Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Unidad de Posgrado

Depresión y autoestima asociados a la exposición a la violencia doméstica en adolescentes escolarizados de Abancay

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Katya Adele Isabel OCHOA SANCHEZ

ASESOR

Dra. Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ochoa, K. (2026). *Depresión y autoestima asociados a la exposición a la violencia doméstica en adolescentes escolarizados de Abancay*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Katya Adele Isabel Ochoa Sanchez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76306980
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9170-3999
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Rosa Elena Huerta Rosales
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08975381
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9197-6249
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Vladimir Illich Navarro Vargas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07872657
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Ynés Eliana Solano Guillén
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09483482
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Huarancca Mallqui
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10530195
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.5.2.1. Promoción y prevención de la salud Mental.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Apurímac Provincia: Abancay Distrito: Abancay Centro poblado: No aplica. Urbanización: No aplica. Manzana y lote: No Aplica. Calle: No Aplica. Latitud: -13.63426 Longitud: -72.8838
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2022 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE	Psicología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÈRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÌA

Av. Germán Amezaga n.º 375–Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 20:00 horas del día jueves 19 de marzo de 2026, en la Plataforma Virtual de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Mg. Vladimir Illich Navarro Vargas e integrado por:

Mg. Vladimir Illich Navarro Vargas	(Presidente)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Asesora)
Mg. Ynés Eliana Solano Guillén	(Informante)
Mg. Juan Carlos Huarancca Mallqui	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **KATYA ADELE ISABEL OCHOA SANCHEZ,** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada: **DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA ASOCIADOS A LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE ABANCAY,** con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

B MUY BUENO (18) Dieciocho

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 21.15 del 19 de marzo de 2026.

Mg. Vladimir Illich Navarro Vargas
Presidente

Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora

Mg. Ynés Eliana Solano Guillén
Informante

Mg. Juan Carlos Huarancca Mallqui
Informante

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Rosa Elena Huerta Rosales en mi condición de asesor acreditado mediante Dictamen N°000445-2024-UPG-VDIP-FPSI/UNMSM de la tesis, cuyo título es Depresión y Autoestima asociados a la Exposición a la Violencia Doméstica en adolescentes escolarizados de Abancay, presentado por la bachiller Katya Adele Isabel Ochoa Sanchez, para optar el Grado Académico de Magister en Psicología, con mención en Psicología Clínica y de la Salud,

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 11% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Grado Académico de Magister en Psicología, con mención en Psicología Clínica y de la Salud

Lima, 21 de abril de 2026.

UNMSM
Firmado digitalmente por HUERTA ROSALES Rosa Elena FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.04.2026 11:11:57 -05:00

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Rosa Elena Huerta Rosales.

DNI: 08975381

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A mi papá Alfredo Ochoa Arestegui,
por tu amor, tus consejos y tu cuidado.
Porque a pesar de tener el corazón cansado,
nunca dejaste de darme fuerzas.
Te envío un beso hasta el cielo mi flaquito hermoso,
allí donde me sigues mirando con la misma ternura.
Guardaré intacta la esperanza de volverte a ver,
Y mientras ese día llega….
Viviré, con el alma valiente, por los dos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por cada momento de aprendizaje y dicha.
A mi asesora, la Dra. Rosa Elena Huerta Rosales,
por su guía y confianza
A mi mami y mi hermana,
por ser mi soporte en todos los momentos difíciles,
Este logro también es suyo.

ÍNDICE

Pág.

Resumen 8

Abstract 9

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

1.1 Situación Problemática: 3

1.2 Formulación del problema: 7

1.3 Justificación de la Investigación: 7

1.4 Objetivos de la Investigación 9

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 11

2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación 11

2.2 Antecedentes del Problema 14

2.3 Bases Teóricas 20

2.3.1 Violencia y exposición a la violencia 20

2.3.1.1 Teorías explicativas 24

2.3.1.2 Factores de riesgo 28

2.3.1.3 Impacto psicológico 28

2.3.1.4 Consecuencias en la salud física y mental 29

2.3.1.5 Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia 31

2.3.2 Autoestima 33

2.3.2.1 Definición 33

2.3.2.2 Modelos Explicativos 34

2.3.2.3 Autoestima elevada y baja autoestima 35

2.3.2.4 Los seis pilares de la autoestima 35

2.3.3 Depresión 36

2.3.3.1 Definición 36

2.3.3.2 Teorías 36

2.3.3.3 La triada cognitiva 37

2.3.3.4 Esquemas cognitivos disfuncionales 38

2.3.3.5 Errores en el procesamiento de la información 39

2.3.3.6 Factores asociados a la depresión 40

2.3.3.7 Consecuencias 41
2.3.4 Adolescencia 42
2.3.4.1 Definición 42
2.3.4.2 Etapas de la adolescencia: 42
2.4 Marcos conceptuales o glosario 44
2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES 44
2.5.1 Hipótesis general: 45
2.5.2 Hipótesis específicas: 45
2.5.3 Identificación de variables: 46
2.5.4 Operacionalización de variables: 47
2.5.5 Matriz de consistencia: 48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 50
3.1 Tipo y Diseño de Investigación 50
3.2 Población de estudio 50
3.3 Muestra 51
3.3.1 Tamaño de muestra 51
3.3.2 Técnica de selección de muestra: 51
3.4 Variables de estudio 51
3.5. Técnicas de recolección de datos 52
3.6 Procedimiento de recolección de datos 59
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 59
3.9. Aspectos éticos 60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS 61
4.1. Análisis descriptivo de los resultados 61
4.2. Pruebas de hipótesis 63
CONCLUSIONES 77
RECOMENDACIONES 79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 80

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 *Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Exposición a la Violencia* 55

Tabla 2 *Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de Cuestionario de Exposición a la Violencia* 55

Tabla 3 *Análisis de confiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg* 57

Tabla 4 *Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg)* 57

Tabla 5 *Análisis de Confiabilidad del Cuestionario de depresión infantil* 58

Tabla 6 *Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de la Cuestionario de Depresión Infantil)* 59

Tabla 7 *Niveles de Exposición a la violencia en adolescentes según sexo* 61

Tabla 8 *Niveles de Autoestima en los adolescentes según sex*o 61

Tabla 9 *Niveles de depresión en los adolescentes según sexo* 62

Tabla 10 *Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable exposición a la violencia* 62

Tabla 11 *Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable autoestima* 63

Tabla 12 *Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable depresión* 63

Tabla 13 *Correlación entre exposición a la violencia y autoestima* 64

Tabla 14 *Correlación entre exposición a la violencia y depresión* 64

Tabla 15 *Correlación entre autoestima y depresión* 65

Tabla 16 *Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva* 65

Tabla 17 *Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa* 66

Tabla 18 *Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva* 66

Tabla 19 *Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa* 67

Tabla 20 *Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión* 67

Tabla 21 *Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión* 68

Tabla 22 *Correlación entre la autoestima positiva y la depresión* 68

Tabla 23 *Correlación entre la autoestima negativa y la depresión* 69

Tabla 24 *Diferencias de la exposición a la violencia según sexo* 69
Tabla 25 *Diferencias de la autoestima según sexo* 70
Tabla 26 *Diferencias de la depresión según sexo* 70

RESUMEN

Actualmente se enfrentan diversos desafíos sociales, por lo cual la exposición a la violencia vinculada con la autoestima y la prevalencia en la depresión no pasan desapercibidos. Objetivo: determinar la asociación de la exposición a la violencia doméstica con la autoestima y la depresión en los adolescentes de la ciudad de Abancay. Metodología: Estudio básico con diseño correlacional y trasversal en el que se trabajó con una muestra de 282 estudiantes. Así mismo, se emplearon los instrumentos: Cuestionario de Exposición a la Violencia, Escala de Autoestima de Rosenberg y Cuestionario de Depresión infantil- Kovacs. Resultados: Se encontró que la exposición a la violencia doméstica y la autoestima se relacionan de manera inversa ($r = -.276$, $p < .001$), lo cual sugiere que, a mayor exposición a la violencia, menor es la autoestima de los adolescentes. Asimismo, la exposición a la violencia doméstica y la depresión interactúan de manera directa ($r = .485$, $p < .001$), es decir que los adolescentes que enfrentan mayores niveles de violencia tienden a presentar más síntomas depresivos. Finalmente, la autoestima y la depresión tienen una relación inversa ($r = -.776$, $p < .001$), lo que confirma que los adolescentes con una baja autoestima son más propensos a experimentar síntomas depresivos. Conclusiones: Por tanto, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la exposición a la violencia doméstica con la autoestima y la depresión, lo que resalta la necesidad de abordar estos factores de manera integral en el bienestar emocional de los adolescentes.

Palabras clave: Exposición a violencia, violencia doméstica, autoestima, depresión, adolescentes.

ABSTRACT

Currently, various social challenges are being faced, making exposure to violence, its link to self-esteem, and the prevalence of depression issues that cannot be overlooked. This study aims to determine the association between exposure to domestic violence, self-esteem, and depression in adolescents from the city of Abancay. A basic study with a correlational and cross-sectional design was conducted, involving a sample of 282 students. The instruments used were the Exposure to Violence Questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale, and the Kovacs Children's Depression Inventory. The results indicate that exposure to domestic violence and self-esteem are inversely related ($r = -.276$, $p < .001$), meaning that greater exposure to violence is associated with lower self-esteem in adolescents. Additionally, exposure to domestic violence and depression show a direct relationship ($r = .485$, $p < .001$), suggesting that adolescents facing higher levels of violence tend to experience more depressive symptoms. Furthermore, self-esteem and depression have an inverse relationship ($r = -.776$, $p < .001$), confirming that adolescents with lower self-esteem are more prone to depression. In conclusion, there is a statistically significant relationship between exposure to domestic violence, self-esteem, and depression, emphasizing the need to comprehensively address these factors to support adolescents' emotional well-being.

Keywords: Exposure to violence, domestic volence, self-esteem, depression, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa una etapa en la vida del ser humano en la cual se suscitan cambios físicos, emocionales y sociales de suma importancia (Allen y Waterman, 2019). Al comprender la complejidad del desarrollo humano en sus diferentes etapas, también es posible apreciar la evolución de aspectos fundamentales, como la autoestima. En este contexto, las interacciones familiares cumplen un rol crucial. Cuando las dinámicas dentro del hogar se ven marcadas por situaciones de violencia, estas pueden alterar el desarrollo emocional de los adolescentes produciendo un gran impacto en su salud mental, perturbando su autoestima y propiciando la aparición de síntomas depresivos (Wagner et al, 2020).

De esta manera, la exposición a la violencia doméstica se erige como un gran problema que impacta en lo profundo de la sociedad, afectando a miles de familias en el Perú (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019). Su presencia dentro de los hogares representa un factor de riesgo, ya que compromete el bienestar psicológico de las víctimas directas e indirectas, interfiriendo en el desarrollo biopsicosocial del ser humano y dejando cicatrices a lo largo de la vida.

De acuerdo con la literatura, existe una asociación significativa entre la exposición a la violencia doméstica y la presencia de indicadores de depresión, así como la influencia que tiene sobre el desarrollo de la autoestima. En consecuencia, se ha dado pie a la construcción de un vasto cuerpo teórico que explica la relación de estos fenómenos y a que a su vez han servido como soporte de estudios internacionales y nacionales los cuales retratan esta problemática en función a sus contextos.

En el caso particular de los adolescentes de Abancay, se debe considerar que esta interacción adquiere matices propios de la cultura y la idiosincrasia de una ciudad que enfrenta sus

propios desafíos día a día. Todo lo anteriormente expuesto, contribuyó al desarrollo de la presente investigación la cual lleva por objetivo establecer la relación que existe entre la autoestima y la depresión asociadas a la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay. Además, busca aportar una contribución teórica que puede ser retomada, ampliada o enriquecida a través de futuras investigaciones. Brindando al mismo tiempo, una observación rigurosa y fundamentada de la realidad de los adolescentes. Para lo cual se apoyó en el uso de pruebas psicométricas estandarizadas, las cuales permitieron brindar una mirada académica del fenómeno de estudio.

Por lo tanto, desde una metodología cuantitativa, empírica y no experimental y con un diseño asociativo o correlacional, el trabajo pretende generar evidencia que contribuya a la creación de programas de prevención y promoción centrados en la salud mental enfatizando el entorno familiar, en los cuales se aborden las temáticas relacionadas con la autoestima y la depresión, buscando mitigar el impacto de la violencia doméstica en los hogares apurimeños y la población adolescente.

Finalmente, el desarrollo de la tesis comprende: en el primer capítulo se expone la situación problemática y el planteamiento del problema, así como los objetivos del estudio, su justificación e importancia. En el segundo capítulo, se explora el marco epistemológico**,** los antecedentes referentes al estudio, así como el sustento teórico general y conjunto de conceptos centrales que enmarcan la investigación. En el tercer capítulo se aborda la metodología. El cuarto capítulo expone los resultados y las discusiones generadas al partir del proceso investigativo. En el quinto capítulo se muestran las conclusiones las recomendaciones. Por último, se señalan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática:

La violencia doméstica representa una problemática persistente que afecta profundamente el bienestar psicológico de miles de familias en el Perú. Este fenómeno, se define como todas las conductas de abuso ejercidas en el contexto familiar (Levendosky et al., 2016). Además, su impacto no solo repercute en las víctimas directas, sino también en los niños, niñas y adolescentes que la presencian, o conviven con ella (English et al., 2005; Patias et al., 2014) constituyéndose en un factor que puede desencadenar la aparición de muchos trastornos mentales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En este contexto, el problema central que motiva el presente estudio consiste en comprender cómo la exposición a la violencia doméstica se vincula con características emocionales relevantes en la vida de los adolescentes, dado que constituye una población muy vulnerable ante estas experiencias, todo ello desde una mirada psicológica, explorando la relación de este fenómeno con los factores asociados al bienestar psíquico y sus repercusiones a nivel emocional (Abad et al., 2011).

En los últimos años, diversas instituciones internacionales han alertado sobre el incremento de la violencia y sus consecuencias en la salud mental enfatizando a la población joven, y de este modo, se ha sugerido que hasta 1000 millones de niños y adolescentes son víctimas de violencia en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Además, la OPS (2021) señala su impacto en la salud mental de los adolescentes y jóvenes, especialmente en Latinoamérica, donde la violencia se incrementó en un 75% respecto a los años anteriores tras el aislamiento social vivido durante la pandemia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021).

Específicamente, en Perú, se han reportado 20 854 casos de violencia doméstica durante el 2021, es decir 55% más con respecto al 2020 (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2021). Así mismo, el 84% del total de víctimas de violencia domestica son de sexo femenino (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC MINSA], 2021). Siendo Apurímac la cuarta región más afectada por este fenómeno (MINSA, 2021), se evidencia que esta problemática no es ajena a la realidad local. En la cual, particularmente el 72,8% de la población femenina de entre 15 a 49 años ha sufrido violencia en el ambiente familiar, siendo el principal agresor la pareja (INEI, 2019). De estas cifras se resalta que el 49,3% se asocia a violencia psicológica, el 44.1% hacen referencia a violencia física, un 6,2% a violencia sexual y un 0,4% a violencia económica (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2020). Estas estadísticas permiten observar que la violencia doméstica constituye un problema vigente y de alto impacto en la realidad específica de Apurímac y que sus repercusiones psicológicas también se extienden hacia los adolescentes del contexto urbano de Abancay.

De este modo, surge una preocupación respecto a los efectos de la exposición a la violencia doméstica (Pérez, 2016) a corto, mediano y largo plazo (El-Serag, 2020). Ya que esta situación puede estar asociada con el desarrollo de depresión en quienes la experimentan (Ravi, 2024).

A nivel internacional, diversos estudios han evidenciado la influencia de los factores de riesgo familiares en la aparición de trastornos depresivos. En este sentido, Shorey et al. (2021) reportan que la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo puede aumentar hasta un 34% cuando estos factores están presentes. Esta problemática se refleja en las estimaciones de la OMS (2021) que señala que alrededor del 13% de los adolescentes en todo el mundo padecen este trastorno. De manera similar, la UNICEF (2021) sugiere que el 15% de los adolescentes provenientes de países de renta media y baja experimenta ideación suicida, lo que subraya la

gravedad del problema en contextos vulnerables. En el caso del Perú, la situación no es menos preocupante, durante el 2021 se atendieron a 313 455 casos de personas con depresión y se estima que por cada ocho adolescentes uno tendrá un problema de salud mental (MINSA, 2022). Estos datos ponen en evidencia la magnitud de la depresión en los adolescentes y la necesidad de implementar estrategias de prevención y abordaje oportuno.

En consecuencia, la depresión se configura como una de las principales afectaciones emocionales vinculadas a contextos de violencia familiar, y en regiones como Apurímac, donde la violencia familiar tiene índices considerablemente altos, resulta pertinente examinar cómo estas experiencias adversas podrían relacionarse con el bienestar emocional de los adolescentes, dado que la literatura reporta conexiones consistentes entre ambas variables. Siendo, además, una región en la cual la depresión unipolar constituye la segunda mayor carga de enfermedad entre sus habitantes de 15 a 44 años, lo cual representa al 24, 8% de la población (MINSA, 2020). En esta línea, algunas investigaciones locales han buscado conocer los niveles de depresión en este grupo etario. Por ejemplo, Torres (2012) encontró que la depresión leve es mayor en adolescentes abanquinos en comparación con otras regiones del país. Este hallazgo sugiere que la depresión en esta población de Abancay constituye un problema prioritario y, por lo tanto, su relación con la violencia familiar requiere ser investigada con mayor profundidad.

Además de sus implicaciones a nivel emocional, Guasti y Gaibor (2022), señalan que la violencia interfiere con el desarrollo de las características personales de las víctimas, como la autoestima que se ve comprometida con un efecto de 9,8% (Haj-Yahia et al, 2018). Mundialmente se ha observado que existe una correlación entre la violencia doméstica y la autoestima positiva (Gaete, 2015; Nguyen et al.,2019) y a menor autoestima mayores son las probabilidades de que los adolescentes se encuentren inmersos en actos de violencia (Peralta et al., 2018). Por otro lado,

en Latinoamérica Naranjo (2007) sugiere que en situaciones relacionadas a problemas familiares los bajos niveles de autoestima suelen intensificarse. De este modo, la literatura científica señala que la exposición a experiencias violentas puede asociarse con alteraciones en la autovaloración de los adolescentes. Sin embargo, estas relaciones pueden variar según el contexto, por lo que resulta relevante examinarlas en poblaciones específicas como la de Abancay.

En Perú, Pujupat y Kunchikui (2021) identificaron que los niveles de autoestima de los adolescentes en Lima eran en un 50% alto. Sin embargo, en Apurímac, estudios descriptivos reflejan que la autoestima de los estudiantes apurimeños es media o baja (Quispe, 2019). Así mismo, Valderrama (2021) identificó que, entre los jóvenes apurimeños que han sufrido violencia, solo un 15.8 % presentó niveles altos de autoestima. Este hallazgo evidencia que la relación entre estas variables puede adquirir características particulares según la región y el contexto sociocultural. En ese sentido, resulta pertinente explorar cómo estas dinámicas se manifiestan en la población abanquina, donde también se reportan elevados índices de violencia familiar.

De esta manera, los datos presentan la incidencia de variables tan complejas como la exposición a la violencia doméstica, autoestima y depresión. Sin embargo, pese a la relevancia de estas variables, en Abancay aún existe una limitada producción científica que explore cómo se relacionan entre sí dentro de una misma población adolescente. Esta falta de evidencia dificulta el diseño de estrategias de prevención y atención focalizadas en la realidad local. Por ello, es importante realizar investigaciones que transporten aspectos teóricos a funciones más prácticas, especialmente considerando a los contextos socioculturales del estudio. En consecuencia, el presente trabajo busca llenar una laguna en el conocimiento actual respecto al comportamiento conjunto de estas variables en adolescentes de Abancay, justificando la necesidad y relevancia del estudio.

1.2 Formulación del problema:

1.2.1. Problema general

¿La autoestima y la depresión están asociadas la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay?

1.2.1. Problemas específicos

¿Qué relación existe entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre autoestima positiva y depresión en adolescentes de Abancay?

¿Qué relación existe entre autoestima negativa y depresión en adolescentes de Abancay?

¿Cuáles son los niveles de exposición a violencia en adolescentes de Abancay según sexo?

¿Cuáles son los niveles de autoestima en los adolescentes de Abancay según sexo?

¿Cuáles son los niveles de depresión en los adolescentes de Abancay según sexo?

1.3 Justificación de la Investigación:

Teóricamente busca completar un vacío existente en el estudio de la exposición a la violencia doméstica asociadas a la autoestima y depresión en el contexto clínico. Ello debido a que a pesar de los avances que se han dado con respecto a los efectos de la exposición a la violencia, aún queda mucho campo de estudio en razón a la interacción que esta variable tiene con la génesis y el mantenimiento de otros trastornos psicológicos, como la baja autoestima y la depresión. En este sentido, esta laguna en el conocimiento limita el desarrollo de enfoques clínicos que consideren tratamientos personalizados para las víctimas directas e indirectas en función de sus necesidades. Por consiguiente, busca contribuir al conocimiento científico (Ñaupas et al., 2014) y a su vez propone nuevas perspectivas con respecto a los mecanismos psicológicos que subyacen a la violencia doméstica. Permitiendo el debate académico y la reflexión, dando lugar a nuevas propuestas de estudio (Blanco y Villalpando, 2012). Además, al considerar un contexto específico, como el de Abancay, la investigación permite explorar las cómo las particularidades culturales y sociales pueden afectar la interacción de estas variables, por lo que ofrece un estudio contextualizado que permita sentar los cimientos sobre los cuales se puedan desarrollar propuestas teóricas más completas, brindando así una base sólida para futuras intervenciones clínicas y políticas.

