forma en que la violencia es percibida, justificada o silenciada, condicionando la manera en que las víctimas asumen y afrontan el maltrato en su vida cotidiana.

En el presente estudio, este modelo permitió analizar cómo la exposición prolongada a la violencia conyugal condujo a la interiorización de patrones de sumisión y afrontamiento disfuncionales en las mujeres participantes, lo que afectó su salud mental y explicó la dificultad para romper el ciclo de violencia y reconstruir redes de apoyo emocional.

2.3.16. Modelo de intervención en las consecuencias del maltrato

El modelo de intervención en las consecuencias del maltrato plantea un abordaje multidisciplinario y centrado en la víctima, dirigido tanto a reparar el daño físico y psicológico como a prevenir secuelas mortales, tales como suicidio o feminicidio, y no mortales, como síntomas físicos y emocionales persistentes (71).

Adicionalmente, propone la integración de terapias psicológicas, atención médica especializada, apoyo legal y acompañamiento social para garantizar la recuperación integral de las víctimas y evitar la revictimización.

En el presente estudio, este modelo permitió proponer estrategias de intervención que atendieron las consecuencias biopsicosociales del maltrato, con énfasis en la recuperación emocional, física y social de las víctimas.

2.4 Marco conceptual

El presente estudio se fundamenta en dos constructos centrales: la violencia conyugal y la salud mental, abordados desde perspectivas teóricas y conceptuales previamente desarrolladas en esta investigación.

La violencia conyugal se entiende como un conjunto de comportamientos (físicos, psicológicos, sexuales o patrimoniales), ejercidos por uno de los miembros de la pareja contra el otro, con el objetivo de ejercer control, dominio o sometimiento,

afectando la integridad y el bienestar de la persona. Este fenómeno se desarrolla en un entramado de factores personales, familiares, sociales y culturales, y sus manifestaciones se examinan a través de dimensiones como la violencia física, psicológica y sexual, lo que permite comprender su amplitud e impacto (1,24,35).

La salud mental se concibe como un estado de equilibrio que permite a la persona desplegar sus capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. En este estudio, se operacionaliza mediante dimensiones como dependencia, aislamiento, optimismo, resistencia y afrontamiento, que facilitan identificar la manera en que la violencia conyugal incide en el bienestar psicológico y emocional de las mujeres (4,26,46).

La relación entre violencia conyugal y salud mental se sustenta en el reconocimiento de que la primera constituye un factor de riesgo significativo para el deterioro de la segunda. Las secuelas no se limitan a daños físicos, sino que incluyen alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales que pueden derivar en estados de vulnerabilidad e indefensión, así como en la reducción de los recursos personales para afrontar las demandas de la vida diaria (16,34,51).

2.5. Definición de términos básicos

2.5.1 Violencia conyugal

Estado de maltrato que ocurre en la intimidad de una relación de pareja, en el cual uno de sus miembros, sin distinción de género, ejerce poder sobre el otro mediante fuerza, manipulación, control psicológico, agresión física o coerción sexual (72).

2.5.2 Vulnerabilidad

Condición temporal o estructural que reduce la capacidad de un individuo o grupo para anticipar, resistir, recuperarse y acceder a derechos sociales, ante amenazas humanas o naturales. Esta condición es relativa, dinámica y ligada a factores como pobreza, género, etnia y edad (73,74).

2.5.3 Indefensión aprendida

Percepción de que las acciones propias no influyen sobre los eventos adversos del entorno, lo que conduce al abandono de esfuerzos por cambiar circunstancias negativas aunque la situación pueda modificarse (75).

2.5.4 Dependencia emocional

Patrón disfuncional de apego afectivo caracterizado por baja autoestima, miedo intenso a la soledad y necesidad excesiva del otro, que puede perpetuar relaciones violentas mediante falsas esperanzas de cambio (76).

2.5.5 Aislamiento social

Situación de escasos contactos sociales y limitadas oportunidades de interacción frecuente, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional y disminuye los recursos de apoyo (77).

2.5.6 Salud mental

Estado de bienestar en que la persona reconoce sus capacidades, afronta efectivamente el estrés cotidiano, trabaja de manera productiva, establece redes de apoyo social y goza de equilibrio físico, mental y social (55).

2.5.7 Optimismo

Disposición emocional positiva caracterizada por expectativas favorables sobre el futuro, perseverancia ante dificultades y tendencia a alcanzar metas deseadas (78).

2.5.8 Afrontamiento

Conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que habilitan a una persona para manejar o adaptarse a situaciones difíciles o estresantes (79).

2.5.9 Resiliencia (resistencia)

Capacidad individual para adaptarse, enfrentarse y recuperarse después de situaciones adversas, manteniendo o restaurando el nivel funcional previo (80).

2.5.10 Bienestar físico

Estado integral en que la persona percibe equilibrio entre salud corporal, tranquilidad mental y armonía con el entorno social, reflejando una calidad de vida óptima (81).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre la violencia conyugal manifestada por la vulnerabilidad, indefensión, dependencia, aislamiento y la salud mental, manifestada por el deterioro del optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico; de las mujeres atendidas en los centros de emergencia mujer del distrito de Cajamarca en el periodo 2023

3.1.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el nivel de optimismo de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.

H2: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el nivel de resistencia psicológica de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.

H3: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el afrontamiento de situaciones adversas en las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.

H4: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el bienestar físico de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.

3.2. Variables

Variable 1: Violencia conyugal

Dimensiones:

- Vulnerabilidad
- Indefensión
- Dependencia
- Aislamiento

Variable 2: Salud Mental

Dimensiones

- Optimismo
- Afronte
- Resistencia
- Bienestar físico

3.3. Operacionalización de los componentes de las hipótesis

TÍTULO: VIOLENCIA CONYUGAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER DEL DISTRITO DE CAJAMARCA 2023					
Hipótesis	Definición conceptual de las variables	Definición operacional de las variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Hipótesis general: Existe relación significativa entre la violencia conyugal manifestada por la vulnerabilidad, indefensión, dependencia, aislamiento y la salud mental, manifestada por el deterioro del optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico;	La violencia conyugal se refiere a toda conducta abusiva que se da en una relación de pareja, tolerada por la víctima en contextos de vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento.	Violencia conyugal: Se manifiesta mediante respuestas afirmativas en cuestionario estructurado, aplicado a mujeres que han denunciado violencia conyugal	Vulnerabilidad	Capacidad de anticiparse a situaciones de peligro. Participación en la defensa de sus derechos	Cuestionario (4 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 4–5 = Bajo; 6–7 = Medio; 8 = Alto
			Indefensión	Capacidad para tomar decisiones frente al agresor o amenazas.	Cuestionario (3 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 3–4 = Bajo; 5 = Medio; 6 = Alto
			Dependencia	Nivel de autonomía para la realización de actividades diarias Acceso a recursos por sus propios medios	Cuestionario (4 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 4–5 = Bajo; 6–7 = Medio; 8 = Alto

de las mujeres atendidas en los centros de emergencia mujer del distrito de Cajamarca en el periodo 2023. Hipótesis específicas: H1: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el nivel de optimismo de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca. H2: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el nivel de resistencia psicológica de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.			Aislamiento	Frecuencia de contacto con red familiar/amical	Cuestionario (2 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 2 = Bajo; 3 = Medio; 4 = Alto
	La salud mental es el estado en el cual la persona es consciente de sus capacidades, optimista, resiliente, capaz de afrontar problemas y goza de bienestar físico	Salud Mental .- Se manifiesta mediante la puntuación en las dimensiones evaluadas con un cuestionario validado	Optimismo	Expectativas positivas del futuro Nivel de esperanza ante cambios Capacidad de visualizar metas personales	Cuestionario (3 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 3-4 = Bajo; 5 = Medio; 6 = Alto
			Resistencia	Capacidad para recuperarse de hechos difíciles.	Cuestionario (6 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 6-8 = Bajo; 9-10 = Medio; 11-12 = Alto
			Afronte	Capacidad para manejar situaciones difíciles. Manejo emocional frente al estrés.	Cuestionario (6 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo:

H3: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el afrontamiento de situaciones adversas en las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca. H4: Existe relación significativa entre la violencia conyugal y el bienestar físico de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca.					6–8 = Bajo; 9–10 = Medio; 11–12 = Alto
			Bienestar físico	Frecuencia de síntomas psicosomáticos. Nivel de energía diaria.	Cuestionario (7 ítems, escala dicotómica ordinal Sí/No). Baremo: 7–9 = Bajo; 10–11 = Medio; 12–14 = Alto

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El presente estudio se realizó en el distrito de Cajamarca tomando como referencia El Centro de Emergencia Mujer Regular ubicado en el Jr. Tarapacá N° 714 y el Centro de Emergencia Mujer Comisaria, ubicado en el Jr. Ayacucho intersección con Jr. Amazonas.

4.2. Diseño de la investigación

El estudio fue no experimental porque no se manipularon las variables y transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento del tiempo, brindando una visión instantánea del fenómeno. La naturaleza de este diseño fue coherente porque las experiencias de violencia conyugal y el estado de salud mental de las participantes se evaluaron en su contexto real sin alteraciones externas (83).

