Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Violencia intrafamiliar, depresión y ansiedad en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo 2021-2022

Trabajo de integración curricular previa a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**

AUTORA:

Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

DIRECTORA:

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg.

Loja - Ecuador

2022

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 25 de febrero del 2022

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg. Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO 2021-2022** de autoría de la estudiante Lizbeth Katherine Pineda Herrera, previa a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Firmado electrónicamente por:
MAYRA DANIELA MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

AUTORÍA

Yo, Lizbeth Katherine Pineda Herrera, declaro ser autora del presente trabajo de Integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Cédula de Identidad: 1105660391

Fecha: 18 de abril, 2022

Correo electrónico: lizbeth.pineda@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0959652239

Firma: Firmado electrónicamente por:
LIZBETH KATHERINE PINEDA HERRERA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Lizbeth Katherine Pineda Herrera, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulada Violencia intrafamiliar, depresión y ansiedad en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo 2021-2022**,** como requisito para optar el grado de Licenciada en Psicología Clínica; por lo que autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional (RI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio con la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 18 días del mes de abril del dos mil veinte y dos.

Firmado electrónicamente por:
LIZBETH KATHERINE PINEDA HERRERA

Firma:

Autor: Lizbeth Katherine Pineda Herrera

Número de Cédula: 1105360391

Dirección: Juan José Flores y Vicente Rocafuerte

Correo electrónico: lizbethpineda73@gmail.com

Teléfono: 2558038 Celular: 0959652239

DATOS COMPLENTARIOS

Directora del trabajo de integración curricular: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.
- Vocal: Psc. Cl. María Paula Torrez Pozo Mg. Sc.
- Vocal: Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi mamita Lola Sari, quien estuvo presente en mi formación desde la niñez y fue mi más grande motivación para seguir luchando por mis sueños; quien con amor y ejemplo me ha inculcado valores, principios, conoce de mi sacrificios, llantos y alegrías, en donde a pesar de ya no encontrarse a mi lado, sé que desde el cielo se encuentra muy orgullosa de mí por haber culminado mi carrera universitaria.

A mis queridos padres, Edgar Pineda y Miriam Herrera, quienes me han dado la existencia y los mejores deseos en cada paso que he dado en este arduo y difícil camino. Gracias por construir y forjar la persona en la que ahora me he convertido; inculcarme los valores, la perseverancia y el carácter para conseguir todo lo que me propongo en la vida. A mis hermanos y a mi sobrino, por formar parte de mi vida y brindarme la fortaleza en los momentos más difíciles.

Finalmente, a mis apreciados abuelitos, tíos y primos, porque siempre confiaron en mí y me brindaron su apoyo incondicional en mis estudios.

Lizbeth Katherine Pineda Herrera

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios y a la Virgen María, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, quienes como guía estuvieron presentes en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin decaer.

Un agradecimiento especial a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica por brindarme esta experiencia de vida y ayudarme a cumplir mis objetivos. De la misma forma al personal administrativo de la carrera y a su gestora la Dra. Ana Puertas.

De igual forma a toda la planta docente que compartieron sus conocimientos con mucho amor y dedicación, sobre todo a mi apreciada directora del trabajo de integración curricular Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.; por su paciencia y respaldo en cada proceso involucrado en esta investigación.

De manera particular extiendo un agradecimiento al director del Centro de Salud Universitario de Motupe al igual que todo el personal que labora en las diferentes aéreas, por el espacio brindado para poder realizar el levantamiento de información que requería la presente investigación.

Lizbeth Katherine Pineda Herrera

ÍNDICE

Carátula……...i

Certificación del trabajo de integración curricular ii

Autoría iii

Carta de autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento.....vi

Índice de contenidos.....vii

- Índice de Tablas.

- Índice de Figuras.

- Índice de Anexos.

1. Título 1

2. Resumen 2

2.1. Abstract.....3

3. Introducción..... 4

4. Marco teórico..... 6

4.1. Capítulo I: Violencia Intrafamiliar.....6

4.1.1. Definición.....6

4.1.2. Tipos de violencia intrafamiliar 6

4.1.3. Ciclo de la violencia en la pareja 7

4.1.4. Tipología de la familia 9

4.1.5. Consecuencias de la violencia intrafamiliar.....10

4.1.6. Esquema de actuación en contra de la violencia intrafamiliar.....11

4.1.7. Detección de la violencia intrafamiliar 12

4.1.8. Diagnóstico 14

4.1.9. Intervención en violencia 17

4.2. Capítulo II: Depresión.....21

4.2.1. Definición de Depresión. 21

4.2.2. La Violencia y la Depresión 21

4.2.3. Criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV). 22

4.2.4. Criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos según el CIE-10 24

4.2.5. Síntomas de la Depresión 25

4.2.6. Causas de la Depresión 25

4.2.7. Consecuencias de la Depresión 26

4.2.8. Detección de Depresión 26

4.2.9. Tratamiento de la Depresión 27

4.3. Capítulo III: Ansiedad 31

4.3.1. Definición de la Ansiedad 31

4.3.2. La Violencia y la Ansiedad 31

4.3.3. Criterios de diagnósticos del trastorno ansioso según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV). 32

4.3.4. Criterios de diagnósticos de los trastornos de ansiedad fóbica según el CIE-10. 35

4.3.5. Síntomas de la Ansiedad 37

4.3.6. Causas de la Ansiedad 38

4.3.7. Consecuencias de la Ansiedad. 39

4.3.8. Detección de la Ansiedad 39

4.3.9. Tratamiento de la Ansiedad 40

5. Metodología 44

Objetivo General: 44

Objetivos Específicos 44

5.1. Tipo de estudio 44

5.2. Diseño de Investigación 44

5.3. Población 45

5.3.1. Criterios de inclusión. 45
5.3.2. Criterios de exclusión 45
5.4. Procedimiento 46
5.4.1. Fase 1 47
5.4.2. Fase 2 47
5.4.3. Fase 3 48
5.5. Equipos y Materiales 48
5.5.1. Recursos técnicos 48
5.5.2. Recursos tecnológicos 48
5.6. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos 49
5.6.1. Técnicas 49
5.6.2. Instrumentos 49
5.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 49
5.8. Fuentes de información 49
5.8.1. Primarias 49
5.8.2. Secundarias 49
5.9. Consideraciones éticas 49
6. Resultados 50
6.1. Violencia Intrafamiliar 50
6.1.1. Prevalencia de la Violencia Física en mujeres adultas 51
6.1.2. Prevalencia de la Violencia Psicológica en mujeres adultas 51
6.1.3. Prevalencia de la Violencia Sexual en mujeres adultas 52
6.1.4. Prevalencia de la Violencia Social en mujeres adultas 52
6.1.5. Prevalencia de la Violencia Patrimonial en mujeres adultas 53
6.1.6. Prevalencia de la Violencia de Género en mujeres adultas 53
6.2. Depresión en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar 54
6.2.1. Niveles de Depresión en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar 54

6.2.2. Violencia Intrafamiliar y Depresión. 54
6.3. Ansiedad en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar 59
6.3.1. Niveles de Ansiedad en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar 59
6.3.2. Violencia Intrafamiliar y Ansiedad 59
6.4. Diseño de un programa de prevención psicoeducativo para mujeres adultas, víctimas de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad 64
6.4.1. Título del programa de Prevención 64
6.4.2. Presentación 64
6.4.3. Justificación 64
6.4.4. Objetivo General 65
6.4.5. Población 65
6.4.6. Metodología 65
7. Discusión 75
8. Conclusiones 77
9. Recomendaciones 78
10. Bibliografía 79
11. Anexos 84
11.1. Anexo 1 84
11.2. Anexo 2 85
11.3. Anexo 3 86
11.4. Anexo 4 88
11.5. Anexo 5 89
11.6. Anexo 6. 90
11.7. Anexo 7. 91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ámbitos y consecuencias de la violencia intrafamiliar.....10
Tabla 2. Prevención en las diferentes tipologías de la violencia intrafamiliar. 12
Tabla 3. Valoración de la escala de Violencia Intrafamiliar VIFJ4.....14
Tabla 4. Caracterización y evaluación del riesgo. 15
Tabla 5. Síntomas de la depresión. 25
Tabla 6. Síntomas en la mujer víctima de violencia intrafamiliar 32
Tabla 7. Síntomas Físicos y Psicológicos de la ansiedad. 37
Tabla 8. Factores causales de la ansiedad.....38
Tabla 9. Descripción de las mujeres adultas que conforman la base de datos.....46
Tabla 10. Horario de visita en el periodo de muestreo 47
Tabla 11. Conformación de la población con respecto a la Violencia Intrafamiliar. 50
Tabla 12. Prevalencia de la violencia intrafamiliar de las mujeres adultas. 50
Tabla 13. Relación de la Violencia Intrafamiliar con la Depresión.....54
Tabla 14. Correlación de la violencia física con niveles de depresión. 55
Tabla 15. Correlación de la violencia psicológica con niveles de depresión.....55
Tabla 16. Correlación de la violencia sexual con niveles de depresión.....56
Tabla 17. Correlación de la violencia social con niveles de depresión.....57
Tabla 18. Correlación de la violencia patrimonial con niveles de depresión 57
Tabla 19. Correlación de la violencia de género con niveles de depresión. 58
Tabla 20. Relación de la Violencia Intrafamiliar con la Ansiedad. 59
Tabla 21. Correlación de la violencia física con niveles de ansiedad.....60
Tabla 22. Correlación de la violencia psicológica con niveles de ansiedad 60
Tabla 23. Correlación de la violencia sexual con niveles de ansiedad. 61
Tabla 24. Correlación de la violencia social con niveles de ansiedad. 62
Tabla 25. Correlación de la violencia patrimonial con niveles de ansiedad. 62
Tabla 26. Correlación de la violencia de género con niveles de ansiedad.....63
Tabla 27. Materiales y equipos utilizados en el programa de prevención. 66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo de la Violencia 8
Figura 2. Conformación de la muestra 46
Figura 3. Prevalencia de la violencia física 51
Figura 4. Prevalencia de la violencia psicológica 51
Figura 5. Prevalencia de la violencia sexual 52
Figura 6. Prevalencia de la violencia social 52
Figura 7. Prevalencia de la violencia patrimonial 53
Figura 8. Prevalencia de violencia de género 53
Figura 9. Conformación de los niveles de depresión presentes en la muestra 54
Figura 10. Conformación de los niveles de ansiedad presentes en la muestra 59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado del paciente 84
Anexo 2. Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4) 85
Anexo 3. Escala de Depresión de Hamilton 86
Anexo 4. Escala de Hamilton para la Ansiedad 88
Anexo 5. Fotografías 89
Anexo 6. Certificación de traducción del Abstract 90
Anexo 7. Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto 91