En un sentido práctico, busca en abordar la problemática respecto a la exposición a la violencia, la autoestima y la depresión (Rodríguez, 2020). En este sentido, el fenómeno de la violencia acarrea consigo implicaciones en la salud mental de las víctimas, propiciando la aparición de trastornos depresivos y el detrimento de la autoestima. Por ello a través del presente estudio, se espera brindar una explicación detallada de la relación entre estas variables, que, a su vez, den pie al desarrollo de programas de intervención específicos que contemplen los efectos de estos fenómenos de estudio, así como sus secuelas psicológicas. En este contexto, mediante los

resultados de este estudio se abren muchas posibilidades con respecto al desarrollo de estrategias ajustadas a una realidad sociocultural, económica y emocional propias de la población de Abancay, generando propuestas que parten desde principios universales, pero a que su vez responden a las particularidades locales, considerando factores propios del lugar, como las tradiciones, la estructura familiar y las normas sociales las cuales pueden tener un grado de influencia en cuanto a la percepción y el abordaje de las situaciones de violencia.

A nivel social, el estudio adquiere importancia dentro del contexto de vulnerabilidad en el cual muchas personas se encuentran inmersas al estar expuestas a la violencia, por lo que busca resolver un problema social el cual se encuentra latente en una sociedad cada vez más cambiante (Ñaupas et al., 2014). Muy aparte de los efectos inmediatos sobre la salud física, la violencia tiene un impacto en el bienestar emocional y psicológico de las víctimas, especialmente en lo que respecta a la autoestima y la depresión. Además, este impacto no solo está relacionado con el individuo que experimenta la situación de violencia, sino que se extiende a niveles más complejos, afectando así a la estructura social y cultural de la comunidad. Por ello, a través de este estudio se pretende sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la prevención, así como el abordaje de esta problemática desde un punto de vista integral, en el cual se contemplen tanto las necesidades individuales como las colectivas. Buscando con ello, el fortalecimiento de las redes de apoyo, así como una mejora significativa en la respuesta de los agentes sociales y de salud frente a este fenómeno.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General:

Establecer la relación que existe entre la autoestima y la depresión asociadas a la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay.

1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre autoestima positiva y depresión en adolescentes de Abancay.

Determinar la relación entre autoestima negativa y depresión en adolescentes de Abancay.

Comparar los niveles de exposición a la violencia en adolescentes de Abancay según sexo.

Comparar los niveles de autoestima en los adolescentes de Abancay según sexo.

Comparar los niveles de depresión en los adolescentes de Abancay según sexo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación

En el marco epistemológico, la presente investigación encuentra afinidad con el paradigma positivista y post positivista, ya que por su naturaleza busca explorar la relación entre tres variables a través de la medición objetiva y el uso del análisis estadístico de la información. Por tal motivo, considera la realidad como un fenómeno medible y observable que puede ser descrita y analizada por medio de métodos cuantitativos (Comte, 1844). Sin embargo, también reconoce la susceptibilidad de los datos al estar sujetos a errores y limitaciones, reconociendo que el conocimiento no es absoluto.

En este sentido, también presenta los postulados de la perspectiva post positivista (Popper, 1959) que permite el apoyo en el análisis estadístico y probabilístico, a fin de garantizar la validez y confiabilidad de los resultados. De este modo, este estudio adopta un diseño no experimental y correlacional, en el cual no se ha realizado una intervención directa sobre las variables, contribuyendo al acervo teórico que se tiene con respecto a la depresión y autoestima asociadas a la exposición a la violencia doméstica, las cuales vistas desde un enfoque epistemológico guardan relación con los paradigmas positivistas y post positivistas en el campo del desarrollo del conocimiento científico.

Además del enfoque epistemológico, la investigación contempla un marco filosófico-histórico que posibilita la comprensión de las variables de estudio, entendiéndolas como el resultado de una evolución conceptual que ha tenido lugar a través de distintos períodos y autores relevantes.

De este modo, los conceptos de las variables no han surgido de manera reciente, como en el caso del estudio de la violencia, cuya definición ha sido abordada desde múltiples tradiciones

filosóficas. Partiendo desde la filosofía clásica, cuando Aristóteles (ca. 350 a. C./2007) consideraba la violencia como una acción que se opone al desarrollo natural del ser humano. En contraposición a Hobbes (1651/2004), quien años más tarde, en la modernidad, sostendría que la violencia se encuentra inherente al estado de naturaleza del hombre, mientras que Rousseau (1762/2010) la relaciona al surgimiento de las desigualdades sociales. Así mismo, con el paso del tiempo, el estudio de este fenómeno a dado lugar a su ampliación desde diferentes aristas, como Galtung (1969), quien, en el siglo XX, introdujo los conceptos de violencia estructural y cultural, considerando que esta no solo se refiere al daño físico, sino también a las limitaciones que son impuestas por las estructuras sociales.

En la actualidad, la psicología y las ciencias sociales comprenden la violencia como un fenómeno multicausal que involucra factores individuales, familiares, comunitarios y macrosociales, tal como lo proponen los modelos ecológicos contemporáneos (Heise, 2011; OMS, 2012). Asimismo, la evidencia reciente sugiere que la violencia es un comportamiento aprendido y reforzado en contextos determinados (Bandura, 1973), lo que respalda su estudio mediante métodos cuantitativos orientados a identificar patrones y correlaciones en poblaciones específicas.

Del mismo modo, con respecto a la autoestima, su estudio se remonta a sus raíces filosóficas las cuales estaban vinculadas a la autovaloración moral. En este sentido, Hume (1739/2007) y Smith (1759/2004) plantearon nociones tempranas estrechamente vinculadas al valor propio y la autopercepción social. Postulados filosóficos que fueron evolucionando y tomados en cuenta por la psicología científica, como James (1890) quien define por primera vez la autoestima como una relación entre las aspiraciones y los logros de una persona, dándole un enfoque medible. Posteriormente, Rogers (1951), desde el humanismo, buscó vincularla con la autoaceptación y la congruencia interna.

En la segunda mitad del siglo XX, Rosenberg (1965) consolidó la autoestima como un constructo operacionalizable mediante escalas, permitiendo su inclusión en investigaciones cuantitativas. La comprensión contemporánea la define como una evaluación global del propio valor, influida por los procesos cognitivos, las experiencias relacionales y los contextos socioculturales. En las últimas décadas, los enfoques más modernos, destacan que la autoestima se configura dinámicamente a partir de interacciones sociales, normas culturales y narrativas identitarias (Orth & Robins, 2014), lo que refuerza su relevancia en el estudio de contextos de violencia y salud mental.

En cuanto al concepto de depresión, se ha visto abordada desde la antigüedad cuando Hipócrates hacía mención a la "melancolía" como un trastorno originado por una serie de desequilibrios corporales, dando así un primer acercamiento al estudio de los estados de ánimo, que sirvió como un punto de partida para que más adelante, autores como Kraepelin (1899), en la modernidad, sentarán las bases de la clasificación psiquiátrica actual, definiendo a la depresión como un trastorno afectivo. De esta manera, se permitió la diversificación de su estudio desde diferentes corrientes psicológicas. Como en el caso de Freud (1917/2007), quien, desde el psicoanálisis, la interpretó como una reacción a la pérdida y al conflicto inconsciente. Años más tarde, bajo un enfoque cognitivo, Beck (1967) proporcionó una visión más completa, explicándola como el resultado de patrones de pensamiento negativos con respecto a uno mismo, el mundo y las expectativas futuras.

Las perspectivas contemporáneas coinciden en entender a la depresión como un trastorno multifactorial, integrado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Modelos actuales, como el enfoque biopsicosocial y las teorías de la vulnerabilidad-estrés, han permitido explicar cómo factores genéticos, eventos adversos, aprendizajes tempranos y procesos cognitivos interactúan

para dar lugar a síntomas depresivos (Ingram & Luxton, 2005). Asimismo, el desarrollo de instrumentos estandarizados y validados ha facilitado su medición objetiva, posibilitando análisis estadísticos y estudios correlacionales que fortalecen su comprensión científica.

En síntesis, la evolución filosófica y epistemológica de la violencia, la autoestima y la depresión muestra que estos constructos han transitado un extenso camino histórico, desde reflexiones filosóficas hasta modelos científicos multidimensionales. Las definiciones actuales que sustentan esta investigación son el resultado de dicho desarrollo acumulativo, y permiten abordar las variables desde un enfoque riguroso, coherente y basado en evidencia.

2.2 Antecedentes del Problema

Internacionales:

Kim et al. (2022) investigaron las experiencias adversas en la infancia (ACEs, por sus siglas en inglés) y su relación con los síntomas depresivos, considerando a la autoestima desde un rol mediador en Estados Unidos. La investigación de tipo cuantitativa, longitudinal contó con la participación de 10 702 jóvenes. Se aplicaron instrumentos estandarizados ampliamente validados para medir experiencias adversas, sintomatología depresiva y niveles de autoestima. En dicho estudio, se identificaron cuatro grupos de experiencias adversas: Maltrato infantil (16,8%), disfunción familiar (22,8%), violencia (12,5 %) y baja adversidad (47,8%). Los hallazgos indicaron que el grupo que experimentó maltrato infantil presentó un riesgo significativamente mayor de depresión frente a los otros grupos ($B = 2.31$, $p < 0.001$) en el cual la autoestima ejerce un rol mediador. Por otro lado, también se advirtió que el grupo violencia guardó relación con los síntomas depresivos ($B = 1.25$, $p < 0.05$), sin embargo, la autoestima no asumió un rol mediador significativo. En conclusión, el estudio evidencia que las experiencias de maltrato en la infancia incrementan de manera notable el riesgo de depresión, resaltando el papel potencial de la

autoestima como mediadora, y recomienda ampliar investigaciones que profundicen en este mecanismo.

Así mismo, Guasti y Gaibor (2022) ejecutaron un estudio cuyo propósito buscó identificar la relación entre la exposición a la violencia y la autoestima en Ecuador. Dicho estudio contó con una metodología cuantitativa, no experimental, correlacional y transversal en el cual participaron 106 adolescentes. Se emplearon cuestionarios estandarizados para la evaluación de ambas variables. De este modo, se encontró una relación significativa entre las variables ($p<0.05$; r=-, 380). Además, el nivel de exposición a la violencia moderada fue de un 80. 2% y la autoestima media y baja. En síntesis, el estudio evidenció que una mayor exposición a la violencia se asocia con niveles más bajos de autoestima en los adolescentes ecuatorianos evaluados, lo que refuerza la necesidad de profundizar en investigaciones que consideren el rol del género en esta relación.

Shah et al. (2020) investigaron desde una perspectiva cuantitativa, la prevalencia de la depresión y su relación con la autoestima y otros factores en 600 adolescentes de los emiratos árabes a quienes se evaluaron por medio de escalas estandarizadas. El estudio reveló que los síntomas depresivos se presentaron en el 17,2% de adolescentes. Así mismo, se encontró que la autoestima baja actuaba como un predictor significativo de los síntomas depresivos ($\beta = -0.45$, $p < 0.001$). Finalmente, se señala la existencia de síntomas depresivos en los adolescentes de esta región, por lo que se sugiere el aumento de mecanismos para la detección e intervención temprana.

Marçal (2022) exploró cómo la exposición a la violencia de pareja íntima (VPI) vivida en la infancia por los hijos de mujeres maltratadas podía influir en la salud mental durante la adolescencia, centrándose en los síntomas depresivos y ansiosos. El estudio empleó métodos cuantitativos, longitudinales y observacionales. La muestra estuvo conformada por 2425 madres, quienes fueron entrevistadas sobre las actitudes de sus hijos cuando los niños tenían 5, 9 y 15 años.

No se halló una asociación directa entre la exposición a VPI y los problemas de salud mental en la adolescencia; sin embargo, se resaltó el papel mediador de la inseguridad habitacional entre la relación de la VPI y la depresión. El estudio concluyó resaltando la importancia del desarrollo de políticas que permitan la protección de las víctimas de violencia directa e indirecta, así como de la inseguridad habitacional.

Seon et al. (2022) investigaron la relación de los eventos traumáticos infantiles (ACEs), la victimización por violencia de pareja y sus consecuencias en la salud en la adultez —física, mental y la depresión— mediante un estudio cuantitativo. La investigación contó con la participación de 3535 universitarios. Los datos se obtuvieron a través de pruebas psicométricas estandarizadas. Los resultados mostraron que las ACEs se correlacionan de manera directa con una peor percepción de la salud física ($\beta = .37$, $p < .001$), poca salud mental ($\beta = .64$, $p < .001$) y niveles más altos de depresión ($\beta = .40$, $p < .001$). El estudio concluyó sugiriendo que las experiencias adversas en la infancia ejercen un impacto a largo plazo sobre la salud en la adultez.

Silva y Ludermir (2021) realizaron un estudio cuantitativo cuyo objetivo fue analizar la relación entre la exposición a la violencia de pareja (VPI) y los trastornos mentales maternos (MMD) con la depresión infantil en Brasil. El estudio contó con la participación de 630 parejas de madre-hijo a quienes se le aplicaron instrumentos estandarizados. Los resultados mostraron que tanto la exposición a la violencia de pareja como la depresión materna manifiestan una asociación más fuerte con la depresión infantil durante el primer año de vida (OR = 9.1; IC 95%: 2.4–33.9). Finalmente, se señala la importancia de la detección temprana de situaciones de violencia, así como de los trastornos maternos mentales, para facilitar el trabajo en la prevención de la depresión infantil posteriormente.

Nguyen et al. (2019) buscó la asociación entre la baja autoestima, depresión e ideación suicida en adolescentes vietnamitas a través de un estudio cuantitativo, correlacional en el cual colaboraron 1149 estudiantes. Para la recolección de datos, el estudio empleó instrumentos validados reportados por los autores para medir cada variable. Se descubrieron las siguientes correlaciones: depresión y baja autoestima (r=0,234; p=0,000); depresión e ideación suicida (r=0,295 ; p=0,000) e ideación suicida y baja autoestima (r=0,209 ; p=0,001). De esta manera, se concluyó que la autoestima se asocia a depresión, ansiedad y estrés académico y repercute en la calidad de vida y la ideación suicida.

Nacionales:

Lechuga (2020) investigó, la relación entre la exposición a la violencia y la autoestima, mediante un estudio cuantitativo y correlacional, en el cual participaron 78 estudiantes limeños. Para ello, se aplicaron cuestionarios estandarizados que permitieron medir ambas variables y analizar sus asociaciones. Se encontró una relación inversa y significativa entre exposición a la violencia y autoestima ($p < 0.05$; $r = -0.25$); sin embargo, al analizar las dimensiones específicas de violencia no se hallaron asociaciones significativas. El estudio concluyó que, aunque existe una relación general entre ambas variables, las dimensiones particulares no muestran la misma consistencia.

Huayhua y Mamani (2022) analizaron el rol mediador de la autoestima entre la exposición a la violencia y el riesgo suicida en adolescentes limeños mediante un estudio cuantitativo, no experimental y transversal, realizado con 600 estudiantes. Se utilizaron instrumentos psicométricos validados para evaluar cada variable y se procesaron los datos mediante análisis de mediación. Los resultados mostraron que la autoestima cumple un rol mediador significativo ($\beta = -.23$, $p < .05$), además de una relación directa ($\beta = .19$, $p < .05$). Se concluye que la autoestima

modula la relación entre exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes limeños están mediados por la autoestima.

Corro (2020), se propuso investigar la relación entre sintomatología depresiva y la presencia de violencia intrafamiliar en un grupo de niños en Lima mediante un trabajo cuantitativo, correlacional, transversal aplicado en 123 menores. Para ello se administraron escalas estandarizadas de evaluación infantil orientadas a medir violencia y síntomas depresivos. Los resultados evidenciaron significancia estadística ($p < 0.05$ en mujeres; $p < 0.01$ para violencia psicológica grave), mostrando que las niñas presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva (27.1%) frente a los niños (11.3%). El estudio concluye que ser mujer y haber experimentado violencia incrementa el riesgo de depresión futura.

Bautista y Wollmann (2024) exploraron la relación entre violencia familiar y depresión en estudiantes de Chimbote. Mediante un estudio básico, cuantitativo, no experimental, correlacional evaluaron a 600 adolescentes. Para medir ambas variables se aplicaron instrumentos validados de evaluación de violencia y depresión. De esta manera, se comprobó la relación estadísticamente significativa entre violencia familiar y depresión ($p<0.01$; $r= -0.554$), además de ello se encontró que la relación entre estas variables era inversa. En tal sentido, Los autores concluyen la necesidad de detectar tempranamente estas problemáticas para prevenir consecuencias más severas.

Céspedes (2021) buscó conocer la relación entre la violencia familiar, autoestima y rendimiento académico mediante un estudio cuantitativo, correlacional en el cual participaron 55 estudiantes universitarios de Lima a quienes se administraron escalas psicométricas de violencia familiar, autoestima y rendimiento académico. Los resultados indicaron asociaciones significativas entre las variables ($p < 0.05$) y altos valores de pseudo R^2 de Nagelkerke (0.6822 a

0.9606). Se concluye que la violencia familiar y la autoestima influyen en el rendimiento académico.

Suaña (2023) investigó la autoestima y la depresión asociadas al rendimiento académico en estudiantes arequipeños mediante un estudio cuantitativo, transversal que contó con 279 jóvenes. Se utilizaron cuestionarios estandarizados para evaluar cada variable. De esta manera, encontró una relación significativa entre autoestima y rendimiento académico ($p < 0.001$, correlación del 31.1%). Por otro lado, la depresión también se vio asociada al rendimiento académico ($p = 0.002$). Se concluye que ambas variables psicológicas son determinantes en la vida académica.

Chipana y Balandra (2022) exploraron los niveles de autoestima y depresión en un grupo de adolescentes embarazadas de Andahuaylas mediante un estudio básico, cuantitativo, y correlacional, en el cual colaboraron 64 adolescentes. Se aplicaron instrumentos estandarizados de evaluación psicológica. Según el estudio, el 67% de las adolescentes evaluadas presentaron niveles de autoestima medio, mientras que un 59% presentaba síntomas depresivos. Así mismo, se encontraron datos sociodemográficos que permitieron la comprensión más exhaustiva de la realidad de las participantes. Por lado, en el contexto de Andahuaylas no se presentó una relación significativa entre las variables ($p > 0.05$). Se concluye la necesidad de estudios más profundos en este contexto.

León et al (2021), determinaron la influencia de la violencia familiar y la depresión en la autoestima de un grupo de confirmantes en Lima. Estudio que optó por una metodología no experimental y correlacional, en el cual participaron 140 personas. Se administraron escalas validadas para medir las tres variables. De esta manera, los resultados reflejan un valor de Chi-cuadrado de 8,130 y valor p= 0,00. Los hallazgos permiten concluir que tanto la violencia familiar

como la depresión influyen de manera significativa en la autoestima de los participantes, lo que demuestra que la exposición a entornos violentos y la presencia de sintomatología depresiva afectan directamente el autoconcepto y bienestar emocional.

Rodríguez (2023) investigó la relación entre autoestima y depresión en adolescentes con y sin violencia en Chimbote mediante un trabajo cuantitativo, no experimental y correlacional en el cual se recopilaron los datos brindados por 297 adolescentes. Se aplicaron instrumentos psicométricos validados para ambas variables. El estudio reveló que existe una relación significativa entre ambas variables ($p<0.05$; $r= -0.262$), además de ello, se encontró que la muestra con violencia presentaba correlaciones inferiores (r=-.125 a -.169*) a las muestras sin violencia (r=-.152 a -0,231*). El estudio concluye que existe una relación inversamente proporcional entre depresión y autoestima.

2.3 Bases Teóricas

2.3.0 Violencia y exposición a la violencia

La violencia es la utilización de la fuerza o el poder contra uno mismo o demás individuos (OMS, 2008). Así mismo, es un problema de salud pública (Espín et al., 2008). Existen 3 categorías generales: violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva (OPS, 2003). Pueden partir desde un nivel individual, hasta alcanzar niveles colectivos, involucrando actores estatales, organizaciones criminales y otros. (Krug et al., 2003).

Por su parte, la violencia doméstica, es todo acto de agresión física, psicológica o sexual que ocurre dentro del hogar (Mirat y Armendáriz, 2006). Es decir, ocurre dentro del contexto familiar, pero no necesariamente implica grados de consanguinidad entre las partes involucradas (Toro y Rodríguez, 2003). Por su parte, Gorjón (2004) describe a la violencia como un conjunto

de agresiones físicas o simbólicas, que surgen dentro de la familia, involucrando vínculos genealógicos entre agresores y víctimas.

La exposición a la violencia (EV) se manifiesta tácitamente, y puede darse de manera directa o indirecta cuando los niños son testigos de violencia (Orue y Calvete, 2012). Incluye estar en presencia de uno o distintos episodios de agresión, los cuales abarcan desde escuchar los conflictos, observar un episodio de violencia, o sus consecuencias, como las lesiones físicas o daños materiales producidos por un enfrentamiento, e incluso vivir en un ambiente con constante tensión o amenazas recurrentes (Edleson, 2007).