Se adoptó un enfoque cuantitativo, centrado en la medición numérica y en el uso de técnicas estadísticas para establecer la relación entre las variables (83).

El alcance correlacional fue apropiado porque permitió determinar el grado de asociación entre la violencia conyugal y la salud mental, sin establecer causalidad (83).

Finalmente, la investigación fue de tipo aplicada, ya que buscó generar información práctica para orientar intervenciones y estrategias de apoyo a mujeres víctimas de violencia (83).

4.3. Métodos de investigación

Método Hipotético-Deductivo

El método hipotético-deductivo será utilizado para formular hipótesis relacionadas con los efectos de la violencia conyugal sobre la salud mental de las mujeres. A partir de una revisión teórica, se formularán suposiciones sobre las posibles relaciones entre las variables estudiadas, las cuales se sometieron a prueba a través de la recolección y análisis de datos (82).

4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

Población

Estuvo conformada por 81 mujeres entre de 18 – 59 años que han sido víctimas de violencia conyugal y que sus casos se encuentran registrados en los centros de emergencia mujer regular y comisaria en el distrito de Cajamarca durante el año 2023.

Muestra:

El tamaño de la muestra estuvo conformado por mujeres que cumplieron con el criterio de inclusión, (de forma probabilística, tipo aleatorización), cuyo marco muestral estuvo conformada por 67 mujeres que han denunciado su situación de violencia conyugal en los CEMs, en el año 2023, la misma que presenta un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%; el cual ha sido determinado utilizando la fórmula matemática siguiente (Gomero-Moreno, ND, 1883).

$$n = \frac{z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z=Nivel de confianza (95%)

P= Probabilidad de éxito (50%)

Q= Probabilidad de fracaso (50%)

E= Nivel de precisión (05%)

N= Población

Selección de muestra

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 81}{(0.05)^2 (81-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{77.79}{1.16}$$

$$n = 67$$

Aunque la población fue de 81 mujeres, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a 67 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Esta decisión se basó en asegurar la pertinencia de los datos, el consentimiento informado, la confidencialidad y la calidad de la información recolectada. El tamaño de muestra fue suficiente y metodológicamente válido para cumplir con los objetivos del estudio.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a las mujeres que:

- Fueron atendidas en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del distrito de Cajamarca durante el periodo de recolección de datos.
- Tenían 18 años o más, asegurando la capacidad legal para brindar consentimiento informado.
- Habían experimentado violencia conyugal de tipo física, psicológica o sexual, confirmada mediante el registro institucional del CEM.
- Aceptaron participar voluntariamente en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a las mujeres que:

- Presentaban diagnósticos psiquiátricos severos previos a la situación de violencia (esquizofrenia, trastorno bipolar, entre otros), dado que estos podrían confundir la evaluación de la salud mental derivada del maltrato.
- No completaron la totalidad de los instrumentos de evaluación aplicados, lo que habría limitado la calidad de los datos recolectados.

Unidad de análisis

- Mujeres víctimas de violencia conyugal

Unidad de observación

- Expedientes de mujeres que fueron víctimas y denunciaron en los CEMs

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, dado que permitió obtener información estandarizada de manera eficiente en la población específica, El instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado, de elaboración propia y validado por juicio de expertos, compuesto por preguntas cerradas con formato dicotómico (Sí / No).

Estructura del cuestionario

El cuestionario fue elaborado por el investigador para evaluar dos variables principales: violencia conyugal y salud mental. Cada una de estas variables se subdividió en cuatro dimensiones específicas, asegurando un análisis detallado de los factores que intervienen en la afectación de la salud mental en contextos de violencia conyugal.

El cuestionario está compuesto por 35 preguntas, distribuidas de la siguiente manera:

- Variable: Violencia Conyugal
 - Dimensión: Vulnerabilidad – 4 preguntas
 - Dimensión: Indefensión – 3 preguntas
 - Dimensión: Dependencia – 4 preguntas
 - Dimensión: Aislamiento – 2 preguntas
- Variable: Salud Mental
 - Dimensión: Optimismo – 3 preguntas
 - Dimensión: Resistencia – 6 preguntas
 - Dimensión: Afrontamiento – 6 preguntas
 - Dimensión: Bienestar Físico – 7 preguntas

Cada una de estas dimensiones permitió abordar de manera específica los factores que pueden influir en la estabilidad emocional de las personas expuestas a situaciones de violencia conyugal.

El cuestionario utilizó un formato de respuestas dicotómicas (Sí/No), lo que facilitó la interpretación y análisis de los datos. Este formato permitió clasificar a los participantes en diferentes niveles de afectación según la presencia o ausencia de determinados síntomas o comportamientos.

El resultado final de cada variable se obtuvo sumando los puntajes de cada dimensión. Se establecieron baremos diferenciados para cada dimensión con el objetivo de categorizar los niveles de afectación de la salud mental en tres rangos:

- Baja afectación (0 - X puntos)
- Moderada afectación (X - Y puntos)
- Alta afectación (Y - Z puntos)

Los puntos de corte fueron definidos con base en la distribución de las respuestas en la muestra y en los criterios teóricos que sustentaron la evaluación de la relación entre la violencia conyugal y la salud mental.

Validez y confiabilidad

Para garantizar la validez del instrumento, se realizó una validez de contenido con la evaluación de expertos en psicología y salud mental, quienes analizaron la pertinencia y relevancia de cada ítem. Además, se efectuó una validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio para identificar la estructura subyacente de las dimensiones evaluadas.

En cuanto a la confiabilidad, se aplicó el Coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniéndose valores superiores a 0.745 en la mayoría de las dimensiones, lo que indica un nivel de consistencia interna adecuado. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto para evaluar la claridad de los ítems y ajustar aquellos que presentaban ambigüedad en la redacción. (ver anexo 1)

Según la tabla observamos un valor de Alfa de Cronbach de 0.745, la cual indica una buena consistencia interna de los 35 ítems en el instrumento de medición, sugiere que el instrumento es fiable y que los ítems están bien alineados para medir el constructo en cuestión. Esto proporciona confianza en la consistencia de las respuestas obtenidas de los participantes. (ver anexo 2)

Baremo de interpretación

Violencia conyugal

Vulnerabilidad

"Sí" = 2 puntos (indicando una mayor vulnerabilidad)

No" = 1 punto (indicando una menor vulnerabilidad)

Rangos de puntuación que corresponden a diferentes niveles de vulnerabilidad:

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Desconocía que se debe tener un plan de seguridad frente a situaciones de violencia?	Sí/No	2/1
¿Desconocía, a dónde acudir, cuando ocurrieron los hechos de violencia?	Sí/No	2/1
¿Desconocía, a qué institución o refugio acudir cuando se dieron los hechos de violencia?	Sí/No	2/1

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Desconocía cuáles son sus derechos frente a situaciones de violencia?	Sí/No	2/1

- **Puntuación Total:** Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- **4-5 puntos:** Baja vulnerabilidad
- **6-7 puntos:** Vulnerabilidad media
- **8 puntos:** Alta vulnerabilidad

Indefensión

"Sí" = 2 puntos (indicando mayor indefensión)

No" = 1 punto (indicando menor indefensión)

Suma de puntuaciones: Suma las puntuaciones de todas las preguntas para obtener una puntuación total para cada participante.

Establecer rangos y categorías: Determina los rangos de puntuación que correspondan a diferentes niveles de indefensión.

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Después de haber sufrido violencia usted decidió no denunciar inmediatamente?	Sí/No	2/1
¿Después de varios hechos de violencia usted decidió denunciar?	Sí/No	2/1
¿Fue una tercera persona que la motivó a denunciar?	Sí/No	2/1

Interpretación de resultados:

- **3-4 puntos:** Baja indefensión
- **5 puntos:** Indefensión media
- **6 puntos:** Alta indefensión

Dependencia

"Sí" = 2 puntos (indica mayor dependencia)

"No" = 1 punto (indica menor dependencia)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Su ex pareja cubre todos o casi todos los gastos de su hogar?	Sí/No	2/1
¿Mantiene comunicación con su ex pareja?	Sí/No	2/1
¿Guarda sentimientos de culpa por haber denunciado?	Sí/No	2/1
¿Siente temor de realizar sola sus actividades diarias?	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 4–5 puntos: **Baja dependencia**
- 6–7 puntos: **Dependencia media**
- 8 puntos: **Alta dependencia**

Aislamiento

"Sí" = 2 puntos (indica mayor aislamiento)

"No" = 1 punto (indica menor aislamiento)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Ante una situación difícil, no busca ayuda o apoyo en otras personas?	Sí/No	2/1
¿Piensa que no cuenta con al menos un familiar en quien confiar?	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 2 puntos: **Bajo aislamiento**
- 3 puntos: **Aislamiento medio**
- 4 puntos: **Alto aislamiento**

Salud mental

Optimismo

"Sí" = 2 puntos (indica mayor afectación)

"No" = 1 punto (indica menor afectación)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Cree que no es necesario tener un proyecto de vida	Sí/No	2/1
Le cuesta disfrutar de sus actividades diarias	Sí/No	2/1