1. TÍTULO

Violencia intrafamiliar, depresión y ansiedad en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo 2021-2022

2. RESUMEN

La violencia intrafamiliar es un factor social que afecta a la población mundial, generando secuelas psicológicas. La siguiente investigación tiene como propósito determinar la relación entre la violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres adultas con los niveles de depresión y ansiedad. Se utilizó una metodología de campo, cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal, en una muestra de 52 mujeres entre los 20 a 64 años de edad que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, también técnicas como la observación, la encuesta y el análisis estadístico. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4), la Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton; los resultados demuestran que existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre la violencia física y patrimonial, con los niveles de severidad de depresión, al igual se evidencia una correlación directa y estadísticamente significativa entre la violencia patrimonial y de género con los niveles de severidad de ansiedad. Además, se diseñó un programa de prevención con la finalidad de brindar estrategias que faciliten el afrontamiento y resolución de problemas en mujeres adultas.

Palabras claves: Violencia intrafamiliar, depresión, ansiedad, programa de prevención.

2.1. ABSTRACT

Domestic violence is a social factor that affects the world population, generating psychological consequences. The purpose of the following research is to determine the relationship between domestic violence experienced by adult women with levels of depression and anxiety. A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional field methodology was used in a sample of 52 women between 20 and 64 years of age who attend the Motupe University Health Center, also techniques such as observation, survey and analysis statistical. The instruments applied were the Intrafamily Violence Measurement Scale (VIFJ4), the Hamilton Depression and Anxiety Scale, the results show that there is a direct and statistically significant correlation between physical and patrimonial violence, with the severity levels of depression, as there is evidence of a direct and statistically significant correlation between patrimonial and gender violence with the severity levels of anxiety. In addition, a prevention program was designed in order to provide strategies that facilitate coping and problem resolution in adult women.

Keywords: Domestic violence, depression, anxiety, prevention program.

3. INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar es un problema social y de salud pública que ha ido avanzado progresivamente, normalizándose y promoviéndose en la sociedad; llegando a ser un factor que genera comorbilidad con la depresión y ansiedad. Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo principal "Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar con la depresión y ansiedad, en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe en el periodo 2021-2022" y de esta forma abordar este problema colectivo que atenta con el bienestar psicológico de las mujeres. Para ello se identificó la prevalencia y severidad de la violencia intrafamiliar de carácter físico, psicológico, sexual, social, patrimonial y de género en las mujeres adultas, a través de la Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4), además se evaluó el nivel de depresión y ansiedad, a través de la Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton, por último, se diseñó un programa de prevención psicoeducativo para las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad.

Este estudio investigativo cuenta con un marco teórico estructurado en tres capítulos, en el Capítulo I se describe la información relacionada a la Violencia Intrafamiliar, definición, sus tipos, el ciclo de violencia, tipología de la familia, consecuencias, esquema de actuación, detección, diagnóstico e intervención. El Capítulo II aborda toda la información relacionada con la Depresión, definición, su relación con la violencia, criterios de diagnóstico (DSM5 y CIE 10), los síntomas, causas, consecuencias, detección y tratamiento; a continuación, en el Capítulo III se aborda lo concerniente a la Ansiedad, como su definición, su relación con la violencia, los criterios de diagnóstico (DSMV y CIE-10), entre otros.

La investigación es de campo, en donde la metodología aplicada es de carácter descriptivo, correlacional y transversal, enmarcado en el enfoque cuantitativo y para su desarrollo se estructuraron tres fases. La primera fase está relacionada con el acercamiento y levantamiento de la información en el área de estudio, la segunda fase comprende el análisis de la muestra y la tercera fase dictamina el desarrollo para el diseño de un programa de prevención psicoeducativo.

La presente investigación está conformada por criterios de inclusión y exclusión, de una población total de 140 mujeres obteniendo así, una muestra final de 52 participantes; la cual está conformada por mujeres *adultas jóvenes* y mujeres *adultas*. En los resultados se identificó que existe una mayor prevalencia de violencia psicológica a nivel leve. Por otro lado, se obtuvo una correlación directa y estadísticamente significativa entre los niveles de depresión con la

violencia física y patrimonial, siendo su nivel de correlación del 29,6% y 27,7% respectivamente; y un nivel de correlación del 32,1% para la violencia patrimonial y de género con los niveles de ansiedad.

La investigación concluye identificando la prevalencia de los niveles de severidad de los diferentes tipos de violencia intrafamiliar y evaluando los niveles de depresión y ansiedad a través de los reactivos psicológicos respectivos. Además, se determinó como es la relación entre la violencia intrafamiliar con la depresión y ansiedad; con la finalidad de diseñar un programa de prevención psicoeducativo para brindar las herramientas necesarias que facilite nuevas habilidades de afrontamiento y resolución al problema identificado en las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. CAPÍTULO I: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

4.1.1. Definición

La violencia intrafamiliar se entiende como la acción de algún miembro de la familia contra alguno(s) de sus integrantes en el espacio de convivencia familiar, en contra de su voluntad o deseo. Abarca ofensas de palabra, daño físico o psíquico, intimidación, abuso sexual o control económico (Martina et al., 2017).

La violencia intrafamiliar es el resultado de las relaciones desiguales de poder y es ejercida por los que se sienten con más derecho a intimidar y controlar. Representa una violación a los derechos humanos e implica una restricción a la libertad, la dignidad y el libre movimiento y a la vez una violación directa a la integridad de la persona. Sus manifestaciones son en forma de tortura, de encarcelamiento en la casa, de terrorismo sexual o de esclavitud (Sagot et al., 2000)

4.1.2. Tipos de violencia intrafamiliar

- ***Violencia Física.*** **-** Las personas utilizan el miedo y la agresión física para paralizar a su víctima, provocándole de esta forma algún daño corporal, ya sea con golpes, armas u objetos que se encuentren en el lugar.

- ***Violencia Psicológica.*** **-** Es toda acción u omisión que causa daño, dolor y lastima las emociones de la mujer. Tales como la intimidación, amenazas que infunda miedo, temor, humillaciones, chantajes, indiferencia, prohibiciones e insultos; generando que la autoestima y seguridad en sí misma decaiga, tanto en quien la sufre como los integrantes del hogar que suelen presenciarla.

- ***Violencia Sexual.*** **-** Son todos aquellos actos de connotación sexual directo o indirecto, realizados generalmente por el hombre contra la mujer, con el fin de humillarla, degradarla y causarle sufrimiento.

  Puede distinguirse tres clases:

  - Incesto: Son las relaciones sexuales que se conciben entre familiares o parientes, es decir, personas que descienden de la misma sangre.

  - Abuso sexual: Es cuando una persona le exige a otra que compense su necesidad sexual, ya sea con la exposición de sus genitales o tocando su cuerpo

en contra de su voluntad. Esta violencia sexual se puede producir en la calle o en el trabajo, siendo provocado por un amigo, conocido o familiar.

- Violación: Se refiere cuando una persona se resiste a ser penetrada por algún objeto, dedos o el pene, ya sea por la vagina, ano o cavidad bucal. Hay la factibilidad de que la víctima conozca a su provocador, teniendo éste la posibilidad de mortificarla para que no haga la denuncia correspondiente.

- ***Violencia Social.*** **-** Toda acción perjudicial a la mujer, dictada por las conductas o actitudes de aceptación o rechazo que la sociedad establece como adecuadas frente a la violencia que sufre la mujer, así como las condiciones sociales que envuelven la situación en que vive la mujer víctima de la violencia (Casique Antonia & Furegato, 2006).

- ***Violencia Patrimonial.*** **-** Conductas o limitaciones que generan daño en objetos o recursos de tipo económico, definido para la sustentación de las necesidades básicas de las personas.

- ***Violencia de Género.*** **-** Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública, como en la privada (Consejo de la Judicatura, 2014)

4.1.3. Ciclo de la violencia en la pareja

La violencia contra las mujeres sigue un patrón definido conocido como ciclo de la violencia. En algunos estudios se establecen tres fases: fase de tención, fase de agresión y fase de calma y reconciliación, mejor conocido como luna de miel (Gómez Escarda et al., 2019), como se puede observar en la figura 1. Si la relación gira entorno al ciclo de violencia, pretendiendo todo el tiempo en no perder a la otra persona, se genera una dependencia a la violencia.