2.3.1 Violencia doméstica: conceptualización, tipologías y estado del arte

La violencia doméstica representa un fenómeno complejo, multicausal y dinámico que ha cobrado un especial interés por parte de las ciencias sociales, la psicología clínica y el campo de la salud pública. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la define como toda acción de naturaleza ya sea física, psicológica o sexual que venga de un miembro del núcleo familiar o de una alguien con quien la víctima tenga o haya sostenido una relación de convivencia. De esta manera, esta definición incorpora dimensiones relacionales, de poder y de control, las cuales han sido ampliamente estudiadas en las últimas décadas. Es por ello que, dentro del contexto científico contemporáneo, el estudio de este fenómeno no se limita a una sola definición, sino a un consenso general que converge en elementos comunes.

Autores como Heise (2011) y García- Moreno et al. (2015) sostienen que la violencia doméstica constituye un fenómeno estructural que involucra tanto factores individuales como normas sociales que permiten la perpetuación de la violencia. De este modo, el concepto ha ido evolucionando desde enfoques centrados únicamente en la agresión física hacía nuevas formas de conceptualización.

En este sentido, el estado del arte contemporáneo reconoce a las distintas tipologías de la violencia doméstica, las cuales pueden coexistir y reforzarse mutuamente y son conocidas como: la violencia física: comprendida como cualquier acto que origine un daño corporal, tales como los golpes, empujones, quemaduras, estrangulamiento, etc. (OMS, 2021); la violencia psicológica: conductas que deterioran la autoestima o buscan generar dependencia, miedo o humillación en las víctimas (Swart &Walker, 2016); la violencia sexual: cualquier acto sexual forzado que se realice sin la autorización o consentimiento de una de las partes (Heise et al., 2011); violencia económica o patrimonial: control sobre los recursos económicos, incluyendo también la restricción de la capacidad de trabajo o estudio o apropiación de bienes (MIMP, 2024); violencia simbólica: patrones culturales, creencias o normas que posibilitan la subordinación de un género o de un grupo (Bourdieu, 2001); violencia vicaria: referida como el daño físico o psicológico ejercida contra los hijos o seres queridos con el objetivo de afectar a la víctima principal (Catalán, 2024). De este modo, a través de esta clasificación es posible comprender la multiplicidad de expresiones que la violencia puede adoptar dentro del hogar, así como las vías por las cuales afecta a las víctimas directas e indirectas.

Desde una perspectiva epidemiológica, este problema de salud pública se considera como una epidemia silenciosa, dada su alta prevalencia y subregistro. En este sentido la OMS (2021), revela una de cada tres mujeres a nivel mundial ha experimentado un episodio de agresión física o sexual por parte de su pareja. Y desde una perspectiva mucho más cercana, en Latinoamérica, la prevalencia puede superar el 40% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022), situando a la región entre las más afectadas globalmente. La investigación reciente señala que este fenómeno presenta una estrecha asociación con problemas de salud mental como la depresión, ansiedad, estrés post trauma o el incremento del riesgo suicida (Lagdon,

Armour & Stringer, 2014), así como con dificultades socioemocionales y de conducta en niñas, niños y adolescentes expuestos a la violencia (Evans, Davies & DiLillo, 2008). En consecuencia, la violencia doméstica se reconoce hoy como uno de los principales determinantes sociales de la enfermedad y del bienestar humano.

En cuanto al análisis contemporáneo, han surgido diversos modelos teóricos integradores. Entre los cuales se encuentran el modelo ecológico ampliado (Heise, 2011); los modelos del ciclo de la violencia (Walker, 2016), los enfoques feministas e interseccionales (Crenshaw, 1991) y los aportes neuropsicológicos recientes (Teicher & Samson, 2016). Estos enfoques permiten comprender el fenómeno desde una perspectiva holística, integrando dimensiones psicológicas, biológicas y socioculturales.

Sin embargo, la violencia al ser un fenómeno multidimensional, extiende su estudio hacia otras ramas, desde las cuales también se hace posible su comprensión. En este sentido, desde un plano jurídico, la Convención de Belém do Pará (1994) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas (1979) constituyen los instrumentos internacionales fundamentales que orientan la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer. Además, en el Perú, el Congreso de la república (2015) mediante la Ley N.º 30364 proporciona un marco legal que reconoce las múltiples formas de violencia y a su vez, habilita mecanismos multisectoriales de protección y atención. No obstante, la evidencia revela que todavía persisten barreras estructurales como la desinformación, la dependencia económica, el estigma social y la revictimización institucional, lo que limita la eficacia de los procesos de denuncia y acceso a la justicia (García-Moreno et al., 2015).

Finalmente, dentro del contexto de la investigación, la variable suele operacionalizarse teniendo en cuenta la frecuencia de los episodios, el tipo de maltrato recibido, el grado de

cronicidad, la severidad de las consecuencias, tanto a nivel psicológico como físico, así como la percepción de riesgo y la exposición por parte de los niños, niñas y adolescentes a los episodios de agresión. Por lo cual, esta precisión conceptual resulta fundamental para el análisis de su relación con otros indicadores, como es el caso de la salud mental, el funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamiento, considerados como elementos esenciales para la comprensión del impacto que genera la exposición prolongada a la violencia en el desarrollo psicológico y emocional de las personas.

2.3.1.1 Teorías explicativas:

Modelos contemporáneos

La comprensión científica de la violencia doméstica se ha desarrollado gracias a diferentes modelos explicativos, que han sentado la base para un estudio más completo, que permite integrar factores individuales, relacionales, sociales y estructurales. Creando un enfoque contemporáneo multidimensional que ha facilitado el estudio a profundidad con respecto a los mecanismos psicológicos, socioculturales y biológicos que participan en la aparición y el mantenimiento de este fenómeno. Actualmente, el análisis de la violencia doméstica se sustenta en perspectivas que reconocen la interacción dinámica entre vulnerabilidades personales, desigualdades de poder, normas sociales y patrones históricos de violencia (OPS, 2013; Swart &Walker, 2016).

Entre ellos destacan, el modelo ecológico integrado propuesto por Heise (2011), el cual constituye una de las aproximaciones más completas para poder explicar la dinámica que asume la violencia en el hogar. Siendo un modelo que retoma los aportes de las teorías clásicas de Bronfenbrenner y a su vez los amplia incorporando una serie de factores estructurales, como son: la desigualdad de género, la discriminación, las normas patriarcales y la condición socioeconómica las cuales incrementan el riesgo a ser víctima de agresiones. Bajo este constructo, las agresiones

intrafamiliares se comprenden como el resultado de la interacción entre distintos niveles: individual, relacional, comunitario y sociocultural. De esta manera, se presenta una visión holística de un fenómeno tan complejo.

Así mismo, los modelos del ciclo de la violencia, que fueron formulados originalmente por Walker (2016) y describen la dinámica relacional propia de parejas en las que existe una situación de abuso. Este ciclo, se compone por las fases de acumulación de tensión, episodio de violencia y la calma o arrepentimiento, lo cual permite la explicación de la naturaleza repetitiva y progresiva de los episodios de maltrato. De este modo, se ha presentado un patrón de comportamiento que ha sido ampliamente confirmado por investigaciones posteriores y continúa siendo una fuente de referencia esencial para entender como se perpetua la violencia a través del tiempo.

Por otra parte, los modelos feministas e interseccionales (Crenshaw, 2013) aportan una perspectiva más crítica en la cual se enfatiza el papel de las estructuras sociales en la producción y el mantenimiento de los patrones de agresión en el hogar. Desde este enfoque, la violencia no solamente representa un fenómeno interpersonal, sino también una manifestación de sistemas de desigualdad los cuales presentan una estrecha relación con factores como el género, la clase social, la raza o la etnicidad. Por otro lado, la interseccionalidad posibilita analizar la manera en la cual las múltiples formas de opresión incrementan la vulnerabilidad ciertos grupos de mujeres, siendo especialmente aquellas con menores recursos o pertenecientes a un grupo étnico específico las más afectadas.

Finalmente, los avances recientes en neuropsicología han permitido conocer cuales son los efectos que el maltrato crónico puede genera en los sistemas biológicos de regulación emocional. De esta manera, se han realizado estudios los cuales muestran que el maltrato infantil produce efectos persistentes en la estructura y el funcionamiento cerebral (Teicher & Samson, 2016).

Generando modificaciones anatómicas claras en áreas relacionadas con la regulación emocional y ejecutiva, entre ellas la corteza cingulada anterior, la prefrontal dorsolateral y la orbitofrontal, así como el cuerpo calloso y el hipocampo. A ello se suma un aumento de la reactividad de la amígdala ante señales emocionales y una respuesta reducida del estriado cuando anticipan recompensas. Lo cual sugiere que muchas de estas alteraciones pueden entenderse como adaptaciones funcionales a contextos de adversidad, aunque al mismo tiempo incrementan el riesgo de desarrollar psicopatología a lo largo de la vida. Estos hallazgos complementan los modelos psicológicos previos y a su vez señalan la importancia de considerar los impactos neurobiológicos del maltrato.

En conjunto, todos estos fundamentos teóricos posibilitan el entendimiento de la violencia intrafamiliar desde un enfoque más completo, multicausal, complejo y dinámico. Por lo que su integración permite un análisis a profundidad, el cual resulta necesario para entender las distintas formas en la cual el maltrato se manifiesta y la dimensión del impacto que genera en sus víctimas tanto directas como indirectas.

Modelos clásicos

Si bien los modelos contemporáneos han facilitado la comprensión multidimensional de la violencia doméstica, estos avances teóricos se sostienen sobre las bases conceptuales desarrolladas a partir de modelos clásicos. Las teorías tradicionales no solo explicaron inicialmente cómo se aprende, mantiene y reproduce la violencia en el contexto familiar, sino que también ofrecieron las primeras aproximaciones sistemáticas a sus factores individuales y ambientales. Por ello, revisar estos modelos resulta fundamental, ya que proporcionan los cimientos sobre los cuales se han construido los enfoques actuales y permiten comprender la evolución histórica del conocimiento científico en torno a este fenómeno.

Teoría del aprendizaje social

Bandura (1973) sugiere que todo individuo puede adquirir, mantener y poseer una habilidad para presentar conductas de agresividad, sin embargo, este aprendizaje será expresado muy pocas veces, debido a su connotación negativa. Fundamenta sus principios en las leyes que rigen el conductismo (Moreno, 2005). Esta dinámica resulta muy similar cuando el objeto de estudio es el comportamiento agresivo, ya que existe la asociación entre determinados estímulos que producen comportamientos agresivos, los cuales se han sostenido en el tiempo debido al constante reforzamiento tras la aparición del estímulo desencadenante (Domenech y Iñiguez, 2002).

En este sentido, dicha teoría aborda la forma en la cual los efectos de la EV pueden repercutir en el repertorio de conductas de un sujeto, ya que expresamente refiere que estos comportamientos pueden ser aprendidos, sin embargo, su aprendizaje dista mucho de su ejecución, por lo cual existirán otros factores involucrados que posibilitará o no el que se manifiesten (Bandura, Ross y Ross, 1963; Domenech y Iñiguez, 2002).

Teoría Ecológica

Bronfenbrenner (1987) mediante su teoría Ecológica, expone que durante todo el ciclo vital se suscitan cambios de transiciones ecológicas. De este modo, Cuervo et al (2013) consideran que existen cuatro elementos fundamentales que se involucran en el comportamiento.

Macrosistema: manifestaciones culturales que van estrechamente relacionadas a un sistema de creencias o ideológico (Díaz-Loving y Rivera, 2010).

Exosistema: son organizaciones que han legitimado la violencia. Por tal motivo, a través de estos agentes se ha socializado la idea del hombre violento-protector y la figura de la mujer sumisa (Ferreira, 1992).

Mesosistema: involucra las relaciones interpersonales basado en los diferentes contextos sociales y culturales (Bronfenbrenner, 2002) y pueden enmarcarse los conflictos producto del desajuste en la convivencia (Cuervo et al., 2016).

Microsistema: roles y experiencias personales de las personas en desarrollo en un ambiente específico (Bronfenbrenner, 2002). Representa el mundo interior de una persona, su historia personal, familiar, consumo de sustancias psicotrópicas, así como el sistema de creencias, actitudes y conductas (Cuervo et al., 2013).

Es así bajo este modelo se sostiene que en una situación de violencia estos cuatro elementos se encuentran interrelacionados.

2.3.1.2 Factores de riesgo

Factores individuales en agresores: edad joven y bajos ingresos, consumo de sustancias historia familiar y comorbilidad con trastornos de personalidad o patologías previas (Black et al., 2003). Sin embargo, no constituye un determinante (OPS, 2013).

Factores de la relación: conflictos matrimoniales, inestabilidad del matrimonio, dominio masculino en la familia, presiones económicas y un mal funcionamiento familiar (OPS, 2013).

Factores comunitarios: El nivel socioeconómico, hacinamiento, desesperanza y la forma en como una comunidad interpreta y sanciona los actos de violencia (Rosales, 1999; OPS, 2013).

Factores sociales: Los espacios en los cuales el poder económico y la figura de autoridad recae en los varones (Levinson, 1989).

2.3.1.3 Impacto psicológico

Se estima que existen consecuencias psicológicas en las víctimas de violencia, propiciando incluso la aparición de problemas conductuales y emocionales (Mels y Fernández, 2013).

A nivel emocional, la autoestima puede verse severamente afectada (Wagner et al, 2020). De esta manera, las víctimas directa e indirectas pueden desarrollar sentimientos de culpabilidad en razón a la situación de abuso, y posteriormente pueden llegar a relacionarse con la dependencia emocional.

Por cuanto, los estragos en las víctimas indirectas, los adolescentes expuestos a situaciones de agresión entre sus padres o familiares pueden ser más susceptibles a desarrollar problemas de conducta (Cuevas et al., 2007; Ochoa y Pino, 2025). Por tal motivo, también presentan mayor riesgo de ser violentos en sus relaciones futuras. Además de ello, numerosos problemas a nivel emocional se encuentran con propensión a desarrollar trastornos depresivos y ansiosos (Wagner et al, 2020). Lo cual afecta significativamente en su desarrollo, incluso llegando a producir problemas cognitivos relacionados con problemas de la atención y rendimiento académico (Saltman et al., 1996).

Es fundamental el estudio del impacto de este fenómeno tan complejo, para poder responder de manera adecuada al llamado de las víctimas y facilitar el desarrollo de estrategias que permitan el abordaje de las secuelas psicológicas y emocionales que acarrea la violencia doméstica.

2.3.1.4 Consecuencias en la salud física y mental

Las consecuencias en la salud física pueden verse no solamente reflejadas en las lesiones producidas por la violencia, las cuales suelen tener un carácter inmediato y de gravedad o incluso fatales (García et al., 2024; OMS, 2012). Estas situaciones pueden agravarse desencadenando problemas de salud más severos. Las víctimas de violencia suelen ser conscientes de la existencia de un malestar biopsicosocial, por tal motivo presentan una peor salud auto percibida lo cual a su vez incrementa el uso más frecuente de los servicios de salud.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, más de seis de cada diez mujeres (65,4%) han manifestado moretones y dolores como consecuencia de padecer agresiones (INEI, 2014). Además, un 14,2% de las víctimas se vieron en la necesidad de recibir atención médica debido a la gravedad y complicaciones de las lesiones, siendo un problema más frecuente entre mujeres separadas, divorciadas o viudas, que son parte de un nivel de riqueza intermedio y residen en Lima Metropolitana, Apurímac y Madre de Dios (INEI, 2014).

La consecuencia más fatal, producto de la violencia doméstica es el feminicidio. En función a ello, se estima que a nivel global las mujeres presentan mayor riesgo de ser asesinadas por personas cercanas a ellas, como es el caso de sus parejas (OMS, 2012). En Perú, según la Defensoría del Pueblo (2025) en el 2024, se registraron 170 feminicidios en el país, elevando a más de 450 el total acumulado entre 2022 y 2024.

En razón a las repercusiones en la salud mental, las víctimas de violencia suelen experimentar secuelas más profundas, tales como: Trastornos de estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastornos de pánico o fobias específicas que perturban su bienestar emocional y a su vez incrementan la probabilidad de la aparición de más trastornos psicológicos asociados (Colque, 2020). En adición a ello, la OMS (2012) señala que las mujeres con una historia de abuso sexual temprano frecuentemente experimentan baja autoestima, así como una marcada dificultad para establecer límites personales saludables y mayor probabilidad de sufrir nuevamente violencia sexual.

En este sentido, el experimentar una situación de violencia exacerba el riesgo de padecer otros trastornos de salud mental (MINSA, 2024). Así mismo, dentro del contexto familiar las repercusiones se extienden más allá de las víctimas directas, involucrando de este modo a todo el sistema familiar, según Peredo (2021) el desarrollo infantil puede verse ampliamente afectado a

causa de la violencia. En la misma línea, la OMS (2012) menciona que el maltrato infantil, así como los abusos físicos, psicológicos y sexuales suelen presentar una fuerte relación con la aparición de comportamientos de riesgo en etapas posteriores tales como la predisposición al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, un inicio precoz de las actividades sexuales y una mayor probabilidad de la elección de parejas abusivas en la adultez, por lo que resulta imprescindible propiciar entornos saludables, seguros y estimulantes para el crecimiento integral de los menores.

Según datos proporcionados por el INEI (2024), el 45% de las mujeres que experimentaron violencia física no solicitaron ayuda. En este sentido, el 45% percibió que la situación no lo ameritaba, el 16,8% tuvo vergüenza y el 11,1% no contaba con la información necesaria con respecto a los servicios de apoyo.

2.3.1.5 Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia

Ante la exposición a la violencia doméstica las víctimas pueden desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento. De esta manera, Miracco et al. (2010) logró identificar distintas herramientas centradas en la emoción y la resolución de problemas que las mujeres maltratadas utilizan para poder enfrentar y superar distintas situaciones adversas. Encontrando también una función de empoderamiento en estos mecanismos de afrontamiento.

Por ello, resulta importante considerar la existencia de estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. En este sentido, se entiende que aquellos estilos adaptativos permiten el bienestar psicológico y facilitan la adaptación y manejo de situaciones complejas y altamente estresantes. Estas son la búsqueda de apoyo social y la solución activa de problemas, entre otras (Cerquera et al., 2020). Del otro extremo, las estrategias desadaptativas juegan un papel antagónico

en la recuperación de la víctima, al perpetuar el malestar y dificultar el proceso. Estas estrategias suelen ser: la negación, la evitación, etc.

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984) las personas utilizan estrategias para manejar situaciones estresantes, que pueden clasificarse en: centradas en el problema (aquellas que buscan intervenir sobre la causa del estrés) y centradas en la emoción (cuando se intenta regular la respuesta emocional ante la situación). En un contexto de violencia intrafamiliar, estos postulados son claves para brindar una explicación más certera con respecto a cómo las víctimas enfrentan las situaciones adversas.

Del mismo modo, las estrategias de afrontamiento suelen presentar un gran vínculo con respecto a los factores protectores, los cuales pueden ser: el apoyo social proveniente del respaldo por parte del círculo de apoyo, siendo la familia, amistades o la comunidad (Howell et al., 2018); las redes comunitarias que permiten a su vez el acceso a recursos locales en pro del desarrollo del sentido de pertenencia y seguridad; y acceso a terapia, que permite la intervención a nivel profesional y brinda estrategias saludables para ayudar a la víctima a procesar el trauma y desarrollo de su bienestar personal.

Por tanto, en un contexto de violencia doméstica, el uso de estas estrategias favorece el desarrollo de la resiliencia, entendida como la capacidad para enfrentarse y recuperarse positivamente frente a la adversidad. Es así como Masten, (2014) sugiere que este proceso se da cuando los individuos que han sido expuestos a situaciones traumáticas cuentan también con condiciones protectoras, de manera que la resiliencia surge como una respuesta natural al activarse los mecanismos de apoyo adecuados.

Por su parte, Richardson (2002), sostiene que la resiliencia no solo permite la recuperación tras una crisis, sino que también puede llegar a potenciar el crecimiento personal. En el contexto

de la violencia, las víctimas pueden restablecer su bienestar y alcanzar un nuevo equilibrio mediante un proceso continuo de transformación. No obstante, este desarrollo depende de la presencia de factores internos, como la autoestima y la regulación emocional y factores externos, como lo son el apoyo social y el acceso a recursos que permitan su recuperación.

2.3.2 Autoestima

2.3.2.1 Definición

Según Rosenberg (1965), la autoestima es el sentimiento valorativo de uno mismo, en un sentido positivo o negativo. Por lo que representan un fenómeno actitudinal que surge a causa de la influencia cultural y social (Villalobos, 2019). Es funcional (Panesso y Arango, 2017), dinámica (Leary y Baumeister, 2000), puede alcanzar niveles óptimos, llegando a ser plenamente consumada (Branden, 2022).

Así mismo, es de carácter jerárquico, se desarrolla a través del tiempo mediante experiencias de éxito o fracaso y la retroalimentación social, destaca el sentido de valor personal y la competencia percibida (Rosenberg, 1965).