Pregunta	Respuesta	Puntuación
En general piensa que le van a suceder más cosas malas que buenas	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 3–4 puntos: Bajo optimismo
- 5 puntos: Optimismo medio
- 6 puntos: Alto optimismo

Resistencia

☒ "Sí" = 2 puntos (indica mayor afectación)

☒ "No" = 1 punto (indica menor afectación)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
Siente que ha disminuido su rendimiento en el trabajo, estudios o sus quehaceres en la casa	Sí/No	2/1
Siente que no puede sola, con todo el proceso posterior a la denuncia	Sí/No	2/1
Siente que necesita ayuda para continuar con su vida	Sí/No	2/1
Siente que necesita ayuda médica	Sí/No	2/1
Siente que necesita ayuda económica	Sí/No	2/1
Siente que necesita ayuda psicológica	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 6–8 puntos: Baja resistencia
- 9–10 puntos: Resistencia media
- 11–12 puntos: Alta resistencia

Afronte

"Sí" = 2 puntos (indica mayor afectación)

"No" = 1 punto (indica menor afectación)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Llora frecuentemente?	Sí/No	2/1
¿Ha tenido tantas preocupaciones que se le hace difícil pensar con claridad?	Sí/No	2/1
¿Ha perdido interés en las cosas que realiza?	Sí/No	2/1
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	Sí/No	2/1
¿Ha sentido que una o varias personas han tratado de hacerle daño?	Sí/No	2/1
¿Ha decidido no continuar con el proceso de la denuncia?	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 6–8 puntos: Bajo afrontamiento
- 9–10 puntos: Afrontamiento medio
- 11–12 puntos: Alto afrontamiento

Bienestar físico

"Sí" = 2 puntos (indica mayor afectación)

"No" = 1 punto (indica menor afectación)

Baremo Detallado:

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Ha aumentado o disminuido su apetito?	Sí/No	2/1
¿Ha dormido o duerme mucho o duerme muy poco?	Sí/No	2/1
¿Se siente cansado/a, agotado/a con frecuencia?	Sí/No	2/1
¿Ha sentido molestias gastrointestinales?	Sí/No	2/1
¿Ha tenido o tiene dolores de cabeza?	Sí/No	2/1
¿Se ha sentido o siente nervioso/a o tenso/a?	Sí/No	2/1
Este proceso que ha vivido, considera que ¿ha incrementado los siguientes hábitos nocivos: fumar, consumir alcohol, desórdenes alimenticios, automedicación?	Sí/No	2/1

Puntuación Total: Suma de todas las puntuaciones.

Rangos de interpretación:

- 7–9 puntos: Baja afectación del bienestar físico
- 10–11 puntos: afectación del bienestar físico medio
- 12–14 puntos: Alta afectación del bienestar físico

Kolmogorov-Smirnov

- **Violencia Conyugal:** $p = 0.016$

Dado que el valor de p es menor a 0.05, los datos no siguen una distribución normal.

La prueba Kolmogorov-Smirnov indica que hay una desviación significativa de la normalidad.

- **Salud Mental:** $p = 0.018$

Al igual que en el caso anterior, el valor de p es menor a 0.05, indicando que los datos no siguen una distribución normal.

Shapiro-Wilk

- **Violencia Conyugal:** $p = 0.023$

Con un valor de p menor a 0.05, se concluye que los datos no siguen una distribución normal. La prueba Shapiro-Wilk también muestra una desviación significativa de la normalidad.

- **Salud Mental:** $p = 0.000$

- El valor de p es mucho menor a 0.05, indicando que los datos no siguen una distribución normal. La prueba Shapiro-Wilk sugiere una desviación significativa de la normalidad.

Ambas pruebas, Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, sugirieron que los datos de violencia conyugal y salud mental no siguieron una distribución normal. Esta determinación fue importante, ya que permitió seleccionar el tipo de pruebas estadísticas a utilizar en el análisis. (ver anexo 3).

Para analizar la relación entre la violencia conyugal y la salud mental, se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrica de Spearman, ya que ambas variables no presentaron una distribución normal.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se utilizó el software estadístico SPSS versión 22.0 para Windows. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) y estadística inferencial mediante la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) y el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las variables no presentaron distribución normal. Los resultados fueron organizados en tablas y gráficos para su interpretación.

4.7. Matriz de consistencia metodológica

TITULO: VIOLENCIA CONYUGAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER DEL DISTRITO DE CAJAMARCA 2023								
Formula ción del problem a	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Metodología	Población y muestra
¿Qué relación existe entre la violencia conyugal y la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergen cia Mujer	Objetivo general Determinar la relación que existe entre la violencia conyugal y la salud mental de las mujeres atendida en los dos Centros de Emergencia Mujer	Existe una relación significativa entre la violencia conyugal manifestada por la vulnerabilidad , indefensión, dependencia, aislamiento y la salud mental, manifestada por el	Violencia conyugal	Vulnerabilidad	Capacidad de anticiparse a situaciones de peligro. Participación en la defensa de sus derechos	Cuestionario (dicotómico)	En el presente trabajo de investigación se utilizó el método hipotético – deductivo, con diseño no experimental, transversal y correlacional. Se aplicó la técnica de encuesta mediante un	Población Está conformada por 81mujeres entre de 18 – 59 años que han sido víctimas de violencia conyugal
	Objetivos específicos Caracterizar la violencia conyugal en sus dimensiones, vulnerabilidad, indefensión, dependencia y aislamiento en las mujeres atendidas.			Indefensión	Capacidad para tomar decisiones frente al agresor o amenazas.			
				Dependencia	Nivel de autonomía para la realización de actividades diarias			

del distrito de Cajamarca en el año 2023?	Caracterizar la salud mental en sus dimensiones, optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico en las mujeres atendidas. Medir la relación estadística entre la violencia conyugal y las dimensiones de la salud mental: optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico. Probar estadísticamente la relación que existe entre la salud mental y las dimensiones de la violencia conyugal: vulnerabilidad, indefensión,	deterioro del optimismo, la resistencia, el afronte y el bienestar físico; de las mujeres atendidas en los centros de emergencia mujer del distrito de Cajamarca en el periodo 2023	Salud Mental		Acceso a recursos por sus propios medios	Cuestionario (dicotómico)	cuestionario estructurado con preguntas dicotómicas, y se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales (pruebas de normalidad, correlación de Spearman, y análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach).	Muestra: El tamaño de la muestra estuvo conformado o por mujeres que cumpliero n con el criterio de inclusión.
				Aislamiento	Frecuencia de contacto con red familiar/amical			
				Optimismo	Expectativas positivas del futuro Nivel de esperanza ante cambios Capacidad de visualizar metas personales			
				Resistencia	Capacidad para recuperarse de hechos difíciles.			
					Capacidad para manejar situaciones difíciles.			

	dependencia y aislamiento.			Afronte	Manejo emocional frente al estrés.			
				Bienestar físico	Frecuencia de síntomas psicosomáticos. Nivel de energía diaria.			

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Caracterización de las dimensiones de la violencia conyugal de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer.

Dimensiones	n	%
Vulnerabilidad		
Baja vulnerabilidad	6	9
Vulnerabilidad media	17	25,4
Alta vulnerabilidad	44	65,7
Indefensión		
Baja indefensión	29	43,3
Indefensión media	38	56,7
Alta indefensión	0	0,0
Dependencia		
Baja dependencia	28	41,8
Dependencia media	15	22,4
Alta dependencia	24	35,8
Aislamiento		
Bajo aislamiento	42	62,7
Aislamiento medio	25	37,3
Alto aislamiento	0	0,0

En relación con la dimensión vulnerabilidad, se observó que la mayoría de las mujeres, el 65,7 %, se encontraba en una situación de alta vulnerabilidad, mientras que solo un pequeño porcentaje presentó baja vulnerabilidad. En cuanto a la dimensión indefensión, predominó el nivel medio, reportado por el 56,7 % de las participantes, seguido por un 43,3 % que manifestó baja indefensión; no se registraron casos de alta indefensión. En lo referido a la dimensión dependencia, los resultados evidenciaron una distribución más equilibrada: el 41,8 % de las mujeres indicó baja dependencia, el 35,8 % alta dependencia y el 22,4 % dependencia media. Finalmente, en la dimensión aislamiento, la mayoría, equivalente al 62,7 %, reportó bajo aislamiento, mientras que el 37,3 % manifestó aislamiento medio; no se identificaron casos de aislamiento alto.