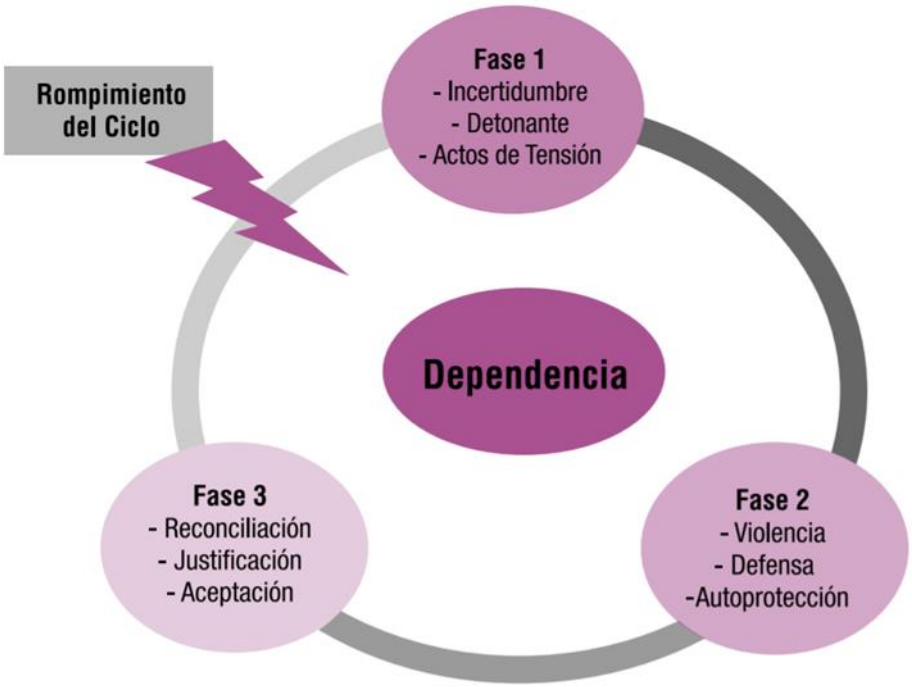

Figura 1. Ciclo de la Violencia
Fuente: Cuervo Pérez 2011

4.1.3.1. Primera Fase

A esta fase se la denomina como "Fase de tensión o acumulación", las cuales son un conjunto de acciones y situaciones que producen en las víctimas formas de inhibición con la finalidad de prevenir provocar al agresor o reducir el impacto del abuso; se caracteriza principalmente por amenazas y agresiones (Rojas, 2019). Se conforma por los siguientes aspectos:

- Incertidumbre: Son los pensamientos constantes y repetitivos de la víctima en torno al temor del abandono o rechazo.
- Detonante: Actor, palabras y conductas que siguen a la incertidumbre, y que el agresor toma como pretexto.
- Actos de tensión: Preceden la violencia física.

4.1.3.2. Segunda Fase

Se la denomina "Fase del incidente agudo de agresión" y hace referencia a todo acto de violencia, producto de las tenciones acumuladas en la fase anterior. El agresor induce daño de tipo físico y mental a su víctima, mediante la violencia directa (Rojas, 2019). Se conforma por:

- Violencia: Comportamiento directo del agresor. El agresor piensa que está obligado a impartir una lección para que no se repita.

- Defensa – autoprotección: La víctima es sumisa ante su agresor, en cualquier actividad de violencia; en algunas ocasiones trata de defenderse.

4.1.3.3. Tercera Fase

Se la conoce como "Fase de arrepentimiento y reconciliación" y es aquella en donde el agresor muestra un arrepentimiento por todas las actitudes agresivas que tuvo contra su víctima, además realiza promesas sobre futuros cambios, las cuales generalmente no llega a cumplirlas. Por lo tanto, la víctima sede y se produce una reconciliación, asumiendo que el agresor analizó sus actos y la víctima deja pasar por alto los hechos de violencia e incluso asume la responsabilidad de los hechos. En esta fase, la pareja trata de buscar una solución a los problemas y comienza a normalizar cada periodo de violencia (Rojas, 2019). Los parámetros con las cuales se encuentra conformada son:

- Reconciliación: El agresor se muestra arrepentido y promete no volver a cometer actos de violencia; aunque cabe destacar que, al no existir una razón para el cometimiento de los hechos violentos, el agresor no comprende que debe cambiar.

- Justificación: La víctima pasa por alto los hechos de violencia y cree que ha cambiado la actitud de su agresor.

- Aceptación: La víctima normaliza los hechos de violencia y pasa a formar parte de las características de la familia.

La víctima al normalizar los hechos de violencia llega a pensar que puede asumir las consecuencias a lo largo de su vida. Aunque por otro lado se puede *romper el ciclo*, si la víctima cambia con respecto a su percepción de la situación o cuando la víctima denota la dinámica de la relación previamente establecida y que los hechos violentos no serán; obligándola a actuar de manera diferente a la esperada por el agresor (Cuervo Pérez & Martínez Calvera, 2013).

4.1.4. Tipología de la familia

Es importante enunciar los tipos de familia con el fin de conocer su conformación y acercarnos a vislumbrar la compleja dinámica; tomando en cuenta que la familia es concebida como un sistema en interacción que evoluciona constantemente, se va adaptando a las necesidades del contexto y de sus integrantes (Sierra Fajardo et al., 2006).

De acuerdo a Fajardo et all, se agrupa según su estructura y composición los siguientes tipos de familia:

- **Familia nuclear tradicional:** Está conformada por padre, madre e hijos y es considerada como la unidad mínima. Puede ser completa o incompleta (cuando se presenta separaciones, divorcio, fallecimiento de un cónyuge).

- **Familia extensa:** Está conformada por tres generaciones que comparten vivienda y economía, frecuentemente alberga alguno de sus miembros y su grupo familiar secundario en momento de crisis, puede ser por línea materna o paterna.

- **Familia monoparental:** Procede de la ruptura de un vínculo inicial, puede ser díada materna (madre con hijos) o díada paterna (padre con hijos).

- **Familia superpuesta o recompuesta:** Está conformada por parejas que han tenido uniones previas, concluidas en rupturas. Es importante identificar si los hijos que se aporta a la unión actual provienen de la línea paterna o materna, considerando los actuales.

- **Familia pareja sin hijos:** Compuestas por díadas conyugales que no pueden concebir por razones fisiológicas, decisión de no adopción o el tener un hijo no se encuentra dentro de sus planes inmediatos.

- **Unipersonal:** Es un hogar o una unidad social de consumo. Son personas que viven solos, ya sea solteros, viudos o separados.

- **Familia nuclear con amantazgo (noviazgo o convivencia-conducta infiel):** Familia que se establece cuando uno de los cónyuges, además de tener su hogar conformado mantiene una relación permanente con otra persona.

4.1.5. Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Es importante comprender como este problema afecta a los distintos ámbitos de la realidad social, tal y como se muestra a continuación:

Tabla 1. Ámbitos y consecuencias de la violencia intrafamiliar.

Principales consecuencias de la violencia intrafamiliar	
Trabajo	• Incremento del ausentismo laboral. • Disminución del rendimiento laboral.

Educación	• Aumento del ausentismo escolar. • Aumento de la deserción escolar. • Trastornos de conducta y de aprendizaje. • Violencia en el ámbito escolar.
Salud	• *Consecuencias para la salud física:* (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etc.). • *Consecuencias para la salud mental:* (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos, etc.). • *Consecuencias letales:* (suicidio, homicidio). • Trastornos del desarrollo físico y psicológico.
Social	• Fugas del hogar. • Embarazo adolescente. • Niños(as) en situación de riesgo social (en la calle). • Conductas de riesgo para terceros o Prostitución.
Seguridad	• Violencia social. • Violencia juvenil. • Conductas antisociales. • Homicidios y lesiones dentro de la familia. • Delitos sexuales.
Economía	• Incremento del gasto en los sectores salud, educación, seguridad y justicia. • Disminución de la producción.

Fuente: Eliana Gallardo Echenique, 2015, pag 29.

4.1.6. Esquema de actuación en contra de la violencia intrafamiliar

A nivel de educación superior, se proponen para situaciones de violencia intrafamiliar los siguientes programas (Gallardo Echenique, 2015):

- Programas educacionales que enseñan habilidades para resolver conflictos.
- Programas de estudio y textos escolares no sexistas.
- Intervenciones a nivel cognitivo (control de la ira, autocontrol cognitivo, razonamiento moral y desarrollo de empatía social).
- Mejoramiento del ambiente escolar (manejo de alumnos en las aulas, políticas y reglas escolares, seguridad escolar, menos intimidación).
- Programas educacionales técnicos, que reducen las tasas de deserción escolar y mejoran las oportunidades de las mujeres para entrar al mercado laboral.

- Mayor cooperación con clínicas de salud, policía y departamentos de servicio social.
- Programas de mediación entre compañeros, y Formación de docentes especializados en el área de la prevención de la violencia.

Considerando los diferentes tipos de tipologías familiares se puede establecer esquemas de actuación específicos, tal y como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Prevención en las diferentes tipologías de la violencia intrafamiliar.

Maltrato infantil	El niño es parte de un sistema mayor que posee determinadas características o síntomas. Por lo tanto, se debe tratar de entender cómo funciona su sistema, modificar los patrones interaccionales (comportamientos repetitivos) que no contribuyen a una retroalimentación positiva y promover espacios de nueva construcción de patrones interaccionales, dar apoyo y contención a los miembros de la familia.
Maltrato de pareja	Se requiere el desarrollo de la autonomía de la víctima, la sensibilización de género, promulgando y promoviendo las identidades para lograr una sociedad más justa e igualitaria. Se debe generar estrategias de abordaje integral para la atención de víctimas de violencia, abarcar a la familia y al entorno y prevenir factores determinantes de la situación, se debe trabajar desde los primeros años de escolaridad con niños(as) sobre el género y así brindar una educación de calidad y comprometida con el bienestar de la sociedad.
Maltrato entre familiares	Para el maltrato entre familiares a personas mayores, es necesario tener en cuenta la opinión del viejo y procurar que permanezca en el ámbito familiar ya que la desvinculación debe ser el último recurso, como forma de no revictimizarlo. La denuncia debe ser justificada entre la protección y el respeto a la autonomía, conocer su estado mental, su capacidad de decidir, el riesgo de muerte o lesión y el deterioro de la salud que requiera atención inmediata.