Considerada a su vez como un "indicador" que refleja la aceptación social y el grado de inclusión que un individuo percibe por lo cual se señala la relevancia que tienen los factores internos y sociales en el proceso de construcción de la autoestima (Leary y Baumeister, 2000).

En contribución a los estudios de Roserbeng (1965), surge una teoría sociométrica (Leary y Baumeister, 2000) que propone a la autoestima como un "medidor" de la inclusión y la aceptación social de un individuo. A través de la autoestima una persona es capaz de percibir la aceptación o rechazo por parte de su entorno. Por lo cual, a su vez, la autoestima se comporta como parte de un mecanismo de regulación social, la cual nos lleva a cambiar nuestra conducta cada vez que percibimos rechazo con la finalidad de volver a incluirnos en un grupo. En consecuencia, esto destaca su importancia evolutiva, ya que, desde esta teoría, el ser humano busca la inclusión social.

Finalmente, se destaca la naturaleza dinámica de la autoestima, la cual puede variar en funcion de las experiencias sociales inmediatas (Leary y Baumeister, 2000).

2.3.2.2 Modelos Explicativos

Teoría del apego y la autoestima

Bowlby (1969, 1980) plantea a las relaciones de apego primarias establecidas con los padres y cuidadores como elementos de interés en su estudio. Ante ello, surge una base segura sobre la cual es posible la construcción de un sentido de valía personal y confianza con uno mismo. Entre sus principales postulados se destacan:

Los vínculos tempranos y la percepción del "yo", señalando que un apego seguro durante la infancia favorece al desarrollo de la autoestima. Caso contrario a los estilos de apego inseguros o ansiosos, ya que estos transmiten mensajes de rechazo o negligencia que serán internalizados (Mikulincer y Shaver, 2007).

Un punto de interés, son los modelos operativos internos (Bowlby,1980), que son representaciones mentales que se tienen con respecto al comportamiento propio y el de los demás. Por tanto, bajo estilos de apego seguros se promueve una autopercepción positiva, así como una visión confiable y segura del mundo (Schore, 2016).

Así mismo, se plantea una relación bidireccional entre la autoestima y el apego, sugiriendo que ambas interactúan de manera continua a través del tiempo, lo cual resulta interesante en el ámbito terapéutico (Mikulincer y Shaver, 2007).

Un estilo de apego seguro se asocia a un correcto desarrollo de autoestima, mientras que los estilos de apego evitativos o ansiosos se ven asociados a la baja autoestima (Orth et al., 2018)

2.3.2.3 Autoestima elevada y baja autoestima

La autoestima elevada se relaciona a: expectativas positivas, confianza, toma de decisiones, tolerancia a la crítica, asertividad y favorecen la expresión de sus convicciones (Naranjo, 2007).

Por otro lado, la baja autoestima se relaciona a: autocrítica, hipersensibilidad, incapacidad en la toma de decisiones, perfeccionismo, escasa tolerancia, pensamientos distorsionados, negativismo (García, 2005), trastornos ansiosos y depresivos (Rice y Gonzáles, 2000).

Según Mezerville (2007), hace la distinción entre dos tipos de componentes, los cuales pueden ser inferidos u observables.

Componentes inferidos de la autoestima: Permiten entender la apreciación que un individuo tiene de sí mismo, a nivel actitudinal. Estos son: Autoimagen: capacidad intrínseca para poder observarse así mismo, de la manera más real posible (Whittaker, 1997); Autovaloración: capacidad valorativa que un individuo tiene para sí mismo y para los demás (Merzeville, 2007) y Autoconfianza: relacionada con los sentimientos de seguridad para poder concretar acciones y obtener buenos resultados (Whittaker, 1997).

Componentes observables de la autoestima: Manifestación externa de los componentes abordados previamente. Estos son: Autocontrol: dominio que una persona tiene respecto de sus acciones (Hilgard et al., 2009); Autoafirmación: expresarse libremente, con autonomía, madurez, asertividad y autodirección (Merzeville, 2007) y Autorrealización: parte final del proceso en la cual se consuma la expresión adecuada de las propias capacidades y habilidades y del desarrollo (Erickson 1996; Frankl, 1970).

2.3.2.4 Los seis pilares de la autoestima

Branden (2022) propone elementos cruciales para el correcto desarrollo de la autoestima a los cuales denomina pilares, los cuales representan una dimensión importante en el mantenimiento

de una autoestima sana. Estos pilares son: Conciencia de uno mismo, aceptación, responsabilidad, autoafirmación, propósito, e integridad.

Así mismo, una autoestima verdadera, se construye a través de los factores: autocrítica, responsabilidad, respeto hacia uno mismo, establecimiento de límites y la autonomía. Considerándola como un proceso que puede adoptar diferentes niveles a lo largo de la vida de un individuo (Ortega, 2000).

2.3.3 Depresión

2.3.3.1 Definición

Trastorno que se asocia a distorsiones que son de naturaleza cognitiva, emocionales, somáticas y comportamentales (OMS, 2019) con síntomas relacionados al ánimo deprimido durante más de dos semanas, y la pérdida de placer en el desarrollo de actividades que anteriormente se realizaban sin ninguna interferencia, todo ello sin la presencia de alguna otra condición médica que pueda originarla (American Psychiatric Association [APA], 2013), suele asociarse al suicidio (Sudak, 2012).

Dado que la depresión repercute negativamente en la salud y tiende a persistir en la adolescencia (Delmas et al., 2011), su detección temprana ayuda a minimizar sus consecuencias negativas y mejorar la calidad de vida del adolescente (De Vega et al., 2016). Por lo que, las tasas de diagnóstico de depresión que se estiman en la infancia y la adolescencia son alrededor del 12,5% (Allgaier et al., 2012) y suele presentar elevadas tasas de recaídas (Hammen, 2009).

2.3.3.2 Teorías

Con respecto a su etiopatogenia, Aguilar y Blasco (2015) describen la heterogeneidad de la depresión, como un problema que puede ser abordado desde múltiples aristas y con una amplia gama sintomática. De este modo, en la actualidad hay un creciente número de teorías que pretenden explicar la etiología a un fenómeno de estudio tan complejo.

Para Beck (1967) la depresión se explica a través de un modelo cognitivo, que surge a raíz de la observación sistemática de enfoques clínicos y las investigaciones experimentales.

Este modelo se pretende explicar la depresión a través de 3 principios fundamentales, los cuales son: la tríada cognitiva, los esquemas y finalmente las distorsiones cognitivas. Así mismo, el estilo atribucional, desempeña un rol importante en el proceso emocional (Camuñas et al., 2019).

2.3.3.3 La triada cognitiva

Se explica mediante tres patrones negativos de naturaleza cognitiva que incitan a un individuo desarrollar y mantener estados depresivos.

El primer componente de esta tríada se enfoca en la apreciación negativa que se tiene sobre sí mismo. Se produce la subestimación y se concibe la idea de incapacidad para poder alcanzar la alegría y la felicidad. Estos patrones de pensamiento suelen ser originados en experiencias tempranas de crítica, rechazo o abuso y suelen actuar como predictores para la duración y la gravedad de los episodios depresivos (Burns y Spangler, 2001).

Así mismo, un segundo componente, es la tendencia a interpretar todas las situaciones vividas con una visión negativa, la cual se denomina como "visión negativa del mundo". Bajo esta perspectiva, una persona será capaz de interpretar negativamente las situaciones cotidianas, incluso aquellas son neutrales o positivas, reforzando de este modo, la aparición de conductas como el aislamiento social. Conforme a lo expuesto por Gotlib y Joormann (2010) la evidencia parece indicar que las personas deprimidas mantienen un procesamiento selectivo en función a la información negativa

Finalmente, el tercer componente, se refiere a la visión negativa que se tiene con respecto al futuro. Los individuos deprimidos desarrollan expectativas pesimistas con respecto a los esfuerzos que hacen para buscar su bienestar. En otros términos, la desesperanza se manifiesta

como la pieza clave que permite diferenciar la depresión de otros estados emocionales (Beck et al., 1967).

Por lo tanto, la depresión es un producto de la adquisición de patrones cognitivos negativos. Así mismo, permite la aparición de síntomas motivacionales negativos y la ideación suicida.

2.3.3.4 Esquemas cognitivos disfuncionales

Para Beck (1967) los esquemas son creencias centrales de naturaleza negativa y pesimista con respecto a uno mismo, al mundo y las expectativas sobre las cuales se organizan los modos de procesamiento de la información. Suelen desempeñar un rol esencial en cuanto a la aparición y mantenimiento de la depresión.

Estos esquemas surgen ante eventos altamente estresantes. Suelen presentar determinadas características como:

Rigidez: De naturaleza inflexible

Automatismo: Suelen aparecer de manera automática y subconsciente

Generación temprana: Encuentran su origen en la infancia o adolescencia, generalmente asociados a experiencias negativas, tales como: críticas, abusos o negligencia

Polarización: La información se interpreta en base a dos polos extremos “Todo o nada” “Blanco o negro”.

Las causas de la formación de estos esquemas suelen ser diversas y complejas, Teasdale (1983) propone al aprendizaje vicario como un factor mediante el cual los niños aprenden conductas pesimistas. Por su parte Koster et al. (2011) señala la importancia de las experiencias de abuso en la adquisición de esquemas de miedo o desconfianza. A las cuales también es posible adicionar las experiencias de rechazo, crítica o ausencia parental (Wang et al., 2020).

En cuanto los esquemas en sí, Beck (1967) logró identificar aquellos típicos: de inutilidad, de rechazo, de vulnerabilidad, de perfeccionismo y de fracaso. Los cuales se acentúan severamente en las personas con depresión. Así mismo, identificó el sistema mediante el cual estos esquemas operan. Encontrando 3 puntos importantes en su manifestación:

La activación: Un esquema puede permanecer latente o inactivo y manifestarse ante un evento altamente estresante.

Generación de pensamientos automáticos: Una vez activado un esquema, se desencadenan una serie de pensamientos autómatas.

Sesgos: Ante un evento determinado, un esquema puede alterar tanto la interpretación como el recuerdo de lo sucedido. Por lo que la información se ve sesgada, reforzando creencias negativas (Disner et al., 2011).

2.3.3.5 Errores en el procesamiento de la información

Son mecanismos que impiden desaparecer una creencia irracional, incluso a pesar de contar con evidencia que sugiere todo lo contrario (Beck, 1967). Los errores más usuales son:

Inferencia arbitraria: supone generar conclusiones anticipadas sin evidencia lógica, además de ello, también enfatiza el hecho de que a pesar de que exista evidencia que sugiera lo contrario, se presenta una fuerte tendencia a permanecer sujeto a las creencias irracionales.

Abstracción selectiva: refiere a la capacidad de centrarse en un detalle que se extrae fuera del contexto, por lo que las características más relevantes de la situación son ignoradas, y toda la experiencia se valora en función a la abstracción.

Generalización excesiva: Comprende al proceso de establecer una conclusión general o regla para todo, a raíz de un evento aislado, es decir, pensar que producto de una mala situación, todas las demás serán o tendrán el mismo desenlace.

Maximización o Minimización: Surgen con respecto a la evaluación de la magnitud de un evento, el cual será juzgado como muy relevante o irrelevante.

Personalización: representa la actitud o tendencia para realizar atribuciones personales con respecto a fenómenos externos, cuando no existe ninguna relación o base sólida para determinar dicha relación.

Pensamiento dicotómico: Representa la tendencia a clasificar cualquier suceso únicamente bajo dos parámetros, sin contemplar puntos medios (bueno o malo).

Así mismo, estas distorsiones suelen caracterizarse por ser autómatas, con una fuerte tendencia hacia la generalización excesiva y por guardar interacción con los esquemas disfuncionales (Disner et al., 2011).

Las distorsiones cognitivas pueden tener un impacto negativo en las personas con depresión, produciendo sesgos en la memoria, amplificando la vulnerabilidad frente a eventos altamente estresantes, o perpetuando las emociones negativas producto de los errores en el procesamiento de la información que, a su vez, refuerzan los esquemas negativos, formando ciclos (Beck, 1967; Teasdale, 1983).

2.3.3.6 Factores asociados a la depresión

Hoyos et al. (2012) sugieren que los trastornos mentales guardan relación con situaciones sociales:

Desestructuración familiar: Constituyen un factor de riesgo que pueden dar pie al desarrollo de trastornos mentales en los adolescentes, se encuentra estrechamente asociada a la ruptura o disolución de la familia, como en las familias monoparentales (Muñoz et al., 2021).

Dificultades en la relación con los padres, Hernández et al. (2021) consideran que los conflictos intrafamiliares, la poca capacidad de comunicación entre los integrantes del grupo

familiar, o las tensiones entre estos miembros incrementan las posibilidades de generar un trastorno depresivo en los adolescentes.

Otro de los factores asociados a la depresión es la baja cohesión familiar, que enfatiza una débil relación entre la familia, así como la falta de actividades compartidas y el apoyo mutuo (Hoyos et al., 2012).

Así mismo, Muñoz et al. (2021) mencionan que factores asociados a una escasa interacción social o bajo desarrollo de las habilidades sociales también representan un factor de riesgo para los adolescentes. Finalmente, aspectos tales como el desempeño académico, y las dificultades que surgen dentro del entorno educativo, también se han visto involucradas con la aparición de este trastorno.

2.3.3.7 Consecuencias

Datos de la OMS (2021) refieren que un 80% de adultos con depresión, reportaron interferencias con las actividades relacionadas al hogar, actividades sociales y labores debido a la depresión. Por cual este trastorno es considerado la principal causa mundial de discapacidad. Es así como para Del Cid (2021) estima que para el año 2030 se proyecta que la depresión será la principal causa de morbilidad.

En el caso de los adolescentes, la depresión constituye un problema de mayor magnitud, se estima que un 13% de los adolescentes de todo el mundo se ven afectados por al menos un problema de salud mental, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos con mayor prevalencia (OMS, 2023). Específicamente hablando de la depresión, su estudio se ha visto abordado en trabajos que señalan diferencias significativas en función al sexo, según Twenge (2020) las adolescentes mujeres duplican las probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo en comparación a varones. Por su parte, Nolen-Hoeksema (2001) señala que la causa podría estar

asociada a factores psicosociales, hormonales y biológicos, en el cual los roles de género, y las expectativas sociales pueden interferir en el incremento de la vulnerabilidad en las mujeres.

Asimismo, Sanz (2020) señala que, al tratarse de un trastorno altamente discapacitante, la depresión puede tener un impacto significativo en la vida de los adolescentes. En este contexto, la psicoterapia se convierte en un recurso fundamental para el proceso de recuperación, ya que se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. Esto ha permitido que los tratamientos sean más breves y específicos, especialmente en la población adolescente.

2.3.4 Adolescencia

2.3.4.1 Definición

Es la transición entre la niñez y la adultez, comprendida entre los 10 a 19 años (OMS, s.f.). Así mismo, este período conlleva cambios significativos que pueden ser tanto físicos como psicológicos, sociales, cognitivos y emocionales (Allen y Waterman, 2019). Así mismo, en este proceso las expectativas tanto positivas como negativas en los menores y sus familias pueden ser altamente estresantes.

Al respecto, Palacios (2019) resalta su importancia cultural y señala su aparición durante la segunda década de la vida iniciando entre los 10 a 13 años y finalizando entre los 18 y 25 años, sin embargo, esto puede estar sujeto a fluctuaciones.

2.3.4.2 Etapas de la adolescencia:

Adolescencia temprana (entre los 10 y 13 años)

Se van manifestando cambios corporales que incluyen: crecimiento de vellos (en zonas como las axilas y genitales), así mismo, el crecimiento de los senos en las mujeres, el desarrollo de tamaño en los testículos en el caso de los varones. Se estima que estos cambios ocurren primero en las niñas que en los niños (Allen y Waterman, 2019).

A nivel emocional, este período suele producir ansiedad o mucha curiosidad, surgen también posiciones extremistas, donde se experimentan emociones negativas (Siguenza, 2019). En cuanto a la relación con sus familiares, es probable que los preadolescentes puedan llegar a sobrepasar o mostrarse desafiantes con respecto a los límites ya establecidos, así mismo, existe la necesidad de explorar su independencia (Allen y Waterman, 2019).

Adolescencia media (entre los 14 y 17 años)

Los cambios corporales iniciados en la etapa previa siguen produciéndose. En los varones, ocurre el crecimiento repentino, cambio de voz, mientras en las mujeres los cambios físicos ya están casi completos con la estabilización del ciclo menstrual (Allen y Waterman, 2019).

Psicológicamente surgen grandes variaciones emocionales como consecuencia de los cambios hormonales que se manifiestan en irritabilidad o mayor sensibilidad (American Psychological Association [APA], 2022). Además, se explora la identidad y se muestra un interés por las relaciones románticas y sexuales, la autoexploración y autoestimulación comienzan a ser frecuentes (Gómez et al.,2019). En un sentido de búsqueda independencia, se establecen brechas emocionales con la familia más cercana y se otorga mayor importancia a las relaciones con sus pares (OMS, s.f.). A nivel cognitivo, el pensamiento abstracto permite la resolución de problemas cada vez más complejos y existe más conciencia de sí mismos (Steinberg, 2021).

Adolescencia tardía (entre los 18 y 21 años o más).

Por cuanto a la adolescencia tardía se estima, que durante esta etapa se los cambios físicos ya están constituidos en su totalidad. Se alcanza la altura adulta y se muestran mayores índices de resistencia física en comparación a otros estadios (Steinberg, 2021).

A nivel psicológico, existe mayor regulación emocional y capacidad para la solución de conflictos (APA, 2022). Además, la comprensión de la identidad suele estar lograda, por lo cual

se poseen ideales, metas y planes a futuro. Se espera una independencia plena y relaciones interpersonales estables (OMS, s.f.). Así mismo, muchas funciones que antes estaban en desarrollo ya se encuentren logradas, tales como: Control de impulsos, capacidad de toma de decisiones, capacidad de identificar y medir riesgos (Allen y Waterman, 2019). Del mismo modo, a nivel cognitivo se abre paso hacía el pensamiento abstracto y crítico, lo cual permite la toma de decisiones basada en un pensamiento más reflexivo (Steinberg, 2021). Aparece un sentido de independencia, que es mucho más "adulta" en la cual se busca la autonomía, aumenta el interés en temas globales y la participación en la sociedad.

2.4 Marcos conceptuales o glosario

Autoestima: Es la valoración que una persona tiene con respecto a sí misma y se construye por medio de las experiencias que una persona ha tenido durante su vida (Mejía et al, 2011).

Resiliencia: Es entendida como la capacidad que tiene una persona para poder hacer frente y recuperar de un problema, manteniendo una conducta adaptativa. (Garmezy, 1994).

Violencia doméstica: Refiere al maltrato, abuso de poder, que se da dentro del contexto familiar, ejercida en contra de un miembro de la familia (Sharma, 2020).

Exposición a la violencia: Presencia testimonial de múltiples manifestaciones de agresión, como robos, tiroteos, violencia física, psicológica, sexual, etc (Suarez et al 2017).

Depresión: Refiere al estado de ánimo de tristeza y desesperanza que manifestarse con síntomas puramente afectivos o abarcar síntomas comportamentales (OMS, 2022).

Adolescencia: Construcción social convencionalmente establecido de cultura en cultura, cuyo entendimiento ha ido modificándose a través de las generaciones (Papalia y Martorell, 2017).

2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 Hipótesis general:

Existe relación significativa entre la autoestima y depresión asociadas a la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay.

2.5.2 Hipótesis específicas:

Existe relación significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay.

Existe relación significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay.

Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay.

Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay

Existe relación significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay

Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay

Existe relación significativa entre autoestima positiva y depresión en los adolescentes de Abancay

Existe relación significativa entre autoestima negativa y depresión en los adolescentes de Abancay.

Existen diferencias significativas en los niveles de exposición a la violencia en los adolescentes de Abancay según sexo.

Existen diferencias significativas en los niveles de autoestima en los adolescentes de Abancay según sexo.

Existen diferencias significativas en los niveles de depresión en los adolescentes de Abancay según sexo.

2.5.3 Identificación de variables:

Variable 1: Exposición a la violencia doméstica

Contempla la exposición directa, en la cual se asume el rol de víctima, o indirecta la cual supone el ser testigo de dicha violencia (Buka et al, 2001). Dimensiones: Factores de primer orden: Observación y Victimización de la violencia y Factores de segundo orden: Exposición (casa, colegio, calle y tv)

Variable 2: Autoestima

Para Bravo y Fernández (2017) es la percepción individual que se genera a través de un juicio de aprobación o rechazo de una persona con respecto a sí misma. Dimensiones: Autoestima alta, Autoestima baja.

Variable 3: Depresión

Para la OMS (2021), la depresión conlleva un estado emocional que suele caracterizarse la tristeza o ausencia de disfrute o interés en actividad por un período de tiempo prolongado.