Tabla 2. Caracterización de la Salud Mental de las mujeres atendidas en los centros de Emergencia Mujer, en sus dimensiones

Dimensiones	N°	%
Optimismo		
Optimismo alto	50	74,6
Optimismo medio	17	25,4
Optimismo bajo	0	0,0
Resistencia		
Alta resistencia ante el proceso	8	11,9
Resistencia media en el proceso	32	47,8
Baja resistencia ante el proceso	27	40,3
Afronte		
Alta capacidad de afronte	30	44,8
Capacidad media de afronte	4	6,0
Baja capacidad de afronte.	33	49,3
Bienestar Físico		
Baja afectación del bienestar físico	25	37,3
Afectación media del bienestar físico	24	35,8
Alta afectación del bienestar físico	18	26,9

La Tabla 2 muestra que la dimensión optimismo, la mayoría de las mujeres presentó un optimismo elevado, con un 74,6 %, mientras que el 25,4 % manifestó un optimismo moderado. No se registraron casos de optimismo bajo. En cuanto a la dimensión resistencia, el 47,8 % de las participantes evidenció una resistencia moderada ante el proceso, seguido por un 40,3 % que presentó baja resistencia. Solo un 11,9 % manifestó una alta capacidad de resistencia. Respecto a la dimensión afronte, la mayor proporción de mujeres (49,3 %) evidenció una escasa capacidad de afrontamiento, mientras que el 44,8 % mostró una alta capacidad para afrontar situaciones difíciles. Solo el 6,0 % presentó una capacidad media de afronte. Finalmente, en la dimensión bienestar físico, se observó que el 37,3 % de las mujeres se encontraba con un bienestar físico bajo, el 35,8 % reportó un bienestar medio y solo el 26,9 % manifestó un bienestar físico alto.

Tabla 3. Correlación entre la violencia conyugal y las dimensiones de la salud mental.

		Violencia Conyugal	
Rho de Spearman	Optimismo	Coefficiente de correlación	,483**
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	67
	Resistencia	Coefficiente de correlación	,281*
		Sig. (bilateral)	,021
		N	67
	Afronte	Coefficiente de correlación	,197
		Sig. (bilateral)	,111
		N	67
	Bienestar físico	Coefficiente de correlación	,242*
		Sig. (bilateral)	,048
		N	67

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla muestra las correlaciones entre violencia conyugal y las dimensiones de la salud mental: optimismo, resistencia, afrontamiento (Afronte).

Respecto a la violencia conyugal y el optimismo presenta un $r = 0.483$ y $p < 0.001$; por lo que existe una correlación positiva moderada y significativa entre violencia conyugal y optimismo. La violencia conyugal y la resistencia presenta un $r = 0.281$ y $p = 0.021$; la correlación es positiva y significativa, aunque débil, la violencia conyugal y el afronte, presenta un $r = 0.197$ y $p = 0.111$, es decir no hay una correlación significativa entre estas; respecto a la violencia conyugal y el bienestar físico se observa un $r = 0.242$ y $p = 0.048$, por lo que existe una correlación positiva débil pero significativa.

Tabla 4. Correlaciones entre la Salud Mental y las dimensiones de la Violencia Conyugal

			Salud Mental
Rho de Spearman	Vulnerabilidad	Coefficiente de correlación	,081
		Sig. (bilateral)	,512
		N	67
	Indefensión	Coefficiente de correlación	,461**
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	67
	Dependencia	Coefficiente de correlación	,134
		Sig. (bilateral)	,281
		N	67
	Aislamiento	Coefficiente de correlación	,294*
		Sig. (bilateral)	,016
		N	67

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla muestra las correlaciones entre Salud Mental y las dimensiones de la violencia conyugal: vulnerabilidad, indefensión, dependencia, y aislamiento.

Respecto a la Salud Mental y la vulnerabilidad se tiene un $r = 0.081$ y $p = 0.512$; por lo que no hay una correlación significativa entre salud mental y vulnerabilidad, la salud mental y la indefensión se observa un $r = 0.461$ y $p < 0.001$; que indica que hay una correlación positiva moderada y significativa entre salud mental e indefensión; respecto a la salud mental y la dependencia presenta un $r = 0.134$ y $p = 0.28$, por lo que no hay una correlación significativa entre salud mental y dependencia y la salud mental y el aislamiento se observa un $r = 0.294$ y $p = 0.016$; lo que indica que existe una correlación positiva débil pero significativa entre salud mental y aislamiento.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

La característica predominante en la población evaluada es la alta vulnerabilidad (65,7%), un indicador que refleja una predisposición significativa a sufrir consecuencias físicas, psicológicas y sociales en contextos de violencia conyugal. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Khan y Hussain (25), quienes identificaron que la violencia de pareja incrementa la exposición a riesgos de salud mental y física en mujeres de áreas rurales, y con Casanova Fernández (27), que en su análisis de la violencia en Latinoamérica durante la pandemia subraya cómo factores estructurales y económicos agravan dicha vulnerabilidad.

En cuanto a la dependencia, un 35,8% de las mujeres presentó niveles altos, cifra que coincide con los hallazgos de Escalante y Quiroz (33) y que se complementa con el estudio longitudinal de Smith y Johnson (22), donde se demuestra que la dependencia persiste incluso después de la ruptura de la relación violenta, funcionando como un mantenedor del daño psicológico.

Respecto a la indefensión y el aislamiento, los datos muestran niveles bajos en un porcentaje significativo de la muestra, lo que podría interpretarse como señal de respuestas de afrontamiento activas. No obstante, Inostroza et al. (20) advierten que, incluso con redes de apoyo, la exposición prolongada a la violencia sin recursos especializados puede derivar en ideación suicida o conductas autolesivas, lo que obliga a cuestionar si los niveles bajos de indefensión reflejan verdadera resiliencia o una falsa sensación de control.

En el análisis de las dimensiones de salud mental, el optimismo elevado fue predominante (74,6%), lo que podría ser un factor protector. Sin embargo, al encontrarse niveles bajos

o moderados en resistencia y afrontamiento, surge la pregunta de si este optimismo es funcional o un mecanismo de defensa que posterga la acción. Torres y Pérez (21) advierten que el optimismo pasivo, sin conductas orientadas a la solución, puede cronificar la permanencia en relaciones violentas.

Los resultados muestran que solo el 11,9 % de las participantes presentó alta resistencia, mientras que el 40,3 % evidenció baja resistencia, lo que sugiere que la mayoría de las mujeres carece de recursos internos suficientes para enfrentar de manera efectiva las situaciones de violencia conyugal. Este hallazgo se alinea con la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman, que plantea que la exposición prolongada a eventos adversos incontrolables conduce a la percepción de falta de control y a la pasividad conductual (45).

De manera similar, la baja capacidad de afrontamiento reportada en el 49,3 % de las participantes confirma la relación inversa entre violencia y estrategias adaptativas de manejo emocional descrita por Carrión et al. (29), quienes identificaron que a mayor exposición a violencia familiar, menor es la utilización de afrontamiento centrado en la solución de problemas ($\rho = -0,147$; $p < 0,05$). Esto implica que las víctimas no solo enfrentan agresiones físicas o psicológicas, sino también un deterioro en sus recursos emocionales para responder de manera funcional a dichas experiencias.

Por su parte, la Teoría del Afrontamiento de Lazarus y Folkman enfatiza que las estrategias de afrontamiento no son estáticas, sino dinámicas, y dependen de la evaluación cognitiva del evento y de los recursos personales y contextuales disponibles (79)

En bienestar físico, un 73,1% de las participantes presentó niveles bajos o medios, evidenciando un deterioro somático que Nakazaki (31) asocia al estrés crónico y que Pérez Ocón (32) vincula a barreras geográficas y económicas para acceder a servicios médicos. Fernández y Martínez (24), quienes identificaron que la exposición crónica a la violencia conyugal se asociaba con una disminución significativa del funcionamiento cotidiano, exacerbando la sintomatología clínica y reduciendo las posibilidades de restablecimiento

Respecto a la violencia conyugal y el optimismo presenta un $r = 0.483$ y $p < 0.001$; por lo que existe una correlación positiva moderada y altamente significativa.

La violencia conyugal y la resistencia presenta un $r = 0.281$ y $p = 0.021$; la correlación es positiva y significativa, aunque débil, la violencia conyugal y el afronte, presenta un $r = 0.197$ y $p = 0.111$, es decir hay una correlación positiva muy baja y estadísticamente no significativa entre estas; respecto a la violencia conyugal y el bienestar físico se observa un $r = 0.242$ y $p = 0.048$, por lo que existe una correlación positiva débil pero significativa. Las correlaciones halladas muestran asociaciones positivas y moderadas entre violencia conyugal y optimismo ($r=0,483$), así como positivas pero débiles con resistencia ($r=0,281$) y bienestar físico ($r=0,242$). Estos resultados, aunque en apariencia contraintuitivos, podrían explicarse contrastando con la teoría:

Optimismo como estrategia cognitiva de afrontamiento, donde algunas mujeres mantienen actitudes positivas para minimizar la percepción de riesgo y conservar una imagen interna de control, o como sesgo perceptual donde sobrestiman su capacidad de manejar la violencia, lo que reduce la probabilidad de buscar ayuda o salir de la relación.

En cuanto a la resistencia de acuerdo con la Teoría de la Resiliencia de Rutter (1987) y el Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), La correlación encontrada indica que, a mayor violencia conyugal, se observa un incremento en la respuesta de resistencia, posiblemente porque las víctimas desarrollan mecanismos internos de adaptación para enfrentar la violencia.

La ausencia de correlación significativa entre violencia conyugal y afrontamiento refuerza lo observado por Miller et al. (23): los recursos internos, aunque presentes, difícilmente neutralizan el daño sin el apoyo de intervenciones externas. Teoría del afrontamiento.