Fuente: Eliana Gallardo Echenique, 2015, pág. 31.

4.1.7. Detección de la violencia intrafamiliar

El detectar la violencia, va a permitir reconocer e identificar si se trata de una situación explicita o encubierta, esto permite realizar un diagnóstico conociendo quien es la persona que solicita ayuda; ya sea adulto, adolescente o niño(a) (Gallardo Echenique, 2015).

La detección de la violencia intrafamiliar se la clasifica de la siguiente manera:

4.1.7.1. Maltrato infantil.

Afecta a niños(as) y adolescentes menores de 18 años de forma emocional y psicológica, por abandono, negligencia, físico o química, la cual es ejercida por los padres o cuidadores. Según la UNICEF, el maltrato es definido como «cualquier omisión o acción, intencional o no, por parte de las personas a cargo del niño, niña o adolescente que comprometan la satisfacción de las necesidades primarias físicas (alimentación, abrigo y protección contra el peligro) y socio-emocionales, por las que se vea afectado su desarrollo físico y emocional, su integridad y que implique una vulneración de sus derechos». La detección se hace posible gracias a la acción de los adultos ante cualquier marca física o comportamiento de sufrimiento que exprese el niño(a); que en su mayoría no es fácil aceptar y asumir que está siendo maltratado(a) por los padres o cuidadores. Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada y solicitar ayuda profesional, que les permita detectar signos y síntomas de indicadores directos e indirectos de maltrato infantil; además se debe desarrollar en adultos la capacidad de escuchar y apoyar a los niños(as) ante situaciones de maltrato (Gallardo Echenique, 2015).

4.1.7.2. Maltrato entre familiares.

La violencia es ejercida por personas que no conforman el núcleo familiar primario. La integración de la familia «implica los miembros que la constituyen entre sí y la del sistema familiar respecto a su entorno». También existe violencia contra los adultos mayores (abuelos o abuelas) de una familia.

Para la OMS «el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión» (Gallardo Echenique, 2015).

4.1.7.3. Maltrato de pareja

El agresor es alguien allegado afectivamente a la víctima, que efectúa actos de violencia fuera del domicilio conyugal o en la casa que comparte con la pareja. La violencia es ejercida ya sea por el conyugue, compañero(a), concubina(o) y la pareja en relaciones de hecho dentro y/o fuera del domicilio conyugal. Cabe destacar que el sexo femenino es el más afectado por el maltrato de pareja.

Como menciona Álvarez Medina (2015) «es predominante una visión rígida y estereotipada de los roles sociales de varón y mujer, generando poco espacio para la negociación y propiciando

a la instalación emergente de una relación desigual en la distribución del poder» (Álvarez Medina, 2015, p. 61).

4.1.7.4. Escala de violencia intrafamiliar VIFJ4

La Escala de Medición de Violencia Intrafamiliar VIFJ4 con sus seis dimensiones: violencia física, psicológica, sexual, social, patrimonial y de género, mantiene su fiabilidad a través del tiempo. El estadístico de fiabilidad alfa de Cronbach determina una consistencia interna de la escala VIFJ4 en su aplicación inicial de 0,938 y en el Re test de 0,944. La escala VIFJ4 es una herramienta útil en el diagnóstico del tipo y severidad de violencia intrafamiliar.

Los autores declaran no haber conflicto de intereses. La escala VIFJ4 y su instrucción de uso están disponibles para las personas e instituciones siempre y cuando se mencione la debida autoría (Oyervide, 2014).

Siendo los puntos de corte descritos a continuación:

Tabla 3. Valoración de la escala de Violencia Intrafamiliar VIFJ4

Severidad de la violencia	***Física***	***Psicológica***	***Sexual***	***Social***	***Patrimonial***	***De género***	***Puntaje total***
Leve	≤ 4 puntos	≤ 8 puntos	≤ 6 puntos	≤ 5 puntos	≤ 4 puntos	≤ 4 puntos	≤ 35 puntos
Moderada	5 – 11 puntos	9 – 16 puntos	7 – 12 puntos	6 – 13 puntos	5 – 9 puntos	5 – 10 puntos	36 – 67 puntos
Severa	≥ 12 puntos	≥ 17 puntos	≥ 13 puntos	≥ 14 puntos	≥ 10 puntos	≥ 11 puntos	≥ 68 puntos

Fuente: Oyervide, 2014.

En caso que el agresor consuma alcohol y/o drogas se deberá adicionar 3 puntos a la suma final. Las personas que obtengan valores superiores a 68 deberían ser consideradas como personas de alto riesgo de sufrir lesiones incapacitantes y/o riesgo de femicidio (Oyervide, 2014).

4.1.8. Diagnóstico

La violencia intrafamiliar es un problema multicausal en donde la única forma de poder brindar tratamiento, es a partir de un enfoque interdisciplinario que disponga de un equipo de trabajo que garantice una intervención eficaz frente al problema. Para realizar el diagnóstico en violencia familiar, primero se debe tener en consideración el lugar institucional en el que

trabaja el profesional, seguidamente quien es la persona que pide ayuda y si se trata de una situación explícita o encubierta (Tuana, 2002).

En el caso de que el profesional trabaje en un centro de salud especializado en violencia intrafamiliar, por lo general las demandas se manifiestan con un mayor nivel de claridad y explicación a diferencia de otros lugares en las que se manifiesta de forma muy encubierta.

Sin embargo, es importante identificar si se trata de un adulto, adolescente o niño(a) a través de los siguientes componentes (Tuana, 2002):

- *La detección y caracterización de las situaciones de violencia y la evaluación del riesgo:* Indicadores personales (físicos, emocionales y conductuales) e indicadores del contexto social y familiar, tal y como se muestra en la tabla 4. Elementos del relato que son similares en las historias de abuso y maltrato.
- *La victimización secundaria:* Identificar aquellas respuestas dadas desde el contexto familiar y social frente a la develación, denuncia o intento de enunciación de los episodios de violencia que aumentan el daño ya provocado por los perpetradores.
- *La salida de la situación de violencia*: Identificar aquellos recursos personales, familiares y comunitarios que nos posibiliten diseñar una estrategia de salida de la situación de violencia (Tuana, 2002).

Tabla 4. Caracterización y evaluación del riesgo.

Indicadores del contexto social y familiar	• Familias con un funcionamiento muy rígido, con roles estereotipados. • Falta de autonomía, de libertad de opinión o decisión. • Aislamiento familiar. • Inexistencia de una red vincular de referencia (amigos, familiares, vecinos). • Aislamiento social. • Inexistencia de red social de soporte. • Distribución desigual del poder dentro de la familia, inequidad de género. • Imposibilidad de expresar las emociones. • Imposibilidad de dialogar. • Las funciones de protección y cuidados se desplazan por el control y la represión. • Antecedentes de violencia familiar en uno o ambos padres. • Modelos de socialización donde la violencia es vivida como una forma de relacionamiento y comunicación familiar trasmitidos inter generacionalmente.

Indicadores personales – físicos, emocionales y conductuales	• Hematomas subdural y fracturas múltiples de huesos largos. • Síndrome del stress post traumático que se tratan de una serie de síntomas que aparecen después de la ocurrencia de un evento que se encuentra fuera del marco habitual de la persona y desequilibra psicológica y físicamente al individuo. Dentro de estos eventos traumáticos podemos identificar aquellos que se consideran una amenaza para la propia vida o la integridad. • Pensamientos recurrentes del acontecimiento, sueños con lo sucedido, aislamiento, depresión, sentimientos de desamparo, episodios de disociación, falta de concentración, comportamientos regresivos, fobias, ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria.
Indicadores físicos	• Lesiones cutáneas, óseas o neurológicas. • Multiplicidad y diversidad de las lesiones (hematomas, equimosis, quemaduras, traumatismos óseos). • Reiteración de las agresiones en el tiempo. • Historia poco convincente acerca del traumatismo experimentado por la mujer. • Existen una desproporción entre la dimensión de las lesiones y la explicación que da el agresor de cómo ocurrió.
Indicadores emocionales y conductuales	• Dificultad de concentración. • Falta de interés y apatía. • Rechaza el contacto físico o reacciona en forma temerosa. • Baja en el rendimiento laboral. • Agresividad excesiva, reproducción de la conducta violenta. • Retraimiento excesivo. • Trastornos graves de conducta. • Conductas de riesgo personal. • Intentos de autoeliminación. • Desarreglo y deterioro personal, falta de cuidados con sus cosas y con las de los otros. • Abuso de sustancias psicoactivas. • Enuresis y encopresis.

Fuente: Diagnóstico en violencia familiar, Tuana Andrea, 2002.

El Ministerio de Salud Pública, elaboró un manual denominado "Normar y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida" (Campos et al., 2008), en el cual se detalla a través de un flujograma, el procedimiento para el diagnóstico de violencia, el cual se interpreta de la siguiente manera:

1. La persona implicada acude al centro de salud ya sea por una situación de emergencia o por consulta externa.
2. En el centro de atención médica se realiza la respectiva historia clínica, con la información pertinente ante un caso de sospecha de violencia.
3. En el caso de que exista sospecha de violencia, la paciente pasa a recibir la atención requerida; si por el contrario no existe sospecha de violencia se descarta el caso.
4. Durante la atención del caso para una paciente sospechosamente víctima de violencia, se le realiza una evaluación interdisciplinaria a través de un equipo de salud, tanto para la persona que llegó por un estado de emergencia o por consulta externa; además se realiza la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica "SIVE-ALERTA" y al sistema de información local "Estadística SNS-HCU".
5. El equipo de salud está conformado por tres departamentos:
    - Trabajo Social. – Entrevista a la familia y realiza visitas domiciliarias.
    - Salud Mental. – Entrevista a la familia y al paciente se le aplica reactivos psicológicos que determinará los niveles de estrés que sufre la víctima (somatizaciones, cuadros ansiosos o depresivos, consumo de sustancias, cuadros psíquicos severos o secuelas generadas por la violencia sufrida).
    - Servicios Médicos. – Realizan una historia clínica de evaluación.
6. Al analizar los resultados se evalúa el diagnóstico y se confirma o no la violencia.
7. En el caso que no se confirma la violencia, la paciente entra a alto riesgo, se le realiza un seguimiento y se le aplica un tratamiento individual y familiar.
8. En el caso que se confirma la violencia, se aplica el tratamiento individual y familiar, se notifica a los organismos de protección, se realiza la respectiva denuncia al área legal y se informa a las redes locales de apoyo.