Variables de comparación: Sexo

Ampliamente utilizada en investigaciones comparativas, esta variable analiza las diferencias entre mujeres y hombres en función a sus experiencias, comportamientos o percepciones, por lo que permite reconocer patrones o desigualdades en distintos contextos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.5.4 Operacionalización de variables:

Cuadro de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Reactivos	Escala de Medición
Variable 1: EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Variable 2: AUTOESTIMA Variable 3: DEPRESIÓN	La exposición a la violencia considera tanto la exposición directa, en la cual se asume el rol de víctima, o indirecta, la cual supone el ser testigo de dicha violencia (Buka et al, 2001). **AUTOESTIMA:** percepción individual que se genera a través de un juicio de aprobación o rechazo de una persona con respecto a sí misma (Bravo y Fernández, 2017) **DEPRESIÓN:** estado emocional que suele caracterizarse la tristeza o ausencia de disfrute o interés en actividad por un período de tiempo prolongado. (OMS, 2021)	La variable se pudo cuantificar mediante el Cuestionario de Exposición a la violencia, cuyos autores son Orue & Calvete (2010). **AUTOESTIMA:** Escala de Autoestima de Rossenberg (RSE) Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno,2000) Adaptación peruana:Ventura et al. (2018). **DEPRESIÓN:** inventario de depresión infantil (CDI-S) Children's Depression Inventory Short Version (Ventura et al, 2020).	**EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA:** 1. Factores de primer orden: -Observación (casa, colegio, vecindario y tv) -Victimización (casa, colegio, vecindario) 2. Factores de segundo orden: Exposición en casa, colegio, vecindario **AUTOESTIMA:** -Autoestima positiva. -Autoestima negativa**.** **DEPRESIÓN:** -Disforia -Autoestima negativa	21 reactivos. **1. Factores de primer orden:** Observación: casa (3,10,17); calle (2,9,16); colegio (1,8,15), tv (4,11,18) Victimización: casa (7,14,21); calle (6,13,20); colegio (5,12,19), **2. Factores de segundo orden:** -Exposición en casa (3,10,17,7,14,21) -Exposición en colegio (1,8,15,5,12,19) -Exposición en vecindario (2,9,16,6,13,20) **AUTOESTIMA:** 10 reactivos. Items 1,2,3,4,6,7 Ítems 2,5,8,9 y 10 **DEPRESIÓN:** Disforia 1,5,7,8,9,10,12,16,17,18,20,21, 22,25,27. Autoestima negativa 2,3,4,6,11,13,14,15,19,23,24,26.	Exposición a la violencia doméstica: Ordinal Escala Likert 0 = "Nunca" 1= "Una vez" 2= "Algunas veces" 3="Muchas veces" 4="Todos los días" **AUTOESTIMA:** Ordinal Escala Likert 1 = "Muy en desacuerdo" 2= "En desacuerdo" 3= "De acuerdo" 4="Muy de acuerdo" **DEPRESIÓN:** Ordinal Escala Likert 1 = "Nunca" 2= "A veces" 3= "Siempre"

2.5.5 Matriz de consistencia:

Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis general	Hipótesis específicas	Variables	Técnicas de recolección de datos
Pregunta General **PG.** ¿La autoestima y la depresión están asociadas la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay? **PREGUNTAS ESPECÍFICAS** **PE.1** ¿Qué relación existe entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay? **PE.2** ¿Qué relación existe entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay? **PE.3** ¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay? **PE.4** ¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay? **PE.5** ¿Qué relación existe entre los	**Objetivo General:** **OG.** Establecer la relación que existe entre la autoestima y la depresión asociadas a la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay. **Objetivos Específicos:** **OE.1** Determinar la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay. **OE.2** Determinar la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay. **OE.3** Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay. **OE. 4** Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay **OE.5** Determinar la relación entre los	Existe relación significativa entre la autoestima y depresión asociadas a la exposición a la violencia doméstica en los adolescentes de Abancay.	**HE.1** Existe relación significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay. **HE.2** Existe relación significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay. **HE.3** Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva en los adolescentes de Abancay. **HE.4** Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa en los adolescentes de Abancay **HE.5** Existe relación	**Exposición a la violencia doméstica** **Autoestima:** **Depresión:**	**Exposición a la violencia doméstica:** Técnica de recolección: Encuesta Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) (Orue y Calvete, 2010) **Autoestima:** Técnica de recolección: Encuesta Escala de Autoestima Rosenberg. (Rosenberg,1965) (Ventura et al., 2019)

factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay? **PE.6** ¿Qué relación existe entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay? **PE.7** ¿Qué relación existe entre la autoestima positiva y la depresión en los adolescentes de Abancay? **PE.8** ¿Qué relación existe entre la autoestima negativa y la depresión en los adolescentes de Abancay? **PE.9** ¿Cuáles son los factores de primer y segundo orden de la exposición a la violencia en los adolescentes de Abancay según sexo? **PE.10** ¿Cuáles son los niveles de autoestima en los adolescentes de Abancay según sexo? **PE.11** ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adolescentes de Abancay según sexo?	factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay **OE. 6** Determinar la relación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay **OE. 7** Determinar la relación entre la autoestima positiva y la depresión en los adolescentes de Abancay **OE.8** Determinar la relación entre la autoestima negativa y la depresión en los adolescentes de Abancay? **OE. 9** Comparar los factores de primer y segundo orden de la exposición a la violencia en los adolescentes de Abancay según sexo **OE.10** Comparar los niveles de autoestima en los adolescentes de Abancay según sexo **OE.11** Comparar los niveles de depresión en los adolescentes de Abancay según sexo	significativa entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay **HE.6** Existe relación significativa entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión en los adolescentes de Abancay **HE.7** Existe relación significativa entre la autoestima positiva y la depresión en los adolescentes de Abancay **HE.8** Existe relación significativa entre la autoestima negativa y la depresión en los adolescentes de Abancay	**Depresión:** Técnica de recolección: Encuesta Inventario de Depresión Infantil (CDI) María Kovacs (1977) Borrero Briceño, Julio Cesar (2018)

Nota. PG= Pregunta General; PE = Pregunta específica; OG= Objetivo general; OE= Objetivo específico; HE= Hipótesis específicas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa, empírica y no experimental, debido a que busca la relación entre las variables de estudio a través de un proceso de recolección de datos y su respectivo análisis estadístico sin la manipulación intencional de los datos (Hernández et al., 2018). En un estudio cuantitativo, los datos obtenidos se analizan estadísticamente con el objetivo de establecer asociaciones entre las variables, de esta manera los resultados son objetivos y replicables. Además, al ser no experimental, no existe la intervención sobre ninguna de las variables, en tal sentido, los datos se observan de manera natural.

En cuanto al diseño de la investigación, esta se enmarca en un diseño asociativo-relacional, lo cual implica que el objetivo del estudio es examinar la asociación entre las variables sin establecer causalidad entre ellas (Ato et al., 2013). Los diseños asociativos se caracterizan por tener muestras que no se determinan aleatoriamente, por medir las variables cuantitativamente y por someter los datos a un análisis estadístico. En este caso, se opta específicamente por un diseño correlacional simple (DCS).

Finalmente, el estudio tiene un diseño transversal, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un espacio y tiempo determinado, evaluando cuestiones de prevalencia (Ato et al., 2013).

3.2 Población de estudio

Conjunto de fenómenos con características afines (Hernández et al., 2018). Conformada por 1240 estudiantes de 3° secundaria en el área urbana de Abancay (MINEDU SCALE, 2022).

3.3 Muestra

3.3.1 Tamaño de muestra

Según López (2004) es el subgrupo o parte de la población más representativo. En esta investigación, el tamaño de la muestra fue determinado por criterios del investigador, considerando a los 282 estudiantes cuyos padres firmaron el consentimiento informado y ellos mismos el asentimiento.

3.3.2 Técnica de selección de muestra:

Se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional por conveniencia (Hernández et al., 2017).

En este sentido, la investigación considera como criterios de inclusión a los estudiantes de 3° grado de secundaria de las instituciones educativas Miguel Grau y Nuestra Señora de la Mercedes, seleccionadas por ser representativas de la población de interés y por haber otorgado los permisos correspondientes. Así mismo, los criterios de inclusión consideran a los estudiantes que cuenten con el asentimiento informado; aquellos con matrícula 2023 vigente y quienes hayan completado los instrumentos brindados.

Como criterios de exclusión se consideran a los estudiantes que pertenezcan a otras instituciones educativas distintas a las mencionadas; aquellos que no cursen el 3° grado de secundaria y los estudiantes que no cuenten con la ficha de asentimiento informado.

Unidad de análisis

Estudiante de 3° grado de secundaria que pertenece a una Institución Pública.

3.4 Variables de estudio

Variable 1: Exposición a la violencia

Factores de primer orden:

Observación de la violencia en la casa, en el colegio, en el vecindario y en la televisión. Así como la victimización de la violencia en casa, en el colegio y en el vecindario.

Factores de segundo orden:

Exposición de la violencia en la casa, en el colegio y en el vecindario

Variable 2: Autoestima

Dimensiones: Autoestima positiva y Autoestima negativa.

Variable 3: Depresión

3.5. Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, según Caro (2020) es una de las técnicas descriptivas en las que el investigador recoge información de forma precisa y fluida y que no requiere la presencia de este durante la recogida de datos. Además de ello, se utilizó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, elaborada por la autora, con el propósito de obtener información relevante sobre las características de la muestra.

Una vez seleccionados los instrumentos, la recolección de datos siguió un procedimiento cronológico cuidadosamente planificado con el fin de asegurar la validez del proceso y la posibilidad de réplica del estudio. En primer lugar, se gestionaron los permisos ante las direcciones de las instituciones educativas Miguel Grau y Nuestra Señora de la Mercedes, para lo cual se presentó una solicitud en la cual se mencionaba el título y los objetivos del estudio, además se coordinaron las fechas y horarios de aplicación. Una vez obtenida la autorización, se entregaron los consentimientos informados dirigidos a los padres de familia y los asentimientos informados para los estudiantes, participando únicamente quienes devolvieron dichos documentos debidamente firmados.

El día de la aplicación, se brindó a los estudiantes una explicación clara sobre el propósito del estudio, la confidencialidad de la información, la voluntariedad de su participación y las instrucciones para responder los cuestionarios. La aplicación se realizó de manera grupal en las aulas asignadas, iniciando con la ficha sociodemográfica seguida de la

Escala de Exposición a la Violencia, la Escala de Autoestima y la Escala de Depresión, en un tiempo aproximado de 25 a 40 minutos.

Al finalizar, los instrumentos fueron revisados para verificar que estuvieran completos y libres de inconsistencias; aquellos que presentaron omisiones importantes fueron descartados según los criterios establecidos. Finalmente, los datos válidos fueron codificados y digitalizados en una matriz elaborada en Excel, para luego ser exportados al software Jamovi 2.2.5, resguardando los archivos físicos y digitales mediante medidas de confidencialidad adecuadas para proteger la información de los participantes. Asimismo, antes del análisis definitivo, se evaluó la validez y confiabilidad de los instrumentos mediante juicio de expertos y posteriormente a través de análisis de validez de constructo y confiabilidad interna utilizando el software RStudio, garantizando que las escalas utilizadas fueran adecuadas para la población del estudio. Como parte de este proceso, también se realizó una prueba piloto en un grupo distinto dentro del mismo colegio donde se aplicó la muestra final, considerando la similitud de características sociodemográficas y la accesibilidad logística, con la finalidad de verificar la claridad de los ítems y el adecuado funcionamiento de los instrumentos en un contexto similar al de la muestra final. En este sentido, se utilizaron las siguientes escalas:

3.5.1 Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV)

Ficha técnica:

Nombre	: Cuestionario de exposición a la violencia
Autores	: Orue y Calvete (2010)
Procedencia	: España
Administración	: Individual o colectiva
Edades de aplicación	: 8 a 17 años.

Compuesto por de 21 ítems con una escala tipo Likert donde (0=Nunca, 4 =Todos los días). Evalúa el nivel de exposición a la violencia (física, verbal y amenaza) en cuatro contextos

distintos (colegio, vecindario, casa y tv). Donde los factores de primer orden están relacionados a la observación y victimización y los factores secundarios unen a ambos tipos de exposición para cada contexto.

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron determinadas por sus autoras originales, quienes reportarlos los índices de ajuste (CFI= 0.93; NNFI = 0,92; SMSEA = 0.067) y $\chi 2 = 183$ que refleja un buen ajuste. Así mismo, los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach fueron (.73; .78; .71 y .77) para la observación de la violencia en el colegio, vecindario, casa y televisión; y (.79; .75 y .80) para la victimización en el colegio, vecindario y casa. Con respecto a los coeficientes α obtenidos para los factores de segundo orden los valores indicados fueron (.80; .86 y, .80) correspondientes a la exposición en colegio; casa y vecindario (Orue y Calvete, 2010).

Así mismo, se realizó el análisis test-rest volviendo a aplicar la prueba 6 meses después a un conjunto de 777 participantes. Los resultados obtenidos en dichas pruebas arrojan coeficientes α de 0.57, 0.55, 0.53 y 0.43 para la exposición a la violencia en la casa, en el colegio, en el vecindario y en la tv. (Orue y Calvete, 2010).

Propiedades psicométricas para el presente estudio:

Por cuanto a los procedimientos realizados para determinar la validez y confiabilidad del instrumento en el presente estudio. Se utilizó la validez basada en la evidencia de contenido, a través del criterio ocho jueces evaluadores quienes por medio de su experticia procedieron a calificar cada ítem, de esta manera la prueba contó con cociente de V de Aiken de 0,875. Así mismo para determinar la confiabilidad, se aplicó el instrumento en una prueba piloto de 44 estudiantes.

A continuación, la Tabla 1 expresa los valores hallados para determinar la confiabilidad del instrumento “Cuestionario de Exposición a la Violencia” en la muestra de los adolescentes

escolarizados de Abancay, encontrando un coeficiente McDonald's de 0.848 en general, el cual demuestra adecuados niveles de confiabilidad.

Tabla 1

Análisis de confiabilidad del Cuestionario de Exposición a la Violencia

	McDonald's ω
Observación de violencia en colegio	0.528
Victimización de violencia en colegio	0.688
Observación de violencia en casa	0.797
Victimización de violencia en casa	0.854
Observación de violencia en calle	0.600
Victimización de violencia en calle	0.697
Exposición violencia en televisión	0.815
Escala Total	0.848

Nota. ω<.80

Por otro lado, para determinar la validez de constructo para el Cuestionario de Exposición a la violencia en la muestra de adolescentes escolarizados de la ciudad de Abancay, se realizó el Análisis Factorial confirmatorio, con los siguientes valores, un CFI con un valor de 0.947 superior a 0.80 y por lo tanto aceptable, así mismo un TLI de 0.933 superior a 0.80 y por tanto, adecuado. Así mismo, se encontró un SRMR con un valor de 0,034 e inferior a 0,05 siendo este adecuado. El cual se presenta en la Tabla 2:

Tabla 2

Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de Cuestionario de Exposición a la Violencia

				RMSEA 90% CI	
CFI	**TLI**	**SRMR**	**RMSEA**	**Lower**	**Upper**
0.947	0.933	0.034	0.057	0.152	0.172

3.5.2 Escala de Autoestima- Rosenberg:

Ficha técnica :

Nombre Original	: Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg S-S)
Autor	: Rosenberg (1965).
Procedencia	: Estados Unidos
Adaptación peruana	: Ventura et al. (2018)
Población	: Adolescentes, adultos, personas mayores.
Administración	: Individual o colectiva.

Conformada por 10 ítems con redacción positiva y negativa. Cuenta con 4 opciones de respuesta donde (4=Muy de acuerdo; 1 = muy en desacuerdo). La mitad de la escala se redacta en forma positiva (ítems1,3,4,7 y 10), y en sentido negativo (ítems2,5,6,8 y 9) a los cuales se les asigna una puntuación inversa. De esta manera, una puntuación inferior a 15 indica una autoestima baja, situándose la autoestima normal entre los 15 y los 25 puntos.

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, Ventura (2018) señala que los índices de ajuste demostrados por la prueba (CFI= .967; SRMR =.038; RMSEA=.052) son considerados aceptables. Para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente H, demostrando valores >.80, por lo que estos resultados se consideran como buenos. Sin embargo, cabe precisar que únicamente en el ítem 8 se obtuvo un valor <.20, por lo que se recomienda retirarlo.

Propiedades psicométricas en el estudio:

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, se empleó la validez basada en la evidencia de contenido. Para ello, se contó con la evaluación de ocho jueces evaluadores quienes procedieron a calificar cada ítem. Como resultado, se obtuvo un cociente de V de Aiken de 1.

Por otra parte, la Tabla 3 presenta un coeficiente McDonald's ω de 0.855 a nivel global, con valores superiores a 0.70 en cada una de sus dimensiones. Estos resultados reflejan niveles

adecuados de confiabilidad en la Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicada a una muestra de adolescentes escolarizados en Abancay.

Tabla 3

Análisis de confiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg

	McDonald's ω
Autoestima Positiva	0.868
Autoestima Negativa	0.754
Escala Total	0.885

Nota. ω<.80

De igual manera, para evaluar la validez de constructo para la Escala de Autoestima de Rosenberg en la muestra de adolescentes escolarizados de la ciudad de Abancay, se llevó a cabo un Análisis Factorial confirmatorio. Los resultados obtenidos muestran un CFI de 0.949 y un TLI de 0.929, ambos superiores a 0.80 y, por tanto, adecuados. Además, el SRMR fue de 0,04 e inferior a 0,05 siendo adecuado. Estos resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4

Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg)

				RMSEA 90% CI	
CFI	**TLI**	**SRMR**	**RMSEA**	**Lower**	**Upper**
0.949	0.929	0.0402	0.0649	0.0663	0.109

3.5.3 Inventario de Depresión Infantil (CDI)- Kovacs:

Ficha técnica :

Nombre : Children’s Depression Inventory - Short Version

Autora original : María Kovacs (1992)

Procedencia : Estados Unidos

Adaptación Peruana : Borrero (2018)

Edades de aplicación : 7 a 18 años.

Cuenta con 27 ítems, escala tipo Likert con 3 puntos (0= ausencia de síntoma; 1= presencia leve y 2= presencia alta). Escala bidimensional: Disforia y la Autoestima Negativa.

Las propiedades psicométricas de la adaptación peruana según Borrero (2018) son las siguientes: Coeficiente Alfa = 0,78); Validez: V de Aiken entre (0,80 y 0,89). Así mismo, para determinar la validez de constructo se utilizó Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por medio de KMO (0,808) y Chi cuadrado de 1685,065 con una significación de 0.001. Además, se realizó la prueba de validez de constructo convergente, para lo cual se adiciona la prueba STAI (1989) el coeficiente de correlación Pearson (r=0,73) por lo que existe una correlación muy significativa entre ambos instrumentos. Finalmente, se consideró la validez de criterio concurrente, mediante el uso del cuestionario para niños CDS (Tea Ediciones) y CDI demostrando una correlación Pearson (r=0,71), demostrando una correlación estadísticamente significativa entre ambos instrumentos.

Propiedades psicométricas para el presente estudio:

Para establecer la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó validez basada en la evidencia de contenido, en la cual participaron ocho jueces expertos, quienes a través de sus conocimientos procedieron a calificar cada ítem, de esta manera se obtuvo un cociente de V de Aiken de 1.

Asimismo, se obtuvo un coeficiente McDonald's ω de 0.886 a nivel global, mientras que en las dimensiones de autoestima negativa y disforia se registraron valores de 0.750 y 0.839, respectivamente. Estos resultados, reflejan niveles adecuados de confiabilidad en el Cuestionario de Depresión Infantil, aplicado a una muestra de adolescentes escolarizados en Abancay, como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5

Análisis de Confiabilidad del Cuestionario de depresión infantil

	McDonald's ω

Autoestima negativa	0.750
Disforia	0.839
Escala Total	0.886

Nota. ω<.80

Por último, al determinar la validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio, reportó un CFI de 0.822 superior a 0.80 y por lo tanto aceptable, así mismo un TLI de 0.806 superior a 0.80 y por tanto, adecuado. Así mismo, se encontró un SRMR con un valor de 0,05 e igual a 0,05 siendo este adecuado en la muestra de adolescentes escolarizados de la ciudad de Abancay. Tal como lo expresa la tabla 6.

Tabla 6

Medidas de Ajuste (Análisis factorial confirmatorio de la Cuestionario de Depresión Infantil)

				RMSEA 90% CI	
CFI	**TLI**	**SRMR**	**RMSEA**	**Lower**	**Upper**
0.822	0.806	0.0588	0.061	0.0543	0.0676

3.6 Procedimiento de recolección de datos

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para sistematizar los resultados se utilizó el programa Excel que permitió organizar la información. Posteriormente estos resultados se analizaron a través del paquete estadístico JAMOVI 2.2.5. Para las propiedades psicométricas de los instrumentos, se hizo uso de la validez de contenido V de Aiken, así mismo se utilizó el AFC para evaluar la estructura interna. Por otro lado, para la evaluación de la confiabilidad se utilizó el coeficiente McDonald's ω omega.

Se realizaron las pruebas de normalidad a través de Shapiro- Wilks. Para la comprobación de hipótesis se utilizaron los coeficientes Spearman o Pearson, según la distribución de datos. También se determinó el tamaño del efecto. Para los resultados

descriptivos y comparación de grupos se utilizaron la T-Student o U de Mann Whitney según su pertinencia.