El bienestar físico, implica que, a mayor violencia conyugal, mayor afectación en la salud física de las mujeres. Este hallazgo es coherente con el Modelo Biopsicosocial de Engel (1977), que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan directamente en la salud.

Respecto a la Salud Mental y la vulnerabilidad se tiene un $r = 0.081$ y $p = 0.512$; por lo que no hay una correlación significativa entre salud mental y vulnerabilidad, la salud mental y la indefensión se observa un $r = 0.461$ y $p < 0.001$; que indica que hay una correlación positiva moderada y significativa; respecto a la salud mental y la dependencia presenta un $r = 0.134$ y $p = 0.28$, por lo que no hay una correlación significativa y la salud mental y el aislamiento se observa un $r = 0.294$ y $p = 0.016$; lo que indica que existe una correlación positiva débil pero significativa entre salud mental y aislamiento.

En la relación entre salud mental y dimensiones de violencia conyugal, se observó que la indefensión fue la variable con mayor correlación positiva y moderada ($r=0,461$), seguida del aislamiento ($r=0,294$), mientras que vulnerabilidad y dependencia no mostraron correlación significativa. Esto coincide con lo reportado por Silva Barazorda (26), quien identificó la indefensión como un predictor clave de síntomas depresivos, y con González y López (30), que subrayan el papel agravante del aislamiento en el deterioro psicológico.

Asimismo, la correlación más fuerte se observó entre la indefensión y la salud mental, confirmando que la percepción de incapacidad para modificar la situación constituye uno de los predictores más potentes de deterioro psicológico. El resultado de la vulnerabilidad puede explicarse desde el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987) y la Teoría del Estrés Psicosocial de Dohrenwend (1973), que plantean que la vulnerabilidad individual es el resultado de múltiples factores contextuales, sociales y personales.

En cuanto a la dependencia, esto significa que, a mayor violencia conyugal, la dependencia tiende a aumentar, pero la relación es muy débil. Sin embargo, estudios como los de Walker (1979) sobre el Ciclo de la Violencia señalan que la dependencia no siempre aparece en todas las víctimas, pues factores como la autonomía económica, la educación o las redes de apoyo pueden mitigarla.

5.3. Contrastación de hipótesis

Tabla 5: Resultado de la Correlación

			Violencia Conyugal	Salud Mental
Rho de Spearman	Violencia Conyugal	Coeficiente de correlación	1,000	,364**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	67	67
	Salud Mental	Coeficiente de correlación	,364**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	67	67

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

En la tabla de correlación que proporcionas, se muestra la relación entre Violencia Conyugal y Salud Mental utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. El Coeficiente de correlación (0.364), indica una correlación moderada y positiva entre Violencia Conyugal y Salud Mental; es decir, a medida que aumenta la violencia conyugal, también tiende a aumentar la afectación en la salud mental. En cuanto a la Significación ($p = 0.002$), el valor de p es menor a 0.01, lo que indica que la correlación observada es estadísticamente significativa. Esto significa que es poco probable que esta correlación haya ocurrido por azar y que hay una relación real entre las dos variables.

Carrión, F et al (29)., encontró una relación inversa y significativa ($\rho = -.147^*$) entre violencia hacia la mujer y estrategias de afrontamiento centrado en el problema en madres de familia. Se concluye que a mayor violencia hacia la mujer menor serán las estrategias de afrontamiento centrado en el problema.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Formulación de la propuesta para la solución del problema

6.1.1. Nombre de la propuesta:

"Programa integral de intervención psicológica, social y económica para mujeres víctimas de violencia conyugal: Un enfoque de resiliencia y empoderamiento" (PIPSVIC)

Justificación:

Los hallazgos de la investigación evidencian que la violencia conyugal impacta significativamente en la salud mental de las mujeres, con correlaciones moderadas en dimensiones como indefensión, afrontamiento y bienestar físico. Estos resultados se explican a la luz del **modelo biopsicosocial de Engel (49)**, que plantea que la salud no depende únicamente de factores biológicos, sino también de componentes psicológicos y sociales, siendo indispensable abordarlos de forma integrada. Asimismo, la teoría de la **indefensión aprendida de Seligman (45)** sustenta que la exposición prolongada a situaciones incontrolables, como la violencia conyugal, genera pasividad y pérdida de recursos internos, lo que resalta la necesidad de intervenciones orientadas a recuperar el sentido de control personal.

En este marco, el **PIPSVIC** propone un enfoque multidimensional basado en la **resiliencia (66)**, entendida como la capacidad de las personas para adaptarse y recuperarse ante la adversidad. Al combinar estrategias de salud mental, acompañamiento social, empoderamiento económico y prevención comunitaria, el programa busca no solo brindar asistencia psicológica, sino también reducir los

factores estructurales que perpetúan la violencia, favoreciendo la autonomía y el bienestar integral de las mujeres.

6.1.2. Objetivo general:

Diseñar e implementar un programa integral de intervención psicosocial orientado a reducir la afectación en la salud mental de mujeres víctimas de violencia conyugal atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca, fortaleciendo sus recursos personales, sociales y comunitarios para la prevención de nuevas situaciones de violencia y la promoción de su bienestar emocional.

Objetivos específicos:

- Reducir la indefensión y la dependencia emocional en las mujeres víctimas de violencia conyugal mediante un modelo terapéutico basado en enfoques de resiliencia y empoderamiento.
- Brindar atención integral en salud mental y física, con una intervención especializada en trastornos asociados a la violencia.
- Empoderar económicamente a las mujeres, proporcionándoles acceso a capacitación laboral, emprendimiento y microcréditos.
- Fortalecer redes de apoyo comunitarias y establecer alianzas con el sector público y privado para la protección de las víctimas.
- Implementar estrategias de prevención y sensibilización social para mitigar la normalización de la violencia y fomentar la denuncia oportuna.

6.1.3. Estrategias clave de intervención:

Módulo 1: Atención Psicológica Especializada

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal e individual:** Tratamiento para síntomas de ansiedad, depresión y trauma.
 - **Desensibilización y reprocesamiento:** Técnica para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres expuestas a violencia severa.
 - **Psicoterapia basada en la resiliencia:** Programa de 12 semanas donde las mujeres fortalecen su autoestima, autonomía y habilidades de afrontamiento.
- Acompañamiento con profesionales de salud mental:** Creación de un equipo interdisciplinario con psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales.

Módulo 2: Desarrollo de Resiliencia y Afrontamiento Activo

- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:** Talleres de toma de decisiones, manejo del miedo y estrategias para romper el ciclo de violencia.
- Terapia de reestructuración cognitiva:** Reentrenamiento mental para modificar creencias distorsionadas sobre la violencia.
- **Grupos de apoyo y mentoría:** Espacios guiados por mujeres sobrevivientes de violencia que han logrado salir del ciclo de abuso.

Módulo 3: Empoderamiento económico y social

- **Capacitación en emprendimiento y generación de ingresos:** Formación en actividades productivas como costura, cocina, tecnología y comercio digital.

- **Creación de un fondo de microcréditos sociales:** Programa de financiamiento para que las mujeres inicien pequeños negocios con acompañamiento financiero.
- **Vinculación con empresas y organizaciones:** Desarrollo de convenios con empresas que prioricen la contratación de mujeres víctimas de violencia.
- **Asesoría legal y gestión de derechos:** Asistencia para facilitar el acceso a recursos judiciales, custodia de hijos y trámites de independencia económica.

Módulo 4: Atención médica integral

- **Evaluaciones médicas periódicas:** Revisión general de salud para detectar secuelas de violencia física y problemas psicosomáticos.
- **Intervención en salud sexual y reproductiva:** Acceso a atención ginecológica, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- **Terapias complementarias:** Aplicación de técnicas de relajación como yoga, arteterapia y meditación para reducir los niveles de estrés.

Módulo 5: Estrategias de prevención y sensibilización

- **Campañas de sensibilización a nivel comunitario:** Desarrollo de contenido multimedia, jornadas informativas y capacitaciones en espacios públicos.
- **Capacitación a profesionales de salud, justicia y educación:** Formación en detección temprana de violencia y manejo de casos.
- **Implementación de una línea de atención psicológica especializada:** Servicio telefónico y en línea para brindar orientación y apoyo inmediato.

6.2. Costos de implementación de la propuesta

El costo de implementación del **PIPSVIC** se basa en los siguientes rubros esenciales para su operatividad:

Concepto	Descripción	Costo Estimado (S/)
Infraestructura y equipamiento	Creación de salas de atención psicológica y espacios de mentoría	S/1000
Contratación de personal especializado	Psicólogos, médicos y facilitadores	S/3,000
Materiales y recursos educativos	Guías de afrontamiento, videos de sensibilización y contenido digital	S/1500
Campañas de prevención y concienciación	Publicidad en medios y desarrollo de plataformas de orientación	S/1500
Atención médica integral	Evaluaciones médicas y apoyo en salud física	S/3,000
TOTAL	Costo estimado para un año de implementación	S/10,000

6.2.1.. Fuentes de financiamiento:

- Fondos gubernamentales de protección a la mujer.
- Cooperación internacional y ONGs especializadas en equidad de género.
- Aportes del sector privado y programas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE).}

6.3. Beneficios que aporta la propuesta

1. Fortalecimiento de la salud mental y emocional de las mujeres

- Reducción de síntomas de ansiedad, depresión y trauma mediante intervenciones psicológicas efectivas.
- Mayor resiliencia y capacidad de afrontamiento, reduciendo la indefensión aprendida.