4.1.9. Intervención en violencia

El problema de la violencia contra las mujeres no puede ser comprendido centrándose exclusivamente en la psicología del individuo, debido a que también requiere trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, donde se pueda dar respuesta a las necesidades de tipo legal, laboral y social porque son frecuentes en estas mujeres y también van a influir en su recuperación (Matud et al., 2004).

Es fundamental que el profesional de la Salud Mental deba acordar con la mujer el consentimiento informado donde explique de manera precisa y clara del porque es importante la evaluación, el tipo de información que se va a recoger y la medida en que otras personas

tienen o pueden tener acceso a dicha información. Cabe mencionar que es importante comentar a la mujer víctima de violencia que los datos obtenidos previamente deben tener tratamiento jurídico debido a que es un delito penado por la ley de la violencia contra la mujer (Matud et al., 2004).

Se debe tener en cuenta que, en la evaluación, la mujer víctima de violencia en el momento de relatar los hechos o al contar su historia, la mujer puede reexperimentar el miedo y el dolor emocional asociado con el incidente, especialmente si ha ocurrido hace muchos años; además es importante que se sea sensible a estas emociones y se proporcione un encuentro terapéutico que facilite la comprensión y la curación, a la vez que se está recogiendo la información.

Siguiendo el modelo de respuesta ante el maltrato propuesto por (Matud et al., 2004), refiere la necesidad de evaluar y planificar la intervención psicológica a través de los siguientes componentes:

1) ***El tipo y patrón de violencia, abuso y control:*** Requiere la descripción de los actos de violencia y también implica conocer la lógica que la víctima tiene sobre el contexto en que se da la violencia, por ejemplo: el tono de voz, determinadas miradas, la ingesta de alcohol, entre otros; adquiriendo propiedades similares a la conducta agresiva.
2) ***Los efectos psicológicos del abuso:*** Se debe tener en cuenta: los cambios cognitivos, ya sea de los esquemas cognitivos, las expectativas, las atribuciones, percepciones o la autoestima de la mujer maltratada; los indicadores de malestar o disfunción psicológica, por ejemplo, los miedos, la ira, la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, etc.; y los problemas de relación con otras personas distintas al agresor, tales como problemas de confianza en los demás, miedo a la intimidad, entre otros. Llegando a ser una hipótesis de trabajo que se puede poner a prueba a lo largo de la intervención (Matud et al., 2004).

3) ***Las estrategias de las mujeres maltratadas para escapar y/o sobrevivir al abuso:***

a) *La respuesta institucional:* Si es positiva puede ayudar a la mujer maltratada a evitar la violencia en el futuro e incluso puede mediar la gravedad de sus efectos, pero al ser negativa puede generar victimización secundaria.
b) *Las potencialidades y puntos fuertes de la mujer:* Pueden ser desde la confianza en sí misma para encontrar soluciones al problema hasta creer en su derecho de vivir libre de violencia, pasando por la determinación en lograr sus metas, el conocimiento del abuso y

sus efectos, sus capacidades organizativas, sociales, ocupacionales, etc. Por ende, es importante llevar a cabo la evaluación, validación y fomento de estas capacidades ya que puede facilitar en gran medida los intentos de la mujer maltratada para protegerse y la evitar violencia futura (Matud et al., 2004).

c) *Los recursos materiales y el apoyo social:* Es primordial en las mujeres víctimas de la violencia para responder de forma efectiva ante la violencia.

d) *Los factores históricos, de aprendizaje y de salud física:* Tales como la socialización rígida en los roles de género; victimizaciones anteriores u otros traumas sufridos en la infancia que pueden aumentar la vulnerabilidad de la mujer y propiciar que victimizaciones posteriores tengan efectos más negativos; al igual que las limitaciones o discapacidades físicas (Matud et al., 2004).

e) *La presencia de estresores actuales adicionales al maltrato de la pareja:* Pueden influir tanto en la reacción psicológica de la mujer maltratada como en sus esfuerzos por responder a éste.

f) *Los aspectos positivos y negativos de la relación con la pareja:* Lo que percibe la mujer maltratada. Sin embargo, es necesario conocer estas percepciones para comprender su conducta dentro de la situación de abuso.

g) Los factores que relacionan tanto las respuestas al abuso como las estrategias para sobrevivir a éste deben ser analizado dentro del contexto social, cultural, político y económico.

En cuanto a las técnicas de evaluación, las más utilizadas han sido las entrevistas y los cuestionarios, recomendándose una evaluación de multimétodo. Se han utilizado tanto entrevistas no estructuradas como estructuradas e instrumentos psicológicos, siendo estas las más adecuadas al comienzo de la evaluación, ya que permiten que la mujer exprese su historia tal como desea (Matud et al., 2004).

4.1.9.1. Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida

- *La acogida:* Brindar una escucha activa, empática, y sepa responder a la demanda de ayuda, especialmente de la mujer violentada que acuda al servicio de salud. El profesional de la salud mental debe demostrar respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios.
- *La contención y el manejo de la crisis*: Es un procedimiento terapéutico con el fin de tranquilizar y estimular la confianza de la afectada por una crisis emocional.

- *Evaluación de riesgo:* Se debe evaluar conjuntamente con la persona afectada la probabilidad inminente de sufrir un evento futuro con riesgo para su integridad y vida.
- *Valoración de la sospecha de la violencia física y psicológica:* Se debe tomar en cuenta los antecedentes personales y estilos de vida, síntomas psicológicos y psicosomáticos frecuentes, signos físicos, situaciones de doble vulnerabilidad y dependencia de la mujer. Cabe mencionar que durante la consulta debe tener en cuenta la actitud y conducta de la mujer, la actitud del hombre (agresor), la actitud del acompañante y la frecuencia en la que acude a un servicio de salud la mujer víctima de maltrato.
- *Plan de emergencia:* Se debe realizar un plan de emergencia en casos de que la mujer violentada decida realizar trámites legales o decida abandonar el domicilio conyugal. Sin embargo, hay que considerar si la mujer tiene hijos pequeños, ya que dado el caso es necesario que reciban atención con el pediatra, debido a que pueden ser víctimas directas del maltrato que puedan desencadenar secuelas psicológicas al ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.
- *Información:* El profesional debe informar que la violencia contra la mujer va aumentando con el paso del tiempo si no se toman medidas al respecto llegando a poner en situaciones de peligro su vida y la de sus familiares más cercanos. Por lo tanto, se deberá explicar que la violencia contra la mujer es motivo de denuncia en las comisarías de la mujer, fiscalía y mecanismos de acción inmediata como el ECU-911.
- *Registro de los casos:* El profesional procederá a la aplicación de la historia clínica a la mujer víctima de violencia, debido a que es un documento legal de respaldo que puede servir como prueba importante en el proceso judicial.
- *Referencia y contrarreferencia FORM 053 HCU-SNS/MSP 2008:* Permite realizar una referencia para que el profesional evalué la capacidad de la persona para trasladarse de un lugar a otro y contra refiera a la persona violentada para que retorne a su unidad operativa de origen cuando se considere oportuno, seguro y conveniente.
- *Seguimiento:* Debe ser realizado por el personal de salud que la atendió, en función de las demandas de la persona y de la gravedad de la violencia diagnosticada. Cabe mencionar que se deberá programar consultas periódicas y visitas domiciliarias de seguimiento en donde se evalué:
    - Si se ha producido un incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de maltrato sufrido.
    - Si las agresiones se han extendido a otros miembros de la familia o pareja en el mismo domicilio.

- Si se ha modificado el riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de alcohol, drogas, pérdida del trabajo).
- El estado de la red social de apoyo.
- El plan de emergencia.

4.2. CAPÍTULO II: DEPRESIÓN

4.2.1. Definición de Depresión.

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por la presencia de un bajo estado de ánimo, pérdida de interés o la capacidad de placer. Por lo general debe presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: sentimientos de infravaloración o culpa, insomnio, alteraciones en el apetito o el peso, alteraciones del sueño, falta de energía, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, dificultad para pensar, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas, durante casi todo el día. A su vez, es importante destacar que estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo y/o un deterioro social o en otras áreas de actividad que son importantes para el individuo (Generali Cazabonnet, 2020).

4.2.2. La Violencia y la Depresión.

La violencia y la depresión tienen un impacto muy importante en nuestra sociedad, el cual se trata de identificar para una correcta atención de salud tanto a las usuarias, familias y entorno, entendiendo a la salud como un derecho humano básico.

Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que presentan depresión, se caracterizan por una sensación persistente de tristeza, la cual es diferente a otras experiencias tristes; presentan la experiencia de pérdida de control, gran dificultad o imposibilidad para motivarse por otros asuntos que no sean el centro de su tristeza (Lescano López & Roldan, 2020).

La gravedad de los síntomas de depresión en mujeres maltratadas ha sido asociada a una mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato; con el tiempo transcurrido desde el cese de la violencia y con un menor apoyo social recibido por la mujer (Hernández et al., 2007).