3.9. Aspectos éticos

Se consideró al código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú. Tomando en cuenta al principio de beneficencia, la finalidad última de la investigación es puramente académica. En cuanto al principio de la justicia, los hallazgos serán compartidos de manera universal. Sin embargo, se tomará con confidencialidad y bajo el anonimato la información brindada por cada colaborador. Y finalmente se apela al principio de autonomía, a través del documento específico del asentimiento informado y el consentimiento informado a los padres o tutores de los menores que participaron en el estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados

En la Tabla 7 se presentan los niveles de exposición a la violencia de los adolescentes escolarizados en la ciudad de Abancay según sexo. Se observa que la mayoría de los evaluados de ambos sexos presenta un nivel medio de exposición a la violencia, en el cual los adolescentes de sexo masculino representan el 51,49% y las adolescentes de sexo femenino el 60,14%.

Tabla 7

Niveles de Exposición a la violencia en adolescentes según sexo

Exposición a la violencia		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Bajo	f	64	59	123
	%	47.76%	39.86%	43.62%
Medio	f	69	89	158
	%	51.49%	60.14%	56,03%
Alto	f	1	0	1
	%	0.75%	0%	0%
Total	f	134	148	282
	%	100%	100%	100%

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje.

En la Tabla 8, respecto los niveles de autoestima tanto los como las adolescentes obtienen niveles altos de autoestima 95.52 % y 85.14 % respectivamente.

Tabla 8

Niveles de Autoestima en los adolescentes según sexo

Autoestima		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Medio	f	6	22	28
	%	4,48%	14,86%	9.93%
Alto	f	128	126	254
	%	95.52%	85.14%	90,07%
Total	f	134	148	282
	%	100%	100%	100%

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje.

Por último, la evaluación de los niveles de depresión en los adolescentes escolarizados de Abancay se muestra en la Tabla 9. Se encontró que el 56,72 % de los varones presentan un nivel bajo de depresión, mientras que el 64,19 % de las mujeres reportaron un nivel medio de depresión.

Tabla 9

Niveles de depresión en los adolescentes según sexo

Depresión		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Bajo	f	76	45	121
	%	56.72%	30.41%	42.91%
Medio	f	58	95	153
	%	43.28%	64.19%	54.26%
Alto	f	0	8	8
	%	0%	5.41%	2.84%
Total	f	134	148	282
	%	100%	100%	100%

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje.

4.2. Prueba de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para la variable Exposición a la violencia y sus respectivas dimensiones. Como se observa en la Tabla 10, la prueba determinó que, para las diferencias de grupos según sexo planteadas en la hipótesis descriptiva, se empleará el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, dado que los valores no siguen una distribución normal. Del mismo modo, para el análisis de correlaciones se utilizará el coeficiente Rho de Spearman.

Tabla 10

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable Exposición a la Violencia

		SW	N	Sig.
Observación de la violencia en casa	Total	0.925	282	<.001
	Masculino	0.872	134	<.001
	Femenino	0.953	148	<.001
Victimización de la violencia en casa	Total	0.917	282	<.001
	Masculino	0.869	134	<.001
	Femenino	0.950	148	<.001
Observación de la violencia en la calle	Total	0.980	282	<.001
	Masculino	0.967	134	.003
	Femenino	0.977	148	.015
Victimización de la violencia en la calle	Total	0.827	282	<.001
	Masculino	0.836	134	<.001
	Femenino	0.825	148	<.001
Observación de la violencia en el colegio	Total	0.972	282	<.001
	Masculino	0.965	134	.002
	Femenino	0.975	148	.009
Victimización de la violencia en el colegio	Total	0.936	282	<.001
	Masculino	0.949	134	<.001
	Femenino	0.911	148	<.001
Observación de la violencia en la televisión	Total	0.971	282	<.001
	Masculino	0.976	134	0.020
	Femenino	0.954	148	<.001

Nota. SW = Shapiro -Wilk; N = muestra; Sig = significancia estadística.

Así mismo, se ejecutó la prueba de normalidad para la variable Autoestima y sus dimensiones. En tal sentido, la Tabla 11 muestra que, para las diferencias de grupos según sexo planteadas en la hipótesis descriptiva, se utilizará el estadístico no paramétrico de U de Mann Whitney ya que los valores no se ajustan a una distribución normal. Del mismo modo, para el análisis de correlaciones se empleará el coeficiente Rho de Spearman.

Tabla 11

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable autoestima

		SW	N	Sig.
Autoestima positiva	Total	0.973	282	<.001
	Masculino	0.950	134	<.001
	Femenino	0.976	148	0.011
Autoestima negativa	Total	0.979	282	<.001
	Masculino	0.973	134	0.008
	Femenino	0.973	148	0.006

Nota. SW = Shapiro -Wilk; N = muestra; Sig = significancia estadística.

Finalmente, el análisis de normalidad realizado para la variable Depresión y sus dimensiones determinó que, para comparar los grupos según sexo, se utilizará el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, debido a que la mayoría de los valores se ajustan a una distribución no normal. Del mismo modo, para analizar las correlaciones se utilizará el coeficiente Rho de Spearman, como se expone en la Tabla 12.

Tabla 12

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk para la variable depresión

Dimensiones depresión		SW	N	Sig.
Autoestima negativa	Total	0.983	282	<.002
	Masculino	0.977	134	0.024
	Femenino	0.983	148	**0.073**
Disforia	Total	0.981	282	<.001
	Masculino	0.975	134	0.014
	Femenino	0.986	148	**0.132**

Nota. SW = Shapiro -Wilk; N = muestra; Sig = significancia estadística.

4.2. Pruebas de hipótesis

4.2.1 Contrastación de hipótesis generales:

Según la hipótesis general, la Tabla 13 muestra la correlación entre la autoestima y la exposición a la violencia. Se observa que ambas variables están relacionadas y que dicha relación es inversamente proporcional. Es decir, a mayor exposición a la violencia, menor nivel de autoestima. Asimismo, el tamaño del efecto, calculado mediante el coeficiente de determinación (r^2) es de 0.07, el cual indica un efecto pequeño (Cohen, 1988). Por lo tanto, aunque la relación es estadísticamente significativa, su magnitud es baja.

Tabla 13

Correlación entre exposición a la violencia y autoestima

		Exposición a la violencia
Autoestima	r	-0.276
	r2	0.07
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Así mismo, la Tabla 14 muestra la relación entre depresión y exposición a la violencia, evidenciando una relación directa entre ambas variables. Esto indica que los participantes con mayor exposición a la violencia tienden a presentar niveles más altos de depresión. Además, el tamaño del efecto obtenido es de 0.189, lo que corresponde a un efecto pequeño según Cohen (1988). Por lo tanto, aunque la relación es estadísticamente significativa, su magnitud es reducida.

Tabla 14

Correlación entre exposición a la violencia y depresión

		Exposición a la violencia
Depresión	r	0.435
	r2	0.189
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Además, se presenta la tabla 15 muestra la correlación entre autoestima y depresión. En este sentido, hay una relación inversa entre ambas variables. Estos resultados sugieren que a mayor nivel de depresión se presentan menores niveles de autoestima. Además, el tamaño del

efecto es de 0.60, el cual indica un efecto mediano (Cohen, 1988). Por tal motivo, existe una relación estadísticamente significativa, siendo la magnitud de la correlación mediana.

Tabla 15

Correlación entre autoestima y depresión

		Depresión
Autoestima	r	-0.776
	r2	0.6
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

En relación con las hipótesis específicas, que plantean la correlación entre la autoestima positiva y los factores de primer orden de la exposición a la violencia, la Tabla 16 muestra que solo los factores de observación y victimización de la violencia en el hogar presentan una correlación estadísticamente significativa e inversa.

Esto sugiere que los adolescentes de Abancay con mayor exposición a la violencia en la casa presentan niveles más bajos de autoestima. Además, el tamaño del efecto r^2 fue de 0.108 y 0.059, respectivamente, lo que indica efectos pequeños según Cohen (1988).

De esta manera, se confirma la existencia de correlaciones significativas entre los factores de observación y victimización de la violencia en casa y la autoestima positiva, aunque con una magnitud reducida.

Tabla 16

Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva

		Observación colegio	Victimización colegio	Observación casa	Victimización casa	Observación calle	Victimización calle	Observación Tv
Autoestima positiva	r	-0.059	-0.116	-0.328	-0.242	-0.007	-0.06	-0.024
	r2	0.003	0.001	0.108	0.059		0.0036	0.00058
	Sig	0.325	0.052	**< .001**	**< .001**	0.913	0.313	0.694
	N	282	282	282	282	282	282	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Por otro lado, La Tabla 17 presenta la correlación entre la autoestima negativa y los factores de primer orden relacionados con la exposición a la violencia. Se encontró una correlación significativa e inversa entre todos los factores de primer orden y la autoestima negativa ($p < 0.05$). Esto sugiere que los adolescentes escolarizados en Abancay que

experimentan un mayor nivel de observación y victimización de la violencia muestran niveles más bajos de autoestima negativa. Además, los coeficientes de determinación (r^2), fueron los siguientes: en el contexto escolar, 0.015 para observación y 0.081 para victimización; en el hogar, 0.095 para observación y 0.132 para victimización; en la calle, 0.022 para observación y 0.035 para victimización; y en la televisión, 0.034 para observación de la violencia. Según Cohen (1988), estos valores reflejan efectos pequeños en todos los casos.

Tabla 17

Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa

		Observación colegio	Victimización colegio	Observación casa	Victimización casa	Observación calle	Victimización calle	Observación Tv
Autoestima negativa	r	-0.121	-0.285	-0.308	-0.363	-0.149	-0.188	-0.184
	r2	0.015	0.081	0.095	0.132	0.022	0.035	0.034
	Sig	0.043	< .001	< .001	< .001	0.012	0.002	0.002
	N	282	282	282	282	282	282	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Asimismo, la Tabla 18 muestra la correlación entre la autoestima positiva y el factor de segundo orden, violencia en casa, dentro de la exposición a la violencia. Se halló una relación significativa e inversa, es decir, a mayor nivel de exposición a la violencia en el hogar, se presentan niveles más bajos de autoestima. Además, el tamaño del efecto (r^2), fue de 0.094, lo que indica un efecto pequeño según Cohen (1988). Por lo tanto, se confirma la existencia de asociaciones significativas entre el factor de segundo orden, exposición a la violencia en el hogar y la autoestima positiva, sin embargo, se advierte que magnitud de esta correlación es pequeña.

Tabla 18

Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima positiva

		Factor de segundo orden violencia en casa
Autoestima Positiva	r	-0.308
	r2	0.094
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

A continuación, la Tabla 19 presenta la correlación entre la autoestima negativa y el factor de segundo orden, violencia en el hogar. Se encontró una correlación inversa y

estadísticamente significativa. En el contexto de Abancay, esto significa que aquellos adolescentes con mayor exposición a la violencia en el hogar tienden a mostrar menores niveles de autoestima negativa. Además, el tamaño del efecto r^2, resultó ser 0.133, lo que sugiere un efecto pequeño según Cohen (1988). En resumen, existen correlaciones significativas entre el factor de segundo orden violencia en casa, de la exposición a la violencia y la autoestima negativa, pero con una magnitud pequeña.

Tabla 19

Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la autoestima negativa

		Factor de segundo orden violencia en casa
Autoestima negativa	r	-0.365
	r2	0.133
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

En adición, la Tabla 20 se observa la relación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión, la cual es significativa y directa para todas las dimensiones. En este sentido a mayor nivel de exposición a la violencia se presentan mayores niveles de depresión. Asimismo, se calcularon los tamaños del efecto (r^2), mediante el coeficiente de determinación, obteniendo valores de 0.052, 0.087, 0.128, 0.184, 0.042, 0.056 y 0.057, los cuales indican efectos pequeños en todos los casos (Cohen, 1988). Por lo tanto, existen relaciones significativas entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión, aunque la magnitud de estas correlaciones es pequeña.

Tabla 20

Correlación entre los factores de primer orden de la exposición a la violencia y la depresión

		Observación colegio	Victimización colegio	Observación casa	Victimización casa	Observación calle	Victimización calle	Observación Tv
Depresión	r	0.228	0.295	0.358	0.429	0.205	0.236	0.239
	r2	0.052	0.087	0.128	0.184	0.042	0.056	0.057
	Sig	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
	N	282	282	282	282	282	282	282

Nota. r = rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Del mismo modo, la Tabla 21 presenta la relación entre el factor de segundo orden, violencia en casa, el cual es parte de la exposición a la violencia y la depresión. Se observó una

correlación directa y estadísticamente significativa. Esto indica que, a mayor nivel de exposición a la violencia en el hogar, los niveles de depresión también aumentan. Además, se determinó el tamaño del efecto (r^2), obteniendo un valor de 0.185, lo que sugiere un efecto pequeño según Cohen (1988). En consecuencia, se establecen correlaciones significativas entre la violencia en el hogar, como factor de la exposición a la violencia, y la depresión, aunque la magnitud de la correlación es pequeña.

Tabla 21

Correlación entre el factor violencia en casa de segundo orden de la exposición a la violencia y la depresión

		Factor de segundo orden violencia en casa
Depresión	r	0.43
	r2	0.185
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r = rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

A su vez, la Tabla 22 muestra la correlación encontrada entre la depresión y la autoestima positiva, la cual es significativa e inversa. Esto sugiere que, a mayor nivel de depresión, los niveles de autoestima positiva tienden a ser más bajos. En adición, el tamaño del efecto (r^2) fue de 0.479, lo que indica un efecto mediano según Cohen (1988). En conclusión, se establece una relación significativa entre la depresión y la autoestima positiva, con una magnitud de correlación mediana.

Tabla 22

Correlación entre la autoestima positiva y la depresión

		Depresión
Autoestima positiva	r	-0.692
	r2	0.479
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Sumado a ello, la Tabla 23 muestra a la depresión y la autoestima negativa con correlación significativa e inversa. En este sentido, para los adolescentes de la ciudad de Abancay, a mayor nivel de depresión se presenta menores niveles de autoestima negativa. Así mismo, el tamaño del efecto (r2), reporta un valor de 0.479 indicando un efecto mediano

(Cohen, 1988). Por lo tanto, existe una relación significativa entre la depresión y la autoestima positiva, siendo la magnitud de esta correlación mediana.

Tabla 23

Correlación entre la autoestima negativa y la depresión

		Depresión
Autoestima negativa	r	-0.736
	r2	0.541
	Sig	< .001
	N	282

Nota. r =rho de Spearman; r2 = coeficiente de determinación, Sig= valor de probabilidad; N= muestra.

Por otro lado, la Tabla 24 muestra las diferencias de la exposición a la violencia según sexo en cada una de sus dimensiones, revelando diferencias significativas ($p<0.05$) en cuanto a la observación y victimización de la violencia en el hogar, así como en la victimización de la violencia en el colegio. Se calculó el tamaño del efecto mediante la correlación biserial (rbis). Los resultados indicaron un tamaño en el efecto de (0.34 y 0.31) para la observación y victimización de la violencia en el hogar, lo que sugiere un efecto de magnitud media y (0.14) para la victimización de la violencia en el colegio, siendo el efecto pequeño (Cohen, 1998). Respecto a las diferencias de rangos entre los grupos, se encontró que, para la observación (con un valor de 3.91) y la victimización (con un valor de 4.03) de la violencia en casa, las mujeres experimentaron un mayor rango promedio en el índice de exposición. En contraste, para la victimización de la violencia en el colegio, los varones mostraron un valor de 3.20, lo que sugiere un rango promedio más que el de las mujeres.

Tabla 24

Diferencias de la exposición a la violencia según sexo

Variable	Rango promedio		U de Mann Whitney	p	rbis
	Masculino	Femenino			
Observación de la violencia en casa	2.41	3.91	6517	**<.001**	0.342
Victimización de la violencia en casa	2.56	4.03	6880	**<.001**	0.306
Observación de la violencia en la calle	5.42	5.3	9750	0.807	0.017
Victimización de la violencia en la calle	2.07	1.55	8787	0.089	0.114
Observación de la violencia en el colegio	5.8	5.42	9117	0.237	0.081
Victimización de la violencia en el colegio	3.2	2.65	84.51	**0.03**	0.148
Observación de la violencia en la televisión	6.43	6.47	9594	0.636	0.033

Nota. p= valor de probabilidad; ps=Probabilidad de superioridad.

Del mismo modo, la Tabla 25 indica que para la autoestima positiva y negativa existen diferencias significativas en ambos grupos ($p<0.05$) con un efecto pequeño (Cohen, 1988). Así mismo, en función a los rangos promedio son los adolescentes de sexo masculino quienes muestran mayor rango medio de autoestima. Por tal motivo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, las magnitudes de estas diferencias son pequeñas (0.277) y (0.26).

Tabla 25

Diferencias de la autoestima según sexo

	Rango promedio		U de Mann		
Variable	Masculino	Femenino	Whitney	p	Rbis
Autoestima positiva	14.9	13.3	7174	< .001	0.277
Autoestima negativa	11.3	10.1	7334	< .001	0.260

Nota. p= valor de probabilidad; ps=Probabilidad de superioridad.

Finalmente, la Tabla 26 expresa un valor p menor a 0.05, el cual indica la existencia de diferencias significativas en la depresión según el sexo de los encuestados. Así mismo, en función a los rangos promedio son las adolescentes de sexo femenino quienes muestran más depresión. Por otro lado, también se halló el tamaño del efecto mediante la probabilidad de superioridad, al cual indica un valor de 0,362 la cual indica un efecto medio (Cohen, 1988). Por tal motivo, existen una diferencia estadísticamente significativa, siendo la magnitud de esta diferencia pequeña.

Tabla 26

Diferencias de la depresión según sexo

	Rango promedio		U de Mann		
Variable	Masculino	Femenino	Whitney	p	rbis
Depresión	16.8	22.2	6323	< .001	0.362

Nota. p= valor de probabilidad; ps=Probabilidad de superioridad.

DISCUSIÓN

Es fundamental comprender todos los factores que pueden influir en la encrucijada de la adolescencia, que representa más que un simple período en la vida del ser humano, sobre el cual se van forjando aspectos como la identidad personal y se establecen los cimientos emocionales (Allen y Waterman, 2019). Este proceso de formación no ocurre en aislamiento, sino que está profundamente influenciado por el entorno familiar, social y cultural, así como por las experiencias de exposición a factores estresantes o adversos.

En este contexto, la exposición a la violencia constituye un factor que acarrea consigo consecuencias negativas que se impregnan en la población adolescente (Cortiñas, 2018); por tal motivo, estas manifestaciones no solo impactan en quienes la experimentan directamente, sino también que trasciende a quienes se ven inmersos en la cotidianeidad del drama, en las víctimas indirectas como son los adolescentes que son expuestos a la violencia en los diferentes contextos (Edleson, 2008). De esta manera, la repercusión de la violencia se ha extendido hacía otras variables personales, que suelen verse alteradas cuando un individuo se desarrolla en contextos violentos (Lechuga,2020).

En la presente investigación, se encontró una relación significativa y e inversa entre la exposición a la violencia y la autoestima en la muestra total, advirtiendo el tamaño del efecto de esta relación, el cual es pequeño. Resultados que coinciden con los reportes de Gausti y Gaibor (2022) en Ecuador, quienes observaron que la violencia familiar influye negativamente en la autoimagen de los adolescentes. No obstante, el efecto reducido sugiere la existencia de factores mediadores que podrían amortiguar el impacto de la violencia, tales como el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento. En este sentido, Kim et al. (2022) considera a la autoestima como una variable compleja, que puede asumir un rol mediador plausible según el contexto, y que según su desarrollo puede mejorar la capacidad de adaptación en los menores (Cameranesi y Piotrowski, 2018) o generar comportamientos perjudiciales

(Ortega et al.,2000). Esto evidencia la complejidad con la cual se dan estas relaciones y la necesidad de contar con enfoques integradores que consideren dimensiones individuales, familiares y socioculturales,

Al analizar la relación entre los factores de primer y segundo orden de la violencia con las dimensiones de la autoestima, se encontraron asociaciones significativas e inversas. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Gausti y Gaibor (2022), quien, aunque no diferenció entre victimización y observación, también observó una relación inversa entre la violencia familiar y la autoestima positiva, sugiriendo que crecer en un entorno violento impacta en la construcción de una autoestima saludable.

Por otro lado, de manera particular, los resultados sobre la autoestima negativa mostraron un patrón inesperado: una mayor exposición a la violencia se asoció con una disminución de la autoestima negativa. Este hallazgo puede explicarse mediante el fenómeno de naturalización de la violencia, en el cual la exposición prolongada a estas experiencias puede generar una percepción de normalidad que minimiza su impacto emocional (Cunningham & Baker, 2007). Asimismo, según Walker (2016) el aprendizaje de la victimización puede inducir a que persona asimile dinámicas en las cuales se adapta a condiciones adversas, sin hacer una valoración crítica con respecto a las repercusiones de dichas dinámicas en autoimagen. Este patrón destaca la necesidad de considerar no solo la magnitud de la violencia, sino también la interpretación y adaptación del adolescente frente a estas experiencias.

En relación con la depresión, se encontró un vínculo directo y significativo con la exposición a la violencia, lo cual coincide con los hallazgos de Silva y Ludermir (2021). Crecer en un entorno familiar marcado por la agresión puede generar efectos duraderos en la salud mental (Turner et al., 2010). Desde una perspectiva teórica, esto se alinea con el modelo del apego de Bowlby (1969), quien considera que las experiencias tempranas dentro del núcleo familiar son trascendentales en el desarrollo del ser humano y que la interrupción de los lazos

afectivos fundamentales, pueden generar dificultades emocionales, entre ellas la depresión. A largo plazo, esta problemática no solo puede vincularse con la aparición de otros trastornos, sino que también influye en la percepción que tienen los adolescentes sobre sus relaciones familiares (Marçal, 2022). Asimismo, Bandura (1977) sugiere que la internalización de patrones disfuncionales en contextos violentos contribuye al desarrollo de síntomas depresivos, evidenciando la interacción entre aprendizaje social y procesos afectivos.