2. Empoderamiento y autonomía de las víctimas

- Aumento en oportunidades laborales y reducción de la dependencia económica de los agresores.
- Creación de un ecosistema de apoyo social y mentoría para mujeres en recuperación.

3. Fortalecimiento de la prevención y reducción de la violencia

- Mayor detección temprana de violencia gracias a la capacitación de profesionales de salud y educación.
- Disminución en la revictimización y aumento en la denuncia de casos de violencia.

4. Fortalecimiento a nivel social y político

- Contribución al cumplimiento de políticas públicas de equidad de género. Creación de un modelo replicable a nivel nacional e internacional, con beneficio sostenible en la reducción de la violencia conyugal.

6.4 Evaluación y monitoreo de las actividades del PIPSVIC

La evaluación del Programa Integral de Intervención Psicológica, Social y Económica para Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal (PIPSVIC) se desarrollará mediante un sistema de monitoreo y evaluación continua, orientado a medir el cumplimiento de objetivos, la efectividad de las actividades y los resultados globales del programa.

a) Evaluación de procesos: Se realizará seguimiento mensual a la ejecución de las actividades planificadas en cada módulo (atención psicológica, empoderamiento económico, prevención comunitaria), mediante listas de control y reportes internos elaborados por el equipo técnico.

b) Evaluación de resultados: Cada módulo contará con indicadores específicos: reducción de síntomas psicológicos (medidos con escalas validadas), incremento en habilidades de afrontamiento y resiliencia, número de mujeres capacitadas e insertadas laboralmente, y participación comunitaria en campañas de prevención. Estos indicadores se evaluarán de forma trimestral y anual.

c) Evaluación de resultados: Se realizará una medición pre y post intervención en salud mental utilizando el mismo cuestionario validado aplicado en la investigación, complementado con entrevistas semiestructuradas a las beneficiarias, para valorar cambios en bienestar emocional, autonomía económica y percepción de seguridad.

CONCLUSIONES

Se determinó que existe una correlación moderada y estadísticamente significativa entre violencia conyugal y salud mental ($r = 0.364$, $p = 0.002$), lo que confirma que a medida que aumenta la violencia conyugal, también se incrementa la afectación en la salud mental de las mujeres atendidas en los Centros de Emergencia Mujer del distrito de Cajamarca, 2023.

Se caracterizó la violencia conyugal encontrándose que la dimensión vulnerabilidad presentó niveles altos en el 65.7% de las mujeres; la dependencia emocional mostró distribución equilibrada; mientras que las dimensiones de indefensión y aislamiento fueron predominantemente bajas, evidenciando variabilidad en la manera en que las mujeres experimentan la violencia conyugal.

Se caracterizó la salud mental hallándose que el optimismo fue alto en el 74.6% de las participantes; la resistencia fue moderada o baja en el 40.3%; el afrontamiento fue bajo en el 49.3%; y el bienestar físico fue bajo o medio en el 73.1%, confirmando afectaciones significativas en la salud mental integral de las mujeres víctimas de violencia.

Se midió la relación estadística evidenciando correlación moderada y significativa entre violencia conyugal y optimismo ($r = 0.483$, $p < 0.001$); correlación débil pero significativa con la resistencia ($r = 0.281$, $p = 0.021$); y correlación débil con el bienestar físico ($r = 0.242$, $p = 0.048$). No se halló relación estadísticamente significativa con el afrontamiento ($r = 0.197$, $p = 0.111$), lo que indica que esta dimensión podría estar influenciada por otros factores contextuales.

Se probó estadísticamente la correlación positiva y moderada entre la salud mental y la indefensión ($r = 0.461$, $p < 0.001$), correlación débil pero significativa con el aislamiento ($r = 0.294$, $p = 0.016$), y ausencia de relación significativa con la vulnerabilidad ($r = 0.081$, $p = 0.512$) y la dependencia emocional ($r = 0.134$, $p = 0.280$), lo que indica que estas últimas variables podrían estar mediadas por otros elementos psicológicos o sociales no evaluados en este estudio.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

1. Recomendaciones para la atención integral de las víctimas

Fortalecimiento de la atención psicológica: Se recomienda implementar programas de intervención psicológica especializados en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), enfocados en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, fortalecimiento de la resiliencia y reducción de la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia conyugal.

Programas de empoderamiento y autonomía: Se deben diseñar e implementar talleres psicoeducativos y de empoderamiento para fortalecer la autonomía emocional y reducir la dependencia emocional en las víctimas, promoviendo la toma de decisiones informadas y la recuperación de su bienestar psicosocial.

Atención integral en salud mental y física: Dado el deterioro en el bienestar físico identificado en la investigación, se recomienda garantizar acceso a servicios de salud mental y atención médica especializada, con un enfoque integral que aborde tanto las secuelas psicológicas como las físicas de la violencia conyugal.

2. Recomendaciones para políticas públicas y estrategias de prevención

Incorporación de la salud mental en políticas de atención a víctimas: Se recomienda que las políticas públicas dirigidas a la atención de la violencia conyugal incluyan servicios de salud mental como un componente fundamental, asegurando la disponibilidad de apoyo psicológico a largo plazo para las víctimas.

Fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario: Es fundamental fomentar redes de apoyo social para las víctimas, promoviendo espacios seguros donde puedan

compartir experiencias y recibir orientación. Se sugiere la creación de grupos de apoyo en coordinación con organizaciones civiles y comunitarias.

Campañas de concienciación y prevención de la violencia: Se recomienda la implementación de campañas educativas sobre la violencia conyugal y sus efectos en la salud mental, dirigidas a la población en general para prevenir la normalización de la violencia y fomentar la denuncia temprana.

Capacitación continua para el personal de atención a víctimas: Se debe garantizar la capacitación continua del personal de los Centros de Emergencia Mujer y otras instituciones que atienden a víctimas, dotándolos de herramientas basadas en un enfoque psicológico y social para brindar una atención efectiva.

3. Recomendaciones para futuras investigaciones

Profundizar en los factores protectores y de resiliencia: Se recomienda realizar investigaciones adicionales para identificar qué factores ayudan a las mujeres a desarrollar estrategias de afrontamiento y resiliencia, con el fin de incorporarlas en programas de intervención.

Ampliar la muestra y evaluar la relación con otras variables: Se sugiere realizar estudios con una muestra más amplia y diversa para analizar cómo factores como el nivel educativo, el apoyo social y la situación económica influyen en la relación entre violencia conyugal y salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina para la Salud de la Mujer. Efectos de la violencia contra la mujer [Internet]. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2021 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
3. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women: Beijing, 4-15 September 1995. New York: United Nations; 1996. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>
4. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: nota descriptiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Al menos 4 473 mujeres fueron víctimas de femicidio en América Latina y el Caribe, 2021 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2022 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4473-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021>
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Reporte estadístico de atenciones brindadas por los Centros de Emergencia Mujer – Año 2022 [Internet]. Lima: MIMP; 2023 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://observatorioviolencia.mimp.gob.pe>

7. Programa Nacional Aurora. Boletín estadístico de casos de violencia contra la mujer y grupo familiar – 2022 [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2023 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/aurora>
8. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Estadísticas regionales de violencia: Región Cajamarca 2022 [Internet]. Lima: MIMP; 2023 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://observatoriovioencia.mimp.gob.pe>
9. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres y su impacto en la salud mental [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2021 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia>
11. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
12. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. La salud mental de las mujeres víctimas de violencia en América Latina [Internet]. Lima: CLADEM; 2020 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://cladem.org>
13. Ministerio de Salud. Informe anual de servicios de salud mental comunitaria 2023 [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
14. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002;359(9314):1331-6. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

15. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull.* 2004;130(4):601-30. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601
16. Torres R, Pérez L. Impacto de la violencia de género en la salud mental de mujeres en México. *Rev Mex Psicol.* 2022;49(4):302-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2430/243075278005/html/>
17. Frente Policial Cajamarca. Informe estadístico de casos de violencia familiar y de género atendidos por el Frente Policial Cajamarca, año 2022 [Internet]. Cajamarca: Policía Nacional del Perú; 2023 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.pnp.gob.pe>
18. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Estadísticas regionales de violencia: Región Cajamarca 2022 [Internet]. Lima: MIMP; 2023 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://observatorioviolencia.mimp.gob.pe>
19. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres y su impacto en la salud mental [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2021 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia>
20. Inostroza C, Cova F, Ballesteros ML, et al. Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas. *Rev Punto Género.* 2022;(17):8–44. Disponible en: <https://revistapuntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/67650>
[Wikipedia+15ResearchGate+15revistapuntogenero.uchile.cl+15](https://www.researchgate.net/publication/361515150)
21. Torres R, Pérez L. Impacto de la violencia de género en la salud mental de mujeres en México. *Rev Mex Psicol.* 2022;49(4):302–11. doi:10.1016/j.rmp.2022.07.003.