La influencia del nivel de estresores adicionales en las mujeres víctimas de violencia contribuyen a reducir la capacidad de la mujer para hacer frente a la situación de maltrato y repercute en su nivel de ajuste psicológico como: la violencia sobre los hijos, reducción del rendimiento laboral, pérdida del trabajo, problemas de salud, conductas de acoso tras

la ruptura, problemas legales relacionados con la separación y custodia de los hijos, problemas económicos, entre otros (Hernández et al., 2007).

4.2.3. Criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV).

4.2.3.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).
K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.2.3.2. Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.2.3.3. Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que están ausentes, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
   1. Poco apetito o sobrealimentación.
   2. Insomnio o hipersomnia.
   3. Poca energía o fatiga.
   4. Baja autoestima.
   5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
   6. Sentimientos de desesperanza.
C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.2.4. Criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos según el CIE-10.

4.2.4.1. F32.0. Episodio depresivo leve

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
    1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
    2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
    3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:
    1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
    2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
    3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
    4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
    5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
    6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
    7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático": F32.00 Sin síndrome somático. F32.0l Con síndrome somático.

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. ONU.

4.2.4.2. F32.1 Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes de F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático": F32.10 Sin síndrome somático. F32.11 Con síndrome somático.

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. ONU.

4.2.5. Síntomas de la Depresión

Los principales síntomas que presenta una persona que se encuentra padeciendo depresión son:

Tabla 5. Síntomas de la depresión.

Anímicos	Abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad. En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.
Motivacionales	Apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).
Cognitivos	Valoración negativa de la persona misma, de su entorno y futuro.
Físicos	Pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa y visión borrosa.
Vinculares	Se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva a que se aíslen más.

Fuente: Ordoñez Mullo, 2017.

4.2.6. Causas de la Depresión

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión en las diferentes personas. Algunas veces, la depresión aparece sin una causa aparente (Ordoñez Mullo, 2017).

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:

- Haber sufrido algún episodio depresivo en el pasado.
- Antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales (Ordoñez Mullo, 2017).
- Situaciones conflictivas en su entorno, por ejemplo, el trabajo, hogar u otros contextos.
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos.
- Enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.

- Medicinas suscritas por un médico.
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas pueden empeorar la depresión.
- Algunas mujeres pueden ser más vulnerables a la depresión después del parto, especialmente si tienen alguno de los factores de riesgo. (Ordoñez Mullo, 2017).

4.2.7. Consecuencias de la Depresión.

Las consecuencias más comunes suelen ser (Rodríguez, 2020):

- *Aislamiento social:* No se relacionan con la gente y tienden a no salir de casa.
- *Dolores físicos:* La depresión puede contribuir a la aparición de este tipo de dolores.
- *Pérdida de interés por la vida:* Se pierde el interés por hacer las actividades cotidianas.
- *Pensamientos suicidas*.

4.2.8. Detección de Depresión

4.2.8.1. Test de Hamilton de Depresión (HAM-D)

Es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo muy empleada en el monitoreo de la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960, pero en el año de 1967 su autor, Max Hamilton, la redujo a 21 ítems y existe una versión reducida de 17 ítems (Ordoñez Mullo, 2017).

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento (Ordoñez Mullo, 2017).

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta la paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.

El rango de puntuación para el test de 17 ítems es 0-52 (Ordoñez Mullo, 2017). Los puntos de corte recomendados son:

- No deprimido: 0-7
- Depresión leve: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

4.2.9. Tratamiento de la Depresión

Tiene como propósito mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y la mortalidad, prevenir la recurrencia de la depresión y minimizar los efectos adversos del tratamiento (Ordoñez Mullo, 2017).

El tratamiento para la depresión consiste en tres fases que son las siguientes:

- **Fase aguda:** Se inicia cuando el tratamiento se establece y termina cuando hay remisión completa, habitualmente dura de 6 a 12 semanas.
- **Fase de continuación:** Se inicia con la remisión completa y permanece hasta que cualquiera de los cambios significativos de una recaída disminuya u ocurra una recaída; es recurrente de 6 a 9 meses en el primer episodio de depresión (Ordoñez Mullo, 2017).
- **Fase de mantenimiento:** Se inicia la prevención de las recurrencias. Habitualmente, el tratamiento antidepresivo se continúa durante 5 meses para prevenir la recurrencia de la depresión (Ordoñez Mullo, 2017).

4.2.9.1. La Psicoterapia

Consiste en modificar cogniciones negativas que la persona tiene incorporado en su sistema de creencia y que le genera un estado de ánimo alterado. Las Psicoterapias y los tratamientos farmacológicos son igual de efectivas para llevar acabo un tratamiento eficaz en personas con trastornos depresivos (Quezada Barrigas, 2015).

4.2.9.2. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La intervención cognitivo conductual genera mejores resultados que administrar únicamente medicamentos. Este modelo terapéutico sirve para identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento, se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente (Quezada Barrigas, 2015).

Como estrategia, se manejan componentes como el *didáctico*, que genera expectativas positivas y aumenta la adherencia al tratamiento, el *semántico*, que identifica y sustituye pensamientos disfuncionales y el *cognitivo o conductual*, el cuál reduce la frecuencia de pensamientos negativos.

4.2.9.2.1. Técnicas cognitivo-conductuales

a) Entrenamiento en habilidades sociales. - Se trata de una secuencia de procedimientos que tienen como objetivo promover el desarrollo de una mejor calidad de vida y prevenir la aparición de problemas sociales. Las habilidades sociales pueden mejorarse a través de las experiencias de aprendizaje adecuadas, dentro de algunas habilidades sociales tenemos:

- Asertividad. – Es una actitud de autoafirmación y defensa de los derechos personales, que incluye una adecuada expresión de los sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, respetando a los demás. La asertividad incluye tres principales áreas, la autoafirmación, la expresión de sentimientos positivos y negativos. Las personas asertivas se caracterizan por conocerse y mantenerse fiel a sí mismas, por aceptarse incondicionalmente, saben cómo comprender y manejar adecuadamente sus sentimientos y la de los demás, no exigen las cosas que quieren, acepta sus limitaciones, dan una imagen de persona congruente y auténtica, se respetan y valoran a sí mismas, tiene facilidad de comunicación, son amables firmes y suelen expresar adecuadamente sus opiniones (Roca Villanueva, 2014). Algunas estrategias para mejorar esta habilidad social son:
    - *Saludo con atención plena*: Las personas por temor al rechazo evitan brindar un saludo cordial, por lo tanto, se ambienta un lugar social de confianza para que los participantes lo puedan desarrollar de manera adecuada.
    - *Usar un lenguaje que diga si o no según lo necesario:* Es un aspecto importante de la asertividad y para ello la participante debe estar atenta al mensaje que quiera emitir, el tono de vos no debe de ser débil y la expresión corporal no debe transmitir temor, preocupación, tristeza, sorpresa, sospecha y felicidad.
    - *Abandonar la autojustificación:* Las personas pasivas, poco asertivas, piensan que están obligadas a justificar cada opinión o manifestación que hacen con argumentos racionales. Cuando alguien las cuestiona o las critica, se sienten obligadas a defenderse con prolongadas razones, pero esta práctica tiene un

valor limitado en las relaciones interpersonales, por lo cual todas las personas tienen el derecho a pensar de manera diferente.

- *Parecer y sentirse asertivo:* Se enfoca en la manera de cómo pararse, mirar, caminar y hablar, sugiriendo alguna forma de mejorar estas acciones de tal manera que se comunique poder y firmeza (Escudero, 2019).

b) El fortalecimiento de la autoestima. – Es un factor que establece un equilibrio emocional, además es un conjunto de creencias, percepciones, evaluaciones y pensamientos que tiene la persona de sí misma. La baja autoestima puede ser la raíz de otros problemas de salud mental, debido a la desvalorización y creencia en si misma que tiene la persona, por lo tanto, algunas estrategias que se pueden aplicar para fortalecer la autoestima son:

- *Expresar los sentimientos asertivamente:* Asertividad y autoestima son dos variables estrechamente vinculadas, y sin duda una de las habilidades clave de la persona asertiva es la capacidad de comunicar adecuadamente sus sentimientos. Algunos consejos para que la expresión de los sentimientos se convierta en el pilar de una autoestima sana son: acostumbrar a formar frases que comiencen por «quiero», «me gusta» y «necesito»; intentar comprobar el significado o los sentimientos que subyacen a los comentarios o conductas del otro; no dejar pasar situaciones confusas sin aclararlas; acostumbrar a utilizar frases que resulten reforzantes para el otro y tratar hacer saber lo que les gusta. Antes de un ataque de ira, reflexionar sobre el por qué y para qué; fijarse en la conducta externa como el tono de voz, respiración, etc.; expresar los sentimientos en forma positiva, incluyendo deseos, necesidades y derechos; además, evitar los reproches y la autocompasión (Garrido, 2021).
- *Visualizar el campo positivo:* La base de la autoestima no se conforma en los acontecimientos realmente vividos, sino en función de la interpretación que hacemos de la propia realidad, la imaginación y por lo tanto como la visualización encuentra su lugar en el proceso, para ello se puede realizar un mejoramiento de la autoimagen, cambiar las formas de interactuar con los demás y conseguir metas específicas.
- *Lista de elogios:* A las personas con baja autoestima les cuesta aceptar los elogios o lo bueno que los demás le atribuyen. Para ello se propone una interesante tarea de corte cognitivista en donde la participante elabora una lista con diez elogios que haya recibido alguna vez en la vida, a continuación, debe

puntuar cada una de ellas del 1 al 10, según el grado de creencia que tenga en cada elogio en cuestión y finalmente se debe meditar en cómo sería la vida de la persona si a cada calificación se le suma un punto más (Garrido, 2021).

c) Retroalimentación. – Consiste en proporcionar información a un público objetivo con el fin de modelar y perfeccionar conductas exhibidas a través de comentarios verbales de manera positiva.

d) Reforzamiento. – Contribuye al modelamiento y mantenimiento de las conductas entrenadas para mantener los logros y aumentar la tasa de respuesta adecuada, existen diversos refuerzos como aprobación de conductas y participación por la compresión de nuevas temáticas como el reconocimiento público, elogios, pequeños detalles, entre otros.