La relación entre autoestima y depresión mostró, como se esperaba, una interacción negativa significativa, tal como lo describió Nguyen et al. (2019) en un estudio previo. Este hallazgo es consistente con la literatura que describe cómo distorsiones cognitivas, autocrítica excesiva, y los pensamientos automáticos pueden afectar la percepción personal, lo que eventualmente termina deteriorando la valoración propia (Beck, 1967; Burns, 1999). Así, la depresión no solo refleja un estado afectivo alterado, sino que también contribuye al deterioro de la autoestima, reforzando un ciclo de malestar emocional que puede perpetuarse si no se interviene adecuadamente. Por lo cual, se trata de un fenómeno complejo y multifactorial, en el cual intervienen diversas variables interrelacionadas. La comprensión de estas interacciones permite diseñar estrategias preventivas y programas de intervención psicológica más efectivos, orientados a romper el ciclo de malestar emocional en adolescentes vulnerables.

En el caso de los adolescentes del estudio, este problema representa un desafío para la salud pública, ya que puede derivar en la aparición de otros trastornos comórbidos (Suaña, 2023). En esta línea, Shah et al. (2020) identificaron que los factores individuales, parentales y familiares desempeñan un rol clave en la predisposición a estados depresivos y que repercuten de manera directa sobre la autoestima.

Los hallazgos de esta investigación evidencian la complejidad de las relaciones entre violencia, autoestima y depresión, subrayando la importancia de modelos teóricos integradores y de considerar factores mediadores y contextuales. Por ejemplo, el presente estudio encontró

una relación inversa entre la autoestima negativa y los factores de primer orden de la exposición a la violencia, el factor de segundo orden "violencia en casa" y la depresión en los adolescentes de Abancay ($p < 0.05$ en todos los casos). Aunque teóricamente se espera que dichas relaciones sean directas, los resultados sugieren una interacción más compleja entre las variables. Estudios recientes señalan que la exposición continua a la violencia puede llevar a los adolescentes a percibirla como algo normal, lo que disminuye el impacto emocional y afecta su autoestima de manera diferente a lo esperado (Cunningham & Baker, 2007). Este proceso de naturalización puede generar una perspectiva distorsionada de las relaciones interpersonales de los adolescentes, considerando este tipo de interacción como algo habitual y cotidiano. Además, factores como la resiliencia, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento actúan como mediadores de estas dinámicas, llegando a mitigar sus efectos (Luthar et al., 2000; Kim et al., 2022). Según, Garmezy (1991) plantea que una exposición prolongada a la violencia puede generar mecanismos adaptativos en los adolescentes, lo que explicaría la dirección inversa de la relación encontrada. Estas diferencias individuales señalan la importancia de enfoques personalizados en la intervención psicológica, en el cual se fortalezcan los factores protectores. De este modo, son múltiples los factores psicológicos, sociales y culturales que pueden influir en esta relación.

Por otro lado, los hallazgos de esta investigación muestran diferencias significativas para las tres variables de estudio en función del sexo, lo que permite reflexionar sobre las particularidades de cada grupo, así como identificar sus implicancias en el proceso de desarrollo psicosocial de los adolescentes de Abancay. En este marco, es importante considerar practicas culturales, como la involucración en festividades tradicionales, en las cuales se reflejan roles de género definidos, el papel significativo de la familia extensa en el día a día de los adolescentes, lo que podría influir en la manera en la cual se percibe y afrontan la violencia, la depresión y la autoestima.

Los resultados sobre la exposición a la violencia según sexo señalan que las mujeres presentan un mayor rango promedio de la observación y victimización de la violencia en la casa, mientras que los hombres exhiben un mayor rango promedio de la victimización de la violencia en el colegio. Lo que coincide con lo señalado por Orozco et al. (2020) quien sugiere que las mujeres tienen mayor predisposición a ser víctimas de violencia, lo que podría estar motivado por una dinámica familiar tradicional, la falta de redes de apoyo, una mayor sensibilidad en función a la percepción de eventos violentos, así como el consumo de alcohol por parte del agresor (Díaz et al., 2015). Por otro lado, la mayor victimización de los varones en los centros educativos se puede asociar a entornos escolares que promueven conductas agresivas como un patrón de socialización masculino (Estévez López et al., 2006). Con un tamaño del efecto que oscila de pequeño a moderado. Estos hallazgos muestran la necesidad de la creación de intervenciones considerando las diferencias en función de los contextos del hogar y la escuela.

Respecto a la autoestima, se observa que los adolescentes varones presentan un mayor rango medio de autoestima en comparación con las mujeres. Resultados que coinciden con los hallazgos de Bleidorn et al. (2016) quien sostiene que los varones refuerzan su autonomía y seguridad mediante sus interacciones sociales, por lo que su percepción de autoestima suele ser adecuada. En contra parte, las adolescentes están sujetas experimentar mayor preocupación y timidez lo que puede impactar en su autoestima significativamente (Milicic y Gorostegui, 1993; Rodríguez, 2023). En Abancay, esta diferencia podría estar influenciada por factores socioculturales específicos, como las normas tradicionales de género y la influencia de la familia en la configuración de la identidad durante la adolescencia. En esta zona, las interacciones con la comunidad desempeñan un rol importante en la construcción de la autoestima, ya que la participación en actividades familiares, celebraciones o en la escuela contribuyen al desarrollo de la autopercepción y la confianza en uno mismo (Chipana y

Balandra, 2022). Finalmente, aunque el tamaño del efecto es pequeño, las diferencias halladas resaltan la necesidad del diseño de estrategias del fortalecimiento de la autoestima saludable en los adolescentes de Abancay, considerando el contexto sociocultural y fomentando ambientes de apoyo para el desarrollo de la autoconfianza.

En cuanto a la depresión, las mujeres presentan un mayor rango promedio en los niveles de depresión en comparación a los varones. Así mismo, la literatura previa sugiere que las adolescentes son más vulnerables a la depresión a causa de factores biológicos, hormonales y psicosociales como una mayor tendencia a la rumiación emocional y una mayor susceptibilidad a estresores interpersonales (Nolen-Hoeksema, 2001). Estos hallazgos son consistentes con los datos reportados por las entidades públicas, los cuales indican que la prevalencia de los síntomas depresivos es significativamente mayor en las mujeres que hombres (MINSA, 2022), lo cual podría asociarse a los factores socioculturales y de género que impactan en la expresión y manejo de la salud emocional. A pesar de que el tamaño del efecto hallado fue pequeño, las diferencias encontradas subrayan la importancia de implementar estrategias de prevención y abordaje de la salud mental desde un enfoque integral. Por lo cual, es fundamental que se puedan crear espacios seguros y de integración para los adolescentes independientemente de su género para así tener acceso a un soporte psicológico oportuno.

En conjunto, estos hallazgos evidencian la complejidad de las relaciones entre violencia, autoestima y depresión, destacando la necesidad de enfoques integradores, la consideración de factores mediadores y contextuales, y el diseño de intervenciones focalizadas que promuevan la resiliencia y el bienestar en adolescentes que enfrentan contextos adversos. Estos resultados fortalecen la comprensión científica de la interacción entre variables psicológicas, sociales y culturales, y sirven como base sólida para futuras investigaciones y programas de intervención en salud pública y educación.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió evidenciar que la exposición a la violencia está presente en los adolescentes escolarizados en la ciudad de Abancay, así como la autoestima y la depresión, encontrándose que las tres variables se encuentran asociadas significativamente.

En cuanto a la exposición a la violencia, se encontró que los factores de primer orden se vinculan de manera negativa con la autoestima positiva. Asimismo, dichos factores interactúan de manera indirecta con la autoestima negativa en el contexto de la ciudad de Abancay.

El análisis de segundo orden evidenció que la violencia en el entorno familiar mantiene una relación indirecta con la autoestima tanto en su dimensión positiva como negativa, lo que resalta el impacto del entorno familiar en la construcción del autoconcepto de los adolescentes en el contexto de la ciudad de Abancay.

Por otro lado, se encontró que tanto los factores de primer orden de la exposición a la violencia como el factor de segundo orden denominado violencia en casa se vinculan de manera directa con la depresión. Con lo que se refuerza la evidencia que la exposición a la violencia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en la población adolescente.

Asimismo, la autoestima y la depresión son dos variables que se vinculan de manera indirecta, presentando una asociación considerable.

De las siete dimensiones de la exposición a la violencia, se observa un predominio significativo en la observación y victimización de la violencia en casa en las mujeres obteniendo mayores diferencias de medias. En lo que respecta a los varones, prevalece la victimización de la violencia en el colegio.

De las dos dimensiones de la autoestima, existen diferencias significativas de medias en los grupos autoestima en función al sexo, en el cual los adolescentes varones presentan mayores índices de autoestima positiva.

Con respecto a la depresión, se observan diferencias de medias en los grupos, siendo las mujeres las que mayor prevalencia del trastorno presentan.

RECOMENDACIONES

Ampliar las muestras de estudio, contrastando regiones, estratos socioeconómicos y tipos de instituciones educativas (públicas y privadas), que permitan explorar las diferencias según el contexto sociocultural, y faciliten el diseño de estrategias de intervención específicas.

Desarrollar e implementar intervenciones psicosociales centradas en el fortalecimiento de la autoestima y el apoyo emocional de los adolescentes de Abancay, en el cual se considere su entorno familiar y cultural.

Fomentar la colaboración entre escuelas, servicios de salud y organizaciones comunitarias para abordar de manera integral a los adolescentes expuestos a situaciones de violencia.

Establecer un entorno de capacitación continua para el personal docente y demás miembros del entorno escolar, que facilite la detección de casos y la aplicación de estrategias de intervención tempranas.

Desarrollar y utilizar herramientas tecnológicas que permitan a los adolescentes en situaciones de violencia adquirir estrategias de afrontamiento saludables y recibir orientación adecuada.

Diseñar e implementar políticas públicas que protejan a los adolescentes en situaciones de alto riesgo, a la vez que faciliten su acceso a servicios de salud mental especializados.

Formular estudios longitudinales que permitan observar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo.

Incorporar metodologías mixtas que integren enfoques cuantitativos y cualitativos, permitiendo comprender la experiencia subjetiva de los adolescentes expuestos a situaciones de violencia y cómo estas variables impactan su desarrollo.

Implementar programas de intervención dirigidos a las familias, promoviendo dinámicas saludables, fortaleciendo las redes de apoyo y previniendo la violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abad, J., Pereda, N., Guilera., G (2011). La exposición de los menores españoles a la violencia familiar. *Boletín criminológico, 17*(131), 1-4. https://revistas.uma.es/index.php/boletin-criminologico/article/view/8074/7477

Aguilar, E. D., & Blasco, R. S. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, *3*(1), 61-78. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912891

Allen, B., & Waterman, H. (2019). *Etapas de la adolescencia.* Healthy children. *https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx*

American Psychological Association. (2022). *Adolescence.* Recuperado el 24 de enero de 2025, de https://www.apa.org/topics/adolescence

Argemí, D., y Íñiguez, L.(2002). La construcción social de la violencia. *Athenea digital, 1* (2), 1-10. https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.54

Arias, R. y Canturencia, G. (2019). *Exposición a la violencia doméstica, autoestima y compromiso académico en adolescentes de instituciones educativas del distrito de San Juan de Lurigancho*. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41132/CANTURENCIO_FG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aristóteles. (2007). *Ética a Nicómaco* (J. Marías & M. García Morente, Trads.). Alianza Editorial. (Trabajo original publicado ca. 350 a. C.)

Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29(*3), 1038-1059. https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511

Bautista, C. y Wollmann, B. (2024). *Violencia familiar y depresión en adolescentes en una institución educativa pública de Chimbote.* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. https://hdl.handle.net/20.500.12692/136648

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. University of Pennsylvania Press.

Bleidorn, W., Arslan, RC, Denissen, JJA, Rentfrow, PJ, Gebauer, JE, Potter, J. y Gosling, SD (2016). Diferencias de edad y género en la autoestima: Una ventana

transcultural. *Revista de Personalidad y Psicología Social, 111* (3), 396–410. https://doi.org/10.1037/pspp0000078

Branden, N. (2022). *Los seis pilares de la autoestima (Vol. 2)*. Paidós. https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/libros_contenido_extra/50/49324_Los_seis_pilares_de_la_autoestima.pdf

Bourdieu, P. (2001). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama. https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondiu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf

Borerro, J. (2018) . *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de KOVACS en estudiantes de 9 a 15 años de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo.*[Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2416/BORRERO%20BRICE%C3%91O%20JULIO%20C%C3%89SAR%20-MAESTRIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bocanegra, N.(2017) *Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima Resumen* [Tesis de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)]. Repositorio Institucional. http://hdl.handle.net/10757/621906

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Volume III: loss, sadness and depression.*

Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano.* Paidós. https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18032

Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy?. *Behavior therapy*, *32*(2), 337-369. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3

Cárdenas, J. (2018). *Investigación cuantitativa.* trAndeS Serie de Material Docente. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/22407/Manual_Cardenas_Investigaci%c3%b3n.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Cameranesi, M. y Piotrowski, C.(2018). Self-Esteem in Children Exposed to Intimate Partner Violence: a Critical Review of the Role of Sibling Relationships and Agenda for Future Research. *Journ Child Adol Trauma, 11*(1), 339–351. https://doi.org/10.1007/s40653-017-0180-x.

Calderón, P. (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. *Revista de Paz y Conflictos, 1*(2), 60-81. https://www.redalyc.org/pdf/2050/205016389005.pdf

Catalán, E. C. (2024). La violencia vicaria como una de las expresiones de la violencia contra las mujeres en razón de género. *Revista Criminalia Nueva Época*, *90*(1). http://criminalia.com.mx/index.php/revista/article/view/183

Céspedes Vásquez, L. (2021). Autoestima, violencia familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios peruanos. *Horizontes. Revista De Investigación En Ciencias De La Educación*, *9*(36), 199–210. https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i36.911

Cerquera Córdoba, J. M., Arias, A. C., & Ruiz, M. L. (2020). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en víctimas del conflicto armado colombiano. *Revista de Psicología, 29*(2), 107-122. http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1513

Chipana, A. y Balandra, G. (2022). *Autoestima y depresión de las adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud Andahuaylas, 2022*. [Tesis de grado, Universidad Tecnológica de los Andes]. Repositorio Institucional. https://hdl.handle.net/20.500.14512/416

Colque, J. (2020). Consencuencias Psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista sobre Educación y Sociedad, 2020, 15*(1), 5-22. https://doi.org/10.35756/educaumch.v1i15.129

Comte, A. (1844). *Cours de philosophie positive*. Bachelier. Recuperado de https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3362s

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Violencia feminicida en cifras: América Latina y el Caribe – Boletín N.º 1*.https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/c2300197_boletin_1_violencia_esp_web.pdf

Cortiñas, S (2018). *Menores testigos de violencia entre sus progenitores:repercusiones a nivel psicoemocional.* [Tesis doctoral, Universidad de Vigo]. Repositorio institucional de la Universidad de Vigo. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/Tesis/pdfs/Tesis_5_Menores_Testigos_Violencia.pdf

Corro, J. (2020). *Relación entre sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en niños de 10-12 años de un colegio estatal del distrito de Ventanilla – Perú.* [Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11775

Crenshaw, K. W. (2013). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *In The public nature of private violence* (pp. 93-118). Routledge. https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203060902-6/mapping-margins-intersectionality-identity-politics-violence-women-color-kimberl%C3%A9-williams-crenshaw

Congreso de la República. (2015). *Ley N.° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. https://www.gob.pe/74905-ley-n-30364-ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres-y-los-integrantes-del-grupo-familiar

Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 235-243. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.004

Cuervo, M Martínez, J. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Revista Tesis Psicológica, 8(*1), 80-88. https://www.redalyc.org/pdf/1390/139029198007.pdf

Cuervo, J., Granados, M., Jimenez, K. (2016).*Violencia de pareja desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner en mujeres estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia.* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/12291/1/2016_violencia_pareja_teoria.pdf

Cunningham, A., & Baker, L. (2007). little eyes, little ears. *How violence against a mother shapes children as they grow. London: Centre for Children and Families in the Justice. Retreived from https://bit. ly/2JenTSS*. https://static1.squarespace.com/static/5a661ae1edaed8d2dfb017ab/t/5ace3d34352f53f7b79529ad/1523465526193/How+Violence+Against+a+Mother+Shapes+Children+as+They+Grow.pdf

Del Barrio, V., Olmedo, M., y Colodrón, F. (2002). Primera Adaptación Del Cdi-S A Población Española. *Acción Psicológica, 3*(22), 263-272. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2002-numero3-0005/Documento.pdf

Defensoría del Pueblo. (2025, 20 de enero). *Defensoría del Pueblo alerta sobre incremento peligroso de casos de feminicidio en últimos tres años*.

https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-alerta-sobre-incremento-peligroso-de-casos-de-feminicidio-en-ultimos-tres-anos/

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, *12*(8), 467-477. https://doi.org/10.1038/nrn3027

Díaz Cárdenas, Shyrley, Arrieta Vergara, Katherine Margarita, & González Martínez, Farith. (2015). Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *8*(1), 19-30. https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000100004

Díaz, R. y Rivera, S. (2010). *Antología psicosocial de la pareja: clásicos y contemporáneos*. Editorial Miguel Ángel Porrúa. https://docer.com.ar/doc/80801c0

Do Pará, C. D. B. (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belem Do Pará. https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/migrate-files/convencion_de_belem_do_para_2015.pdf

Estévez López, E., Martínez Ferrer, B., & Musitu Ochoa, G. (2006). *Violencia, victimización y rechazo entre iguales en la escuela: su relación con la soledad, la autoestima y la satisfacción vital* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. TDX. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10187/estevez.pdf

English, D., Edleson, J., y Herrick, E. (2005). Domestic violence in one state's protective caseload: A study of differential case dispositions and outcomes. *Children and Youth Services Review, 27*(11), 1183- 1201. https://ideas.repec.org/a/eee/cysrev/v27y2005i11p1183-1201.html

Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and violent behavior*, *13*(2), 131-140. https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005

Fernández, V. (2020). Tipos de justificación en la investigación científica. *Espí-ritu Emprendedor TES, 4*(3), 65–76. http://espirituemprendedortes.com/index.php/revista/article/view/207/275

Filley C, Price B, Morgan A. (2001). Toward an Understanding of Violence: Neurobehavioral Aspects of Unwarranted Physical Aggession: Aspen Neurobehavioral Conference Consensus Statement. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol 14*(1), 1-14. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234904/

Freud, S. (2007). *Duelo y melancolía*. En J. Strachey (Ed.), Obras completas (Vol. 14). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)

García, J & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema, 17*(1), 76-82. https://www.redalyc.org/pdf/727/72717112.pdf

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.

García, M. T., Velázquez, S. H., & Puerto, A. G. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102903

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of peace research*, *6*(3), 167-191. https://doi.org/10.1177/002234336900600301

Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*, *34*(4), 416-430. https://doi.org/10.1177/0002764291034004003

González, N. (2001). *La autoestima*. Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iYPB8K-T14gC&oi=fnd&pg=PA9&dq=tipos+de+autoestima&ots=cD_Bb4Oi6G&sig=B6kHHw-g8fFAASUQNzWWC9CijEU#v=onepage&q=tipos%20de%20autoestima&f=false

Gómez, A. M. M., Olivera, R. A. P., Amores, C. E. D., & Soto, M. A. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de obstetricia y ginecología, 45*(2), 1-21. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91459

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 285–312. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305

Guasti, J. M., & Gaibor, I. A. (2022). Exposición a la violencia y su relación con la autoestima en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *6*(3), 1168-1184. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2281.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Heise, L., Ellsberg, M., & Gottmoeller, M. (2002). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *78*, S5-S14. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00038-3

Heise, L (2011). What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview. Working Paper. STRIVE Research Consortium, *London School of Hygiene and Tropical Medicine,* London. http://strive.lshtm.ac.uk/resources/what-works-prevent-partner-violence-evidence-overview

Hilgard, E., Atkinson, R & Atkinson, R.(2009). *Introduction to Psychology (15th edition)*. Editorial Harcourt Brace Jovanovich, Inc. https://hostnezt.com/cssfiles/psychology/Introduction%20to%20Psychology%2015th%20Edition%20By%20Atkinson%20&%20Hilgard.pdf

Hobbes, T. (2004). *Leviatán* (M. Sánchez, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1651).