22. Smith SG, Johnson LM. Long-term psychological effects of intimate partner violence: a longitudinal study on survivors' mental health. *J Interpers Violence*. 2022;37(5):1107–26. doi:10.1177/08862605221078091.
23. Miller E, Decker MR, McCauley HL. The impact of intimate partner violence on mental health and wellbeing of women: a global review. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):350–60. doi:10.1016/S2215-0366(21)00050-X.
24. Fernández P, Martínez E. Efectos de la violencia conyugal sobre la salud mental de mujeres en Chile: un estudio de casos. *Psicol Clín Niños Adolesc*. 2021;7(3):210–18. doi:10.1016/j.pcnad.2021.03.004.
25. Khan S, Hussain M. Impact of domestic violence on mental health of women in rural Pakistan: a cross-sectional study. *J Fam Viol*. 2020;35(2):193–201. doi:10.1007/s10896-020-00179-0.
26. Silva Barazorda I. Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia de Huancayo [Tesis de licenciatura]. Huancayo (PE): Universidad Nacional del Centro del Perú; 2024.
27. Casanova Fernández M. Violencia familiar en Latinoamérica durante la pandemia de COVID-19 [Informe técnico]. Lima (PE): Instituto Peruano de Estudios Sociales; 2023.
28. Gonzales DR. Violencia intrafamiliar y trastornos de salud mental en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo [Tesis de licenciatura]. Lima (PE): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
29. Carrión Abarca F, Aranda Turpo J. Violencia hacia la mujer y estrategias de afrontamiento en madres de familia de Ucayali, Perú [Tesis de licenciatura]. Tarapoto (PE): Universidad Peruana Unión; 2021. Disponible en:

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5220Renati+4repositorio.upeu.edu.pe+4Alicia+4>

30. González MA, López C. Violencia conyugal y su impacto en la salud mental de las mujeres en contextos urbanos de Perú. *Rev Latinoam Psicol.* 2020;52(2):105–13. doi:10.14349/revpsicol.2020.52.02.
31. Nakazaki L. Afectación psicológica en una mujer adulta víctima de violencia de género [Tesis de especialidad]. Lima (PE): Universidad Federico Villarreal; 2020.
32. Pérez Ocon D. Características sociodemográficas y violencia familiar en la población adulta, Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida” – Cajamarca, 2023 [tesis]. Cajamarca (PE): Universidad Nacional de Cajamarca; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6435>
[Dialnet+15Renati+15revistapuntogenero.uchile.cl+15](https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6435)
33. Escalante G, Quiroz M. Violencia familiar y dependencia emocional en mujeres del distrito de Los Baños del Inca – Cajamarca, 2020 [Tesis de licenciatura]. Cajamarca (PE): Universidad Privada del Norte; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28226>
34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014.
35. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018.
36. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
37. Stockman JK. An ecological approach to understanding the impact of intimate partner violence on health. *J Fam Violence.* 2023;38(3):305-19. doi:10.1007/s10896-022-00469-0.

38. Alegre Hernando A. Una mirada sistémica sobre la violencia de género en la pareja: Del ámbito privado al ámbito social y de lo individual a lo familiar [Internet]. Toledo: Formación Continuada a Distancia, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2016 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/AlegreAlmudenaTrab3online15.pdf>
39. Instituto Andaluz de la Mujer; Martínez-Pérez V, Paz R, Alzamora A, et al. Guía para profesionales ante chicas adolescentes que sufren violencia de género: saber mirar, saber acoger, saber acompañar [Internet]. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2016 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5643_d_guia_iam_adolescentes_genero.pdf
40. Walker LE. The battered woman. New York: Harper & Row; 1979.
41. Walker LE. The battered woman syndrome. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
42. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *Am Psychol*. 1999;54(1):21-9. doi:10.1037/0003-066X.54.1.21.
43. Miracco MC. Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de pareja [Internet]. *Caminos de Investigación*. 2010 [citado 24 jul 2025];[aprox. p. xx-yy]. Disponible en: <https://caminosdeinvestigacion.tecnologicopichincha.edu.ec/ojs/index.php/ci/article/download/35/35/121>
44. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
45. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco (CA): W.H. Freeman; 1975.

46. Greenwood BN, Fleshner M. Exercise, learned helplessness, and the stress-resistant brain. *Neuromolecular Med.* 2008;10(2):81-98. doi:10.1007/s12017-008-8029-y.
47. Aiquipa Tello JJ. Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia: relación entre dependencia emocional y violencia de pareja [Internet]. *Rev Psicol* (Perú). 2015 [citado 24 jul 2025];33(2):[aprox. p. 283-310]. Disponible en: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007
48. de la Villa-Moral M, Sirvent C. Dependencia emocional en las relaciones de pareja como fuente de conflictos [Internet]. *Rev Estud Soc* (Chile). 2018 [citado 24 jul 2025];(64):[aprox. p. 90-104]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082018000300156
49. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36. doi:10.1126/science.847460.
50. Sadigh MR. Development of the biopsychosocial model of medicine. *AMA J Ethics.* 2013;15(4):317-23. doi:10.1001/virtualmentor.2013.15.4.medu1-1304
51. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: health consequences [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
52. Lorente M. Mi marido me pega lo normal: agresión a la mujer, realidades y mitos. Barcelona: Ares y Mares; 1998.
53. Karakurt G, Holmes MR, Loyer E, et al. Brain injury and mental health among the victims of intimate partner violence: a case-series exploratory study. *Front Psychol.* 2021;12:710602. doi:10.3389/fpsyg.2021.710602

54. Daugherty JC, García-Navas-Menchero M, Fernández-Fillol C, et al. Tentative causes of brain and neuropsychological alterations in women victims of intimate partner violence. *Brain Sci.* 2024;14(10):996. doi:10.3390/brainsci14100996
55. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
56. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>
57. Fromm E. The sane society. London: Routledge & Kegan Paul; 1956.
58. Fromm E. The crisis of psychoanalysis: essays on Freud, Marx and social psychology. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1970.
59. Ubilla E. El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm [Internet]. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2009;47(2):140-7 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272009000200008&script=sci_arttext
60. Fromm E. The social determinants of mental health [Internet]. 1952 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://fromm-online.org/wp-content/uploads/fromm-titles/1952a-eng.pdf>
61. Fromm E. Man for himself: an inquiry into the psychology of ethics. London: Routledge; 1947.
62. Fromm E. Escape from freedom. New York: Farrar & Rinehart; 1941.
63. Funk R. Erich Fromm: His life and ideas. An illustrated biography. New York: Continuum; 2000.

64. Seligman MEP. Learned optimism. New York: Knopf; 1991.
65. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clin Psychol Rev. 2010;30(7):879-89. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006.
66. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidós; 2004.
67. Martín-Baró I. Psicología social de la guerra: trauma y terapia. San Salvador: UCA Editores; 1990.
68. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
69. Perú. Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Diario Oficial El Peruano, 23 de noviembre de 2015 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe>
70. Bandura A. *Social learning theory* [Internet]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/sociallearningth0000band>
71. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para abordar la violencia contra las mujeres en los servicios de salud [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2015 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategias-para-abordar-violencia-contra-mujeres-servicios-salud>
72. Naciones Unidas. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). OEA; 1994.
73. Ruiz Rivera N. La definición y medición de la vulnerabilidad social. *Investig Geográficas*. 2012;77:66–80.

74. Carrera CA. Una mirada a tres discursos sobre lo 'vulnerable'. *Revista ReVus*. 2009; [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/download/23832/19557>
75. Seligman ME. *Learned helplessness*. New York: W.H. Freeman; 1975.
76. de la Villa-Moral M, Sirvent C. Dependencia emocional en las relaciones de pareja como fuente de conflictos [Internet]. *Rev Estud Soc* (Chile). 2018 [citado 24 jul 2025];(64):[aprox. p. 90–104]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082018000300156
77. Feito L. Vulnerabilidad. *Rev Española Salud Pública*. 2007;6(6):669–81.
78. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
79. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
80. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*. 2012;338(6103):79–82. doi:10.1126/science.1222942
81. WHO. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 24 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
82. Árbulu CJ. Definición de método hipotético-deductivo: ciclo científico y aplicación en ciencias sociales [Internet]. Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2023 [citado 13 ago 2025]. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/374898591> Definicion de metodo hipotetico-deductivo

83. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Métodos teóricos de la investigación: análisis y síntesis. *Repositorio Institucional UAEH* [Internet]. Pachuca: UAEH; 2021 [citado 13 ago 2025]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstreams/4a82c365-577a-48f7-a2a3-e97b42df87a4/download>

ANEXOS

Anexo 1: Análisis de fiabilidad solo lo descriptivo

Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	35

Anexo 2: Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
	o			o		
Violencia	,121	67	,016	,958	67	,023
Conyugal						
Salud Mental	,120	67	,018	,921	67	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 3. Intervalo de confianza de la rho de Spearman