4.2.9.3. Terapia interpersonal.

Se centra en interacciones interpersonales y en su entorno social. Utiliza la psicoeducación de la depresión de manera general, además tratamientos específicos según la definición del problema (Ordoñez Mullo, 2017); tales como:

- La exposición. – Es una presentación a nivel individual o colectivo sobre algún tema en particular, en donde se hace uso de la expresión oral como instrumento para comunicar.

- Dibujo. – Es una actividad que incentiva a utilizar la creatividad y reforzar la memoria ante la comprensión de un tema, se lo aplica después de la exposición de un tema y de manera didáctica se busca fortalecer las conceptualizaciones expuestas (Díaz Cabriales et al., 2019).

- Instrucción verbal. – Consiste en dar explicaciones claras y concias como guía de patrones de respuesta, que las participantes tienen que identificar e incluir argumentos para justificar la ejecución de dichas actividades (Quiroga Pinzón et al., 2016).

4.2.9.4. Farmacoterapia.

La Farmacoterapia ayuda al tratamiento de casos medios y graves de depresión, que necesitan adicionalmente aplicar una terapia con medicamentos y antidepresivos (Quezada Barrigas, 2015).

Entre los fármacos para tratar la depresión están los siguientes (Ordoñez Mullo, 2017): Fármacos bloqueantes de la recaptación de aminas, Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina y otros antidepresivos Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

4.3. CAPÍTULO III: ANSIEDAD

4.3.1. Definición de la Ansiedad.

La ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad que no permite la relajación y el descanso. El paciente experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo, preocupación y dificultad para concentrarse, relajarse o dormir. También presentan irritabilidad, dolores de cabeza, tensión muscular y náuseas (Chimarro, 2015).

4.3.2. La Violencia y la Ansiedad.

Las lesiones de la violencia intrafamiliar, a nivel psicológico, se evidencian en las secuelas emocionales que persisten en la mujer de manera crónica, debido a que desborda la capacidad de adaptación de la víctima a situaciones nuevas en relación o no al suceso vivido. La mujer pierde la capacidad de afrontar la situación a través de los recursos psicológicos habituales y se mantiene en un estado de alerta continuo, al haberse quebrado su sensación de seguridad. Esta reacción repercute y reactiva las lesiones corporales, que manifiestan síntomas y signos que desgastan la integridad de la mujer.

Por lo tanto, esta afectación produce ansiedad en la mujer, desvirtuando su personalidad y capacidad de resistencia, deterioro de la actividad habitual, relaciones sociales y un posible desencadenamiento hacia el consumo de sustancias psicoactivas. De la misma forma en las mujeres se hace latente el sentimiento de temor a posteriores agresiones o represalias del agresor puesto que él está dentro del mismo hogar y marca una percepción de vulnerabilidad personal. Además, como parte de la ansiedad manifestada por el desarrollo emocional consecuente, se producen otros síntomas psicofisiológicos como las cefaleas, trastornos de apetito, vómitos, náuseas, y otros síntomas descritos en la tabla 6 (Arreaga, 2018).

Tabla 6. Síntomas en la mujer víctima de violencia intrafamiliar.

Baja autoestima	Se manifiesta mediante un proceso lento de destrucción de la personalidad y autoimagen, que disminuye la estabilidad emocional y menoscaba la autoestima como efecto demoledor.
Síntomas depresivos	La imposibilidad de responder de forma adaptativa o de encontrar solución a la violencia crónica injustificada, que limita el interés por las cosas y el estado de ánimo.
Estrés y alteraciones psicosomáticas	La experiencia de maltrato ejerce una reacción en el organismo con un estado de alerta permanente, que se traduce en una depresión del sistema inmunitario y una modificación de los neurotransmisores cerebrales. Genera palpitaciones, sensaciones de opresión, de ahogo y fatiga, trastornos de sueño, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas, trastornos digestivos y dolores abdominales.
Impotencia y sensación de abandono	La victima tiende al aislamiento social y al ocultamiento de la experiencia abusiva. Y ante la incapacidad de prever las conductas y reacciones del agresor, surgen sentimientos de impotencia y abandono.
Sentimientos de culpabilidad e intentos de justificar la agresión padecida	La mujer desarrolla sentimientos injustificados de culpa por sus actuaciones tendentes a evitar la violencia como mentir, encubrir al agresor, aceptar contactos sexuales no deseados, no proteger a sus hijos, o aceptar la responsabilidad de todas las situaciones violentas que ella misma vive.

Fuente: Arreaga, 2018.

4.3.3. Criterios de diagnósticos del trastorno ansioso según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV).

4.3.3.1. Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.

3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.3.3.2. Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en repuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.3.3.3. Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association.

4.3.4. Criterios de diagnósticos de los trastornos de ansiedad fóbica según el CIE-10.

4.3.4.1. F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Como sucede con otros trastornos de ansiedad, los síntomas dominantes incluyen un inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irrealidad (despersonalización o desrealización). A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco. No debe realizarse el diagnóstico de trastorno de pánico como diagnóstico principal si el paciente, en el momento de iniciarse los ataques, padece un trastorno depresivo; en estas circunstancias, los ataques de pánico son secundarios a la depresión probablemente. Ataque de pánico. Estado de pánico. Excluye: Trastorno de pánico con agorafobia (F40.0).

A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.
B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:
    1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
    2. Se inicia abruptamente.
    3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.
    4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d).

    Síntomas autonómicos:
    a) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
    b) Sudoración.
    c) Temblores o sacudidas.
    d) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

    Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:
    e) Dificultad para respirar.
    f) Sensación de ahogo.
    g) Dolor o malestar en el pecho.
    h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

    Síntomas relacionados con el estado mental:
    i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
    j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
    k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
    l) Miedo a morir.

    Síntomas generales:
    m) Sofocos de calor o escalofríos.
    n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico (FOO-F09) u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastornos somatomorfos (F45.-).

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande, que, si se desea, puede especificarse en dos grados, moderado y grave, mediante un quinto carácter:
F41.00 Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas).
F41.01 Trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana, en un período de unas cuatro semanas).

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. ONU.

4.3.4.2. F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.
Neurosis de ansiedad.
Reacción de ansiedad.
Estado de ansiedad.
Excluye: Neurastenia (F48.0).

A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (FOO-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (FIO-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetarnínicos o abstinencia a benzodiacepina.

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. ONU.

4.3.4.3. F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Esta categoría debe utilizarse cuando se presenten ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente. Además, ningún tipo de síntoma está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría. Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Nota diagnóstica

Hay tantas combinaciones posibles de síntomas comparativamente leves para estos trastornos, que no se proporcionan unos criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. ONU.

4.3.5. Síntomas de la Ansiedad

Cuando la ansiedad se convierte en un factor patológico se genera malestar significativo, con síntomas que afectan en los siguientes planos (Ordoñez Mullo, 2017):

Tabla 7. Síntomas Físicos y Psicológicos de la ansiedad.

Físicos	*Psicológicos*
• Tensión muscular	• Preocupación excesiva
• Agitación e inquietud psicomotriz	• Inadecuada valoración de hechos y situaciones
• Fatiga	• Pensamientos negativos
• Cefaleas de tensión	• Baja tolerancia a la frustración
• Temblores	• Sensación de agobio
• Mareos	• Irritabilidad
• Nauseas	• Bloqueo psicomotriz
• Diarrea	• Obsesiones o compulsiones
• Dolor precordial	• Sensación de desbordamiento
• Sudoración	

• Taquicardia o taquipnea	• Sensación de despersonalización
• Molestias epigástricas	• Falta de sentido de la vida
• Vértigo	• Falta de toma de decisiones
• Sequedad en la boca	• Sentimiento de opresión

Fuente: Ordoñez Mullo, 2017.

4.3.6. Causas de la Ansiedad

Beck era un Psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva; que, a través del modelo cognitivo de la ansiedad describe cinco factores (tabla 8); los cuales son causales de la ansiedad cuya predisposición vulnera y predispone al individuo, mediante una serie de combinaciones singulares o de manera individual según cada persona (Arreaga, 2018).

Tabla 8. Factores causales de la ansiedad.

Genética	Investigaciones detectan y comprueban la injerencia hereditaria en el trastorno de ansiedad que afecta de manera significativa al sistema nervioso vegetativo lábil y propenso a sugestiones. La vulnerabilidad genética en gran parte dependerá de los antecedentes familiares.
Enfermedades somáticas	La mayoría de los síntomas en pacientes con ansiedad son remitidos a tratamientos acorde a los problemas somáticos manifestados por la ansiedad y que generan malestar significativo. Un problema somático no descarta la presencia de ansiedad, ya que al asistir por atención médica puede que al ingerir medicamentos reduzca el malestar, pero puede que aparezca en un periodo corto de tiempo causando malestar significativo.
Traumas psicológicos	Abarca desde la infancia hasta la adultez. Un trauma durante el crecimiento genera una constante dolencia y en la adultez genera situaciones de amenaza inexistente por causa de una amenaza previamente existente. El modelo de procesamiento emocional describe que el miedo se expresa como una red de memoria que implica información situacional y respuestas ante estímulos, por lo que el miedo ante el supuesto peligro es consecuente de información inconsciente, manifestada en el consciente.
Ausencia de mecanismos de afrontamiento	Sensación de no saber cómo salir de alguna situación difícil, cuya situación causa mayor ansiedad que la creencia de un peligro en sí. Una persona ansiosa realiza constantemente evaluaciones para luego calificarlas y determinar qué tan peligroso puede ser; y así genera otra evaluación comparativa para determinar si los riesgos son mayores a los recursos que dispone; la ideación trágica irracional en el individuo hace que el riesgo sea mayor a los recursos que dispone la persona.