Howell, K. H., Thurston, I. B., Schwartz, L. E., Jamison, L. E., & Hasselle, A. J. (2018). Protective factors associated with resilience in women exposed to intimate partner violence. *Psychology of violence*, *8*(4), 438. https://doi.org/10.1037/vio0000147

Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 109-121. https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539013.pdfjh

Huayhua, G. y Mamani, J. (2023). *Exposición a la violencia y riesgos suicidas, en adolescentes escolarizados de Lima: rol mediador la autoestima.* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. https://hdl.handle.net/20.500.12692/125327

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2014.* INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023*. https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/960253-el-53-8-de-las-mujeres-fueron-victimas-alguna-vez-de-violencia-psicologica-fisica-o-sexual-en-el-ano-2023

Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*, *46*(2), 32-46. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=OcZyAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P

A32&dq=Ingram,+R.+E.,+%26+Luxton,+D.+D.+(2005).+Vulnerability-stress+models.+In+B.+L.+Hankin+%26+J.+R.+Z.+Abela+(Eds.),+Development+of+psychopathology:+A+vulnerability-stress+perspective+(pp.+32%E2%80%9346).+SAGE+Publications.&ots=k_R5HSHzYV&sig=oh9bLMc3DZmnNBXEVXJK0YMPq5k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

James, W. (1890). The principles of psychology volume II by william james (1890). *Henry Holt and Company*.

Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte* (6. Aufl.). Johann Ambrosius Barth.

Kim, Y., Lee, H., & Park, A. (2022). Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02129-2

Koster, E. H., De Lissnyder, E., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical psychology review*, *31*(1), 138-145. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.005

Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, *5*(1), 24794. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lechuga, A. (2020). *Exposición a la violencia y autoestima en estudiantes del nivel secundaria, Lima Norte, 2020.* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47752/Ardiles_LCA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Levendosky, A., Leahy, L., Bogat, A., Davidson II, W.., y Von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health and infant externalizing behavior. *Journal of Family Psychology, 20* (4)*,* 544-552.

Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1–62. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

Malca, J. (2017). *Exposición a la violencia y depresión en los estudiantes de secundaria en una institución educativa del distrito de Independencia 2016*. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17117/Malca_CJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marçal K. E. (2022). Intimate Partner Violence Exposure and Adolescent Mental Health Outcomes: The Mediating Role of Housing Insecurity. *Journal of interpersonal violence*, *37*(21-22), NP19310–NP19330. https://doi.org/10.1177/08862605211043588

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford publications. https://books.google.fr/books?hl=es&lr=&id=9VD3AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Masten,+A.+S.+(2014).+Ordinary+magic:+Resilience+in+development.+Guilford+Publications.&ots=OpVtqzuefk&sig=638CT_VAfQ1UcUrsEhUM-TeXSvY&redir_esc=y#v=onepage&q=Masten%2C%20A.%20S.%20(2014).%20Ordinary%20magic%3A%20Resilience%20in%20development.%20Guilford%20Publications.&f=false

Mels, C., & Fernández, L. (2015). Violencia comunitaria en adolescentes desfavorecidos: exposición, impacto percibido y consecuencias psicológicas. *Revista de Psicología*, *24(1*), 1-21. https://www.redalyc.org/pdf/264/26441024006.pdf

Mezerville, G. (2007). El aprendizaje de la autoestima como proceso educativo y terapéutico. *Revista Educación, 17(*1), 5–13. https://doi.org/10.15517/revedu.v17i1.12688.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007*). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change.* Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2007-12400-000

Milicic, N., & Gorostegui, M. E. (1993). Género y autoestima: un análisis de las diferencias por sexo en una muestra de estudiantes de educación general básica. *Psykhe*, *2*(1). https://revistahistoria.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20087

Minev, M. (2018). Self-esteem and depression in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, *16*(2), 119-127. http://tru.uni-sz.bg/tsj/N2,%20Vol.16,%202018/M.Minev2.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). *Estadísticas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar Región Apurímac.* https://app2.regionapurimac.gob.pe/observatorioviolencia/wp-content/uploads/2021/06/ESTAD%C3%8DSTICAS-Apur%C3%ADmac.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2024). *Marco conceptual: conceptos y definiciones – tipos de violencia*. https://www.gob.pe/75274-marco-conceptual-conceptos-y-definiciones-tipos-de-violencia?utm_source=chatgpt.com

Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades Unidad técnica de Enfermedades No transmisibles (2021). *Vigilancia epidemiológica de Violencia Familiar Perú 2021.* https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE10/violencia.pdf

Ministerio de Salud (13 de Enero del 2022). Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. *Gobierno del Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021*

Ministerio de Salud. (2024). *MINSA alerta sobre los factores asociados a la violencia familiar.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1007416-minsa-alerta-sobre-los-factores-asociados-a-la-violencia-familiar.

Miracco, M. A., Stover, M., & Contreras, C. (2010). Estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres víctimas de violencia de pareja. *Acta de Investigación Psicológica, 2*(1), 34-52. https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946006.pdf

Muñoz, V., Alvarado, C., Barros, J., & Malla, M. I. M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes: Artículo original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría, 22*(1), 6-1. http://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/8

Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis — 4a. Edición.* Ediciones de la U. http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0028.pdf

Nazar, G., Gatica, M., Provoste, A., Leiva, A., Martorell, M., Ulloa, N., ... & Celis-Morales, C. (2021). Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Revista médica de Chile, 149*(10), 1430-1439. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93237

Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación, 7*(3), 0-27. https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 173–176. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142

Ochoa Sanchez, K. A. I., & Pino Apaza, S. F. (2025). Impacto de la exposición de la violencia doméstica en adolescentes iberoamericanos. *Revista Ecuatoriana De Psicología*, *8*(20), 200–213. https://doi.org/10.33996/repsi.v8i20.164

Ortega, P., Mínguez, R y Rodes, M. (2000). Autoestima: Un nuevo concepto y su medición. *Teoría de la educación. 12* (1), 45-66. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/173247/2868-8368-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*, *23*(5), 381-387. https://doi.org/10.1177/0963721414547414

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: consecuencias para la salud*. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (29 de Noviembre del 2019). *Violencia contra los niños*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Salud de los adolescentes*. Recuperado el 24 de enero de 2025, Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (09 de Marzo 2021). *Violence against women: Prevalence estimates 2018*. World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women*

Orozco Aguancha, K., Jiménez Ruiz, L. K., & Cudris-Torres, L. (2020). Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el norte de Colombia. *Revista De Ciencias Sociales*, *26*(2), 56-68. https://doi.org/10.31876/rcs.v26i2.32422

Orue, I., Calvete, E.. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(2), 279-29. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095006

Patías, ND, Bossi, TJ y Dell'Aglio, DD (2014). Repercussões da exposição à violência conyugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicología* , *22* (4), 901-915. https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751530017.pdf

Peredo Vázquez, M. (2021, mayo 20). *La violencia y sus efectos en la salud mental*. UNICEF. https://www.unicef.org/bolivia/historias/la-violencia-y-sus-efectos-en-la-salud-mental

Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. Hutchinson. Recuperado de https://archive.org/details/logicscientificd00popp

Pujupat, A y Kunchikui, W (2021). Nivel de autoestima de los estudiantes de nivel primario, San Rafael, Amazonas, 2018. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades 4*(2). 26-33. https://doi.org/10.25127/rcsh.20214.709

Rice, P. y González, C. (2000). *Adolescencia desarrollo relaciones y cultura (9a. ed.).* Prentice Hall.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, *58*(3), 307-321. https://doi.org/10.1002/jclp.10020

Roque, P (2018). *Relación de la violencia familiar y nivel de autoestima en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la :I.E. José Carlos Mariátegui, distrito de Santa Lucia – Lampa, 2018.* [Tesis para optar el título profesional de licenciado en Psicología, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10095/PSMrovap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez, M. (2016). Revisión criminológica a la Teoría de la Frustración - Agresión. *Visión Criminológica criminalistica.* 7 (2). 45-56. https://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1603/articulos/Articulo11_Revision_criminologica_a_la_teoria_de_la_fustracion_agresion.pdf

Rodríguez, T. (2023). *Autoestima y depresión: Diferencias según sexo y violencia en adolescentes de Chimbote, 2023.* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. https://hdl.handle.net/20.500.12692/126869.

Rogers, C. R. (1966). Client-centered therapy. In *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría* (pp. 459-459). https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-94875

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11, p. 326). Princeton, NJ: Princeton university press. https://psycnet.apa.org/buy/2013-39906-020

Rousseau, J.-J. (2010). *El contrato social* (L. Cano, Trad.). Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1762)

Ruiz, Y. (2002). *Biología, cultura y violencia. Jornades de Foment de la Investigació.* Universitat. Jaume I de Castelló.I.

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/79630/Forum_2002_13.pdf?sequence=.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, *24*(2), 335-344. https://doi.org/10.1017/S0954579412000028

Saltzman, K. M., Holden, G. W., & Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *34*(1), 129-139. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_12

Sanz, J., y García-Vera, M. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud, 31*(1), 55-65. https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v31n1/1130-5274-clinsa-31-1-0055.pdf

Schore, A. N. (2016). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development.* Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781315680019

Seon, J., Cho, H., Choi, G. Y., Son, E., Allen, J., Nelson, A., & Kwon, I. (2022). Adverse childhood experiences, intimate partner violence victimization, and self-perceived health and depression among college students. *Journal of family violence*, *37*(4), 691-706. https://doi.org/10.1007/s10896-021-00286-1

Shah, S. M., Al Dhaheri, F., Albanna, A., Al Jaberi, N., Al Eissaee, S., Alshehhi, N. A., ... & Betancourt, T. S. (2020). Self-esteem and other risk factors for depressive symptoms among adolescents in United Arab Emirates. *PloS one*, *15*(1), e0227483. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227483

Silva, E. P., Emond, A., & Ludermir, A. B. (2021). Depression in childhood: the role of children's exposure to intimate partner violence and maternal mental disorders. *Child Abuse & Neglect, 122*, 105305. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105305

Silva Borjas, A. M. de los A. (2021). *Violencia familiar y autoestima en adolescentes de Lima Norte, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. Silva_BAMDLA-SD.pdf

Smith, A. (2004). *Teoría de los sentimientos morales* (Vol. 2). Fondo de cultura económica.

Steinberg, L. (2021). *Adolescence* (12.ª ed.). McGraw Hill Education. https://www.mheducation.com/unitas/highered/sample-chapters/9781260058895.pdf

Suaña, C. (2023). *Nivel de autoestima y depresión asociado al rendimiento académico, en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2023*. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional. https://hdl.handle.net/20.500.12773/16542

Swart, J., & Walker, L. E. (2016). Battered women homicide offenders. In *Homicide* (pp. 223-250). Routledge. https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9781315370019-24/battered-women-homicide-offenders-joan-swart-lenore-walker

Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. Cognition & Emotion, 2(3), 247-274. https://doi.org/10.1080/02699938808410927

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, *57*(3), 241-266. https://doi.org/10.1111/jcpp.12507

Twenge, J. M. (2020). Increases in depression, self-harm, and suicide among US adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, *2*(1), 19-25. https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190015

Vasquez, D. (2018). *Ideación suicida, depresión y autoestima en escolares de la I.E. Nuestra señora de Belen Calca 2017*. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio institucional de la Universidad Andina del Cusco. https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1441

Vilca, L., Travezaño, A., Santos, S. (2020). Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): Análisis de la estructura factorial y propuesta de una nueva versión de solo ítems positivos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 20* (1), 226-240.

Villanueva (2018). Estudio Mujer en el Continente Americano. Datum https://www.datum.com.pe/new_web_files/files/pdf/La_mujer_en_el_Peru.pdf

Walker, L. E. (2016). *The battered woman syndrome*. Springer publishing company. https://books.google.fr/books?hl=es&lr=&id=Rq8-DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Walker,+L.+E.+(2016).+The+battered+woman+syndrome+(4th+ed.).+Springer+Publishing+Company.+&ots=PCV13_2czK&sig=aR9g-oJN7UwCzLhArDr_b1AiJYQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Walker%2C%20L.%20E.%20(2016).%20The%20battered%20woman%20syndrome%20(4th%20ed.).%20Springer%20Publishing%20Company.&f=false

Wagner, G., Glick, P., Khammash, U., Shaheen, M., Brown. (2020). Exposure to violence and its relationship to mental health among young people in Palestine. *Eastern Mediterranean Health Journal, 26* (2), 189 - 197. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. https://doi.org/10.26719/2020.26.2.189.

Wang, J., He, X., Chen, Y., & Lin, C. (2020). Association between childhood trauma and depression: A moderated mediation analysis among normative Chinese college students. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 519-524. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.051

ANEXOS:

Consentimiento Informado

Estimado padre o tutor legal:

Me dirijo a usted para hacerle extensiva la invitación a un estudio de investigación que tiene como objetivo explorar la relación entre la autoestima, la depresión y la exposición a la violencia doméstica en adolescentes.

Para lo cual es necesario contar con su consentimiento, mediante el cual usted autoriza a su mejor hijo a participar en este proceso.

Si se decide participar en este estudio, su hijo será solicitado para completar un cuestionario que evaluará su autoestima y presencia de síntomas de depresión, así como completará un cuestionario de exposición a la violencia. Estos cuestionarios se administrarán de forma confidencial y anónima. La participación en el estudio es voluntaria y su hijo puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Ante todo lo expuesto, ¿autoriza que su hijo participe en la presente investigación?

- Acepto.

Asentimiento Informado

Estimado/a estudiante:

Actualmente me encuentro realizando un estudio de investigación que tiene como objetivo explorar la relación entre la autoestima, la depresión y la exposición a la violencia doméstica en adolescentes, para lo cual me gustaría contar con tu participación, que para mí, es muy importante. Antes de tomar una decisión, lee detenidamente la siguiente información sobre el estudio. Si tienes alguna pregunta, no dudes en hacerla.

Si decides participar en este estudio, resolverás tres cuestionarios que evaluarán tu autoestima, síntomas de depresión, así como si has estado expuesto a situaciones de violencia. Recuerda que en todo momento tu participación será anónima y confidencial, esto significa que no tendrás que poner tu nombre en ningún lugar del cuestionario y nadie sabrá que se trata de ti. Por ese mismo motivo, te pido que seas sincero al contestar cada una de las preguntas que se te harán, ya que los resultados obtenidos se utilizarán únicamente con fines académicos y se presentarán de forma agregada y anónima.

Finalmente, también es importante recordarte que tu participación en este estudio es totalmente voluntaria.

¿Deseas participar en la investigación?

- Acepto participar.

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Institución Educativa:_____
Edad:_____ Lugar de nacimiento:_____
Sexo:

- **Varón**
- **Mujer**

Antes de empezar, podrías contestar a las siguientes preguntas:

1. **¿Con quienes vives en casa? Marca con una "X" según corresponda.**

    - Con mis dos padres y hermanos
    - Solo con mi papá o solo con mi mamá y/o hermanos.
    - Con mis padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.
    - Con uno de mis padres y mi padrastro y/o madrastra.
    - Otros.

2. **¿Alguna vez has presenciado una situación de violencia en casa ?**

    - Sí
    - No

3. **¿Alguna vez has presenciado una situación de violencia en el colegio ?**

    - Sí
    - No

4. **¿Alguna vez has presenciado una situación de violencia en la calle ?**

    - Sí
    - No

5. **¿Alguna vez has presenciado una situación de violencia en la tv ?**

    - Sí
    - No

6. **Durante las últimas semanas, ¿te has sentido triste, deprimido/a o sin esperanza?**

    - Sí
    - No

7. **En general, ¿cómo te sientes acerca de ti mismo/a?**

    - Me siento satisfecho y valorado.
    - No me siento satisfecho y valorado.

Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV)
(Orue y Calvete, 2010)

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

0	1	2	3	4
Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días.

	Pregunta							
1	Con qué frecuencia has visto como una persona pegaba o dañaba físicamente a otra persona en	El colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		La casa	0	1	2	3	4
		La televisión	0	1	2	3	4
2	Con qué frecuencia te han pegado o dañado físicamente a ti en	El colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		Casa	0	1	2	3	4
3	Con qué frecuencia has visto como una persona amenazaba con pegarle a otra en	El colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		Casa	0	1	2	3	4
		La televisión	0	1	2	3	4
4	Con qué frecuencia te han amenazado con pegarte a ti en	El colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		Casa	0	1	2	3	4
5	Con qué frecuencia has visto como una persona insultaba a otra en	El colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		Casa	0	1	2	3	4
		La televisión	0	1	2	3	4
6	Con qué frecuencia te han insultado a ti en	El Colegio	0	1	2	3	4
		La calle	0	1	2	3	4
		La casa	0	1	2	3	4

Escala de Autoestima de Rosenberg P (EAR-P)
(Rosenberg, 1965)
(Ventura et al, 2018)

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

1	**2**	**3**	**4**
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

N°	Pregunta	1	2	3	4
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Casi siempre pienso que soy un fracaso				
3	En general, pienso que soy bueno para varias cosas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7	En general, me siento bien conmigo mismo.				
8	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
9	A veces pienso que no sirvo para nada				

INVENTARIO DE KOVACS - CDI

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario de 27 grupos se recogen esos sentimientos e ideas. En cada grupo, formado por 3 oraciones, señala una de ellas que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo señala la oración que describa mejor CÓMO TE HAS SENTIDO últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis (X) junto a la oración que MEJOR te describa:
EJEMPLO:

o Leo libros siempre o Leo libros de vez en cuando o Nunca leo libros

Supongamos que has escogido la oración del medio "Leo libros de vez en cuando", esto quiere decir que ni todos los días ni todas las semanas lees un libro sino sólo de vez en cuando

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS ORACIONES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.
DE LAS TRES ORACIONES QUE SE PRESENTAN EN CADA GRUPO ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

1 O Nunca estoy triste. O De vez en cuando estoy triste. O Siempre estoy triste.	2 O Nunca las cosas me salen bien. O A veces las cosas me salen bien. O Siempre las cosas me salen bien.
3 O Hago bien la mayoría de las cosas. O Hago mal muchas cosas. O Todo lo hago mal.	4 O Me divierten muchas cosas. O A veces me divierten algunas cosas. O Nada me divierte.
5 O Siempre soy malo(a). O Muchas veces soy malo(a). O Nunca soy malo(a).	6 O Nunca pienso que me puedan pasar cosas malas. O A veces pienso que me pueden pasar cosas malas. O Siempre pienso que me pasarán cosas muy malas.
7	8

O Muchas veces odio como soy. O Algunas veces no me gusta como soy. O Siempre me gusta como soy.	O Siempre las cosas malas que pasan son por mi culpa. O Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa. O No tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9 O Nunca pienso en matarme. O A veces pienso en matarme pero no lo haría. O Siempre pienso en matarme.	10 O Tengo ganas de llorar todos los días. O Tengo ganas de llorar muchos días. O Tengo ganas de llorar de vez en cuando.
11 O Siempre me preocupan las cosas. O Muchas veces me preocupan las cosas. O De vez en cuando me preocupan las cosas.	12 O Siempre me gusta estar con la gente. O A veces no me gusta estar con la gente. O No me gusta estar con la gente.
13 O No puedo tomar una decisión. O Me cuesta mucho tomar una decisión. O Tomo decisiones fácilmente.	14 O Tengo buena apariencia. O Algunas cosas de mi apariencia no me gustan. O Me considero feo(a).
15 O Siempre me cuesta hacer las tareas. O Muchas veces me cuesta hacer las tareas. O No me cuesta hacer las tareas.	16 O Todas las noches me cuesta dormir. O Muchas noches me cuesta dormir. O Duermo muy bien.
17 O Estoy cansado(a) de vez en cuando. O Estoy cansado(a) muchos días. O Estoy cansado(a) siempre.	18 O La mayoría de los días no tengo ganas de comer. O Algunos días no tengo ganas de comer. O Como muy bien.
19 O No me preocupa el dolor ni la enfermedad O Muchas veces me preocupa el dolor y enfermedad. O Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.	20 O Nunca me siento solo(a). O Me siento solo(a) muchas veces. O Me siento solo(a) siempre.
21 O Nunca me divierto en el colegio. O Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. O Me divierto en el colegio muchas veces.	22 O Tengo muchos amigos. O Tengo amigos pero me gustaría tener más. O No tengo amigos.
23 O Mi rendimiento escolar es bueno. O Mi rendimiento escolar no es tan bueno	24 O Nunca podré ser tan bueno como otros niños(as).

como antes. O Mi rendimiento escolar es malo	O Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños(as). O Soy tan bueno como otros niños (as).
25 O Muchas veces pienso que nadie me quiere. O A veces pienso de que alguien me quiere. O Siempre pienso que me quieren.	26 O Siempre hago lo que me dicen. O Muchas veces no hago lo que me dicen. O Nunca hago lo que me dicen.
27 O Nunca me peleo con la gente. O Muchas veces me peleo con la gente. O Siempre me peleo con la gente.	

FIN DE LA PRUEBA.
Si has terminado antes de tiempo, repasa tus respuestas.
GRACIAS.

Validez de contenido de Cuestionario de Exposición al Violencia

Validez de contenido del cuestionario de exposición a la violencia (CEV)									
	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	Juez8	V de Aiken
i1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i8	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i9	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i10	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i11	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i12	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i13	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i14	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875
i15	1	1	1	1	1	0	1	1	0,875

Validez de contenido de Escala de Autoestima de Rosenberg

Validez de contenido Escala de Autoestima de Rosenberg									
	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	Juez8	V de Aiken
i1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i10	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Validez de contenido de Cuestionario de Exposición al Violencia

Validez de contenido del Inventario de depresión Infantil KOVACS									
	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	Juez8	V de Aiken
i1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i11	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i12	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i13	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i14	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i15	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i16	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i17	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i18	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i19	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i20	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i22	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i26	1	1	1	1	1	1	1	1	1
i27	1	1	1	1	1	1	1	1	1