	95% de intervalos de			
	Rho	de Significance(	confianza (bilateral) ^{a,b}	
	Spearman	2-tailed)	Inferior	Superior
Violencia Conyugal	-,364	,002	-,129	-,561
Salud Mental				

a. La estimación se basa en la transformación de r a z de Fisher

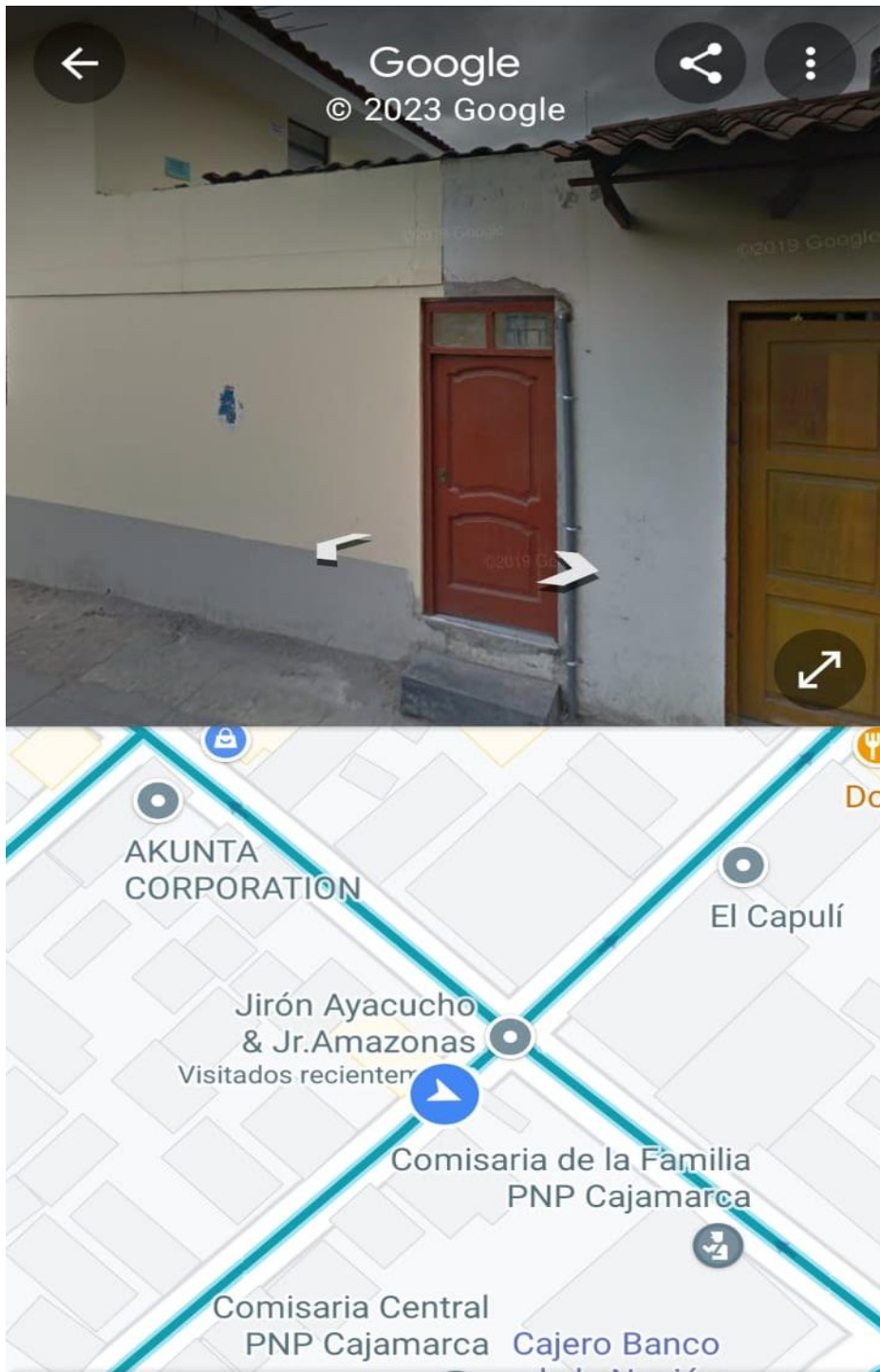
b. La estimación de error estándar se basa en la fórmula propuesta por Fieller, Hartley y Pearson.

Anexo 4: Croquis del CEM Regular Cajamarca

Jr Tarapacá 714 – Segundo Piso – oficina 203



Anexo 5: CEM Comisaria Cajamarca
Entre Amazonas y Ayacucho – Segundo Piso



APÉNDICES

“VIOLENCIA CONYUGAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER DEL DISTRITO DE CAJAMARCA 2023”

ENCUESTA SOBRE LA RELACION ENTRE VIOLENCIA CONYUGAL Y LA SALUD MENTAL

I. DATOS GENERALES

Departamento:			Provincia:		
	Distrito :			Centro Poblado:	

II. DATOS DE LA USUARIA

Cód. Usuario		Edad de la usuaria	años	Parentesco con el agresor		Tipo de violencia:	Física		Tipo de Riesgo:	leve	
							Psicológica			Moderado	
Ocupación (actividades que realiza cotidianamente):			N° de hijos (as)				Sexual			Severo	

III INFORMACION SOBRE LAS DIMENSIONES DE VIOLENCIA CONYUGAL

3.1 VULNERABILIDAD: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:

1	Desconocía que se debe tener un plan de seguridad frente a situaciones de violencia	a.	Si
		b.	No
2	Desconocía, a dónde acudir, cuando ocurrieron los hechos de violencia	a.	Sí
		b.	No

3	Desconocía, a qué institución o refugio acudir cuando se dieron los hechos de violencia	a.	Sí
		b.	No
4	Desconocía cuáles son sus derechos frente a situaciones de violencia	a.	Sí
		b.	No
3.2 INDEFENSION: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:			
5	Después de haber sufrido violencia usted decidió no denunciar inmediatamente	a.	Si
		b.	No
6	Después de varios hechos de violencia usted decidió denunciar	a.	Si
		b.	No
7	Fue una tercera persona quien la motivó a denunciar.	a.	Si
		b.	No
3.3. DEPENDENCIA: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:			
8	Su ex pareja cubre todos o casi todos los gastos de su hogar	a.	Si
		b.	No
9	Mantiene comunicación con su ex pareja	a.	Si
		b.	No
10	Guarda sentimientos de culpa por haber denunciado	a.	Si
		b.	No
11	Siente temor de realizar sola sus actividades diarias	a.	Si

		b.	No
3.4. AISLAMIENTO: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:			
12	Ante una situación difícil, no busca ayuda o apoyo en otras personas	a.	Si
		b.	No
13	Piensa que no cuenta con al menos un familiar en quien confiar	a.	Si
		b.	No
IV.- INFORMACION SOBRE LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL			
4.1. OPTIMISMO: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:			
14	Cree que no es necesario tener un proyecto de vida	a.	Si
		b.	No
15	Le cuesta disfrutar de sus actividades diarias	a.	Si -
		b.	No -
16	En general piensa que le van a suceder más cosas malas que buenas	a.	Si -
		b.	No
4.2. RESISTENCIA: Responde con un SI o NO las siguientes afirmaciones:			
17	Siente que ha disminuido su rendimiento en el trabajo, estudios o sus quehaceres en la casa	a.	Si
		b.	No
18	Siente que no puede sola, con todo el proceso posterior a la denuncia	a.	Si
		b.	No
19	Siente que necesita ayuda para continuar con su vida	a.	Si

		b.	No
20	Siente que necesita ayuda médica	a.	Si
		b.	No
21	Siente que necesita ayuda económica	a.	Si
		b.	No
22	Siente que necesita ayuda psicológica	a.	Si
		b.	No
4.3. AFRONTE: Responde con un SI o NO las siguientes preguntas			
23	¿Llora frecuentemente?	a.	Si
		b.	No
24	¿Ha tenido tantas preocupaciones que se le hace difícil pensar con claridad?	a.	Si
		b.	No
25	¿Ha perdido interés en las cosas que realiza?	a.	Si
		b.	No
26	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	a.	Si
		b.	No
27	¿Ha sentido que una o varias personas han tratado de hacerle daño?	a.	Si
		b.	No
28	¿Ha decidido no continuar con el proceso de la denuncia?	a.	Si
		b.	No
4.4. BIENESTAR FÍSICO: Responde con un SI o NO las siguientes preguntas			

29	¿Ha aumentado o disminuido su apetito?	a.	Si
		b.	No
30	¿Ha dormido o duerme mucho o duerme muy poco?	a.	Si
		b.	No
31	¿Se siente cansado/a, agotado/a con frecuencia?	a.	Si
		b.	No
32	¿Ha sentido molestias gastrointestinales?	a.	Si
		b.	No
33	¿Ha tenido o tiene dolores de cabeza?	a.	Si
		b.	No
34	¿Se ha sentido o siente nervioso/a o tenso/a?	a.	Si
		b.	No
35	Este proceso que ha vivido, considera que ¿ha incrementado los siguientes hábitos nocivos: fumar, consumir alcohol, desordenes alimenticios, automedicación. ?	a.	Si
		b.	No