Pensamientos, ideas, creencias y procesamientos cognitivos distorsionados	Son poco realistas y amenazantes. Se activan por acontecimientos estresantes y traumáticos que conllevan a generar un estímulo ansioso y una respuesta egocéntrica e involuntaria, puesto que su supervivencia es de gran importancia para la persona.

Fuente: Arreaga, 2018.

4.3.7. Consecuencias de la Ansiedad.

4.3.7.1. Consecuencias físicas de la ansiedad

Cuando se observa síntomas como la taquicardia, los mareos o la dificultad para respirar, existe el riesgo a largo plazo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares debido a que el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado. A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, entre otros (Vélez, 2017).

4.3.7.2. Consecuencias psicológicas de la ansiedad

Aparecen síntomas como la inseguridad y el temor que puede llevar a una situación de aislamiento social y/o recluirse en casa paralizadas por el miedo. La depresión es la principal consecuencia cuando no se brinda un tratamiento a la ansiedad.

La ansiedad también puede llevarnos a padecer otros trastornos psicológicos, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias; que puede afectar la vida social, laboral y familiar. Además, las consecuencias de trastornos de ansiedad son las adicciones, como las drogas, alcohol o cualquier otro medio que les permita evadir por un segundo a la ansiedad, acabando con la vida de la persona (Vélez, 2017).

4.3.8. Detección de la Ansiedad

4.3.8.1. Test de Hamilton de Ansiedad (HAM-A)

Es una escala que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Está compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos y uno referente al comportamiento durante la entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad (Ordoñez Mullo, 2017).

La puntuación oscila entre 0-56 y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona (Facultad de Ciencias Médicas, 2020). Los puntos de corte son:

- Ansiedad leve: ≤17
- Ansiedad moderada: 18-24
- Ansiedad severa: 25-30
- Ansiedad muy severa: 31-56

4.3.9. Tratamiento de la Ansiedad

4.3.9.1. Terapia cognitiva-conductual

Consiste en cambiar algunos patrones del pensamiento que dan origen a los temores y motiva de manera significativa a cambios en la forma de reaccionar ante las situaciones que provocan ansiedad (Ordoñez Mullo, 2017).

4.3.9.1.1. Técnicas cognitivo-conductuales.

a) La Psicoeducación. – La cual otorga información oportuna a un público objetivo y al mismo tiempo fortalece la compresión del tema, dentro de las técnicas a destacar se encuentran:
   - *La relajación breve:* Es una estrategia que permite reducir la ansiedad, debe practicarse en cada sesión de tal modo que se convierta en una conducta automática y pueda ser útil en una situación de estrés, consta de un conjunto de actividades que ayudan a la persona a involucrarse en un estado más tranquilo, tales como la meditación, los masajes y el estiramiento (Quiroga Pinzón et al., 2016).
   - Al igual que en la depresión también se puede aplicar la retroalimentación, la exposición y el dibujo.

b) Entrenamiento de habilidades sociales. – Existen herramientas y procesos que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas dentro de las cuales se destaca:

- La toma de decisiones. – Consiste en un conjunto de procesos que tiene como finalidad llegar a una respuesta de alguna problemática que afecta a una persona, sin que este proceso le generé estrés o atente contra su salud mental, para ello se debe aplicar algunas estrategias como:

- *Comprensión del problema:* Para tomar una decisión acertada es imprescindible comprender claramente el problema, el objetivo y las restricciones involucradas.
- *Construcción de un modelo analítico:* Implica la "traducción" del problema a un lenguaje más fácil de comprender y comparar los resultados en distintos escenarios o situaciones posibles.
- *Búsqueda de una buena solución:* Lo importante es elegir la técnica de resolución adecuada según las características y valores de la persona. Una vez encontrada la respuesta, se realiza la validación de los resultados a fin de evitar una solución irracional o difícil de llevar a cabo.
- *Comunicación de los resultados:* Los resultados obtenidos por la persona son comunicados correctamente al decisor o profesional a cargo (Arsham, 1994).

- Resolución de conflictos. – Un conflicto es un desacuerdo que existe entre una o varias personas ante una determinada situación, en donde la búsqueda de una solución al mismo puede ocasionar estrés o ansiedad, por lo tanto, para llegar a una solución se plantean las siguientes estrategias:
  - *Separar a las personas del conflicto:* Lo esencial es tratar a las personas como tales y al problema según su mérito. Se separa la relación de las personas, de lo sustancial, enfrentando directamente el problema.
  - *Concentrarse en intereses y no en posiciones:* Los intereses constituyen la esencia del conflicto (deseos, inquietudes, emisiones, etc.), debido a que es lo que quieren las partes. Para identificarlos se debe responder a la pregunta ¿por qué lo dice? Por otro lado, las posiciones constituyen los requerimientos, exigencias y demandas que responden a la pregunta ¿qué dice?
  - *Idear soluciones de mutuo beneficio:* Trata de idear las soluciones que satisfagan las necesidades y ambiciones de las partes involucradas; para ello debe ampliar las opciones en vez de buscar una sola respuesta, buscar beneficios mutuos.
  - *Insistir que los criterios sean objetivos:* Buscar acuerdos que además de satisfacer a las partes, deben ser viables y ayudar a las partes en la búsqueda de una mejor solución.
  - *Negociación:* Es un proceso encaminado a resolver problemas en la cual dos o más personas examinan voluntariamente sus discrepancias e intentan alcanzar una decisión conjunta sobre los que les afecta a ambos. Puede dar por resultado una transacción sin la ayuda de un tercero; debido a la concertación de voluntades de las partes (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018).

c) Resiliencia. – Es el proceso mediante el cual se realiza una correcta adaptación de cara a la adversidad, eventos traumáticos, tragedias, amenazas diversas o fuentes de estrés significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, al igual que graves problemas de salud o estresores financieros y laborales. Significa recuperarse o restablecerse después de una experiencia difícil, dentro de las técnicas que se pueden aplicar para su intervención existen:

- *Prepararse:* Establece el tono del día y mantiene mayor concentración ante eventos de mucho estrés o ante rutinas regulares como ir al trabajo. Para ello, la persona debe de asegurarse que antes de enfrentarse a una situación difícil, se debe encontrar en un estado de mayor resiliencia y compostura para poder enfrentar los retos y responder de forma óptima; para ello la persona debe crear sentimientos que le generen calma y confianza interna, antes de cualquier actividad rutinaria que vaya a realizar en el día (Insttute of HeartMath, 2014).
- *Cambiar y Reiniciar:* En caso de una situación de estrés la persona debe llegar a un estado de coherencia para minimizar las pérdidas de energía y tiempo. Es decir, cuando la persona se encuentre ante un reto debe usar la Respiración Enfocada en el Corazón tan pronto como pueda, para que le ayude a minimizar el tiempo en el que está fuera de balance. Esto ayuda a reducir las pérdidas de energía conscientes e inconscientes, y a la vez restablecer su calma.
- *Mantener:* Establecer una práctica regular que revitalice la resiliencia durante cada actividad, para ello la persona debe centrarse en las acciones que le ayudan a mejorar su resiliencia, luego debe sostenerlas durante varias veces a la semana y finalmente debe expandirse a otras opciones que le ayuden a cumplir el mismo objetivo (Insttute of HeartMath, 2014).

d) Inteligencia emocional. – Es un pilar fundamental para poder experimentar felicidad y plenitud, en donde las emociones positivas comienzan a impactar la vida de las personas, mejorando las relaciones en el trabajo, la escuela o la familia; pero más importante aún ayuda al desarrollo y realización personal. La inteligencia emocional es la capacidad de identificar, regular y expresar adecuadamente las emociones, reconociendo el momento, la intensidad y las personas correctas para mostrarlas. Estas características permiten estimular la empatía y la confianza en las relaciones personales (Cervantes, 2021). Las técnicas que se pueden aplicar para fortalecer la inteligencia emocional son:

- *Diario de emociones:* Es una actividad simple, pero altamente eficaz ya que permite llevar un registro de todo lo que siente la persona, toma alrededor de 10 minutos y es recomendable realizarlo antes de ir a dormir, recordando todo lo que la persona a sentido cuando ha experimentado estrés o tristeza.
- *Meditación:* Ayuda a regular las emociones, sobre todo cuando la persona trata de fortalecer las relaciones interpersonales, debido a que la persona debe realizar una reflexión profunda y rápida sobre aquello que le está generando malestar y encontrar la coherencia entre lo sucedido, de manera calmada y apacible (Cervantes, 2021).
- *Expresa tus emociones y compártelas:* Es mejor compartir las emociones con las personas que lo rodean, ya que al guardarlas causan malestar en la salud mental. La persona no debe evitar expresar lo que siente, para ello debe tomar la decisión de comentar sus sentimientos de manera propia y adecuada (Cervantes, 2021).

4.3.9.2. Farmacoterapia

Tiene como objetivo disminuir la intensidad y frecuencia de las crisis de angustia, evitar los riesgos de autolisis cuando la ansiedad se asocia con depresión, evitar complicaciones como la agorafobia. Utiliza fármacos como las Benzodiacepinas**,** Antidepresivos, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRA), Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO) y los Betabloqueadores (Ordoñez Mullo, 2017).

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo se caracterizó por su validez y confiabilidad de los datos que se lograron medir de acuerdo a los objetivos propuestos:

Objetivo General:

- Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar con la depresión y ansiedad, en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe en el periodo 2021-2022.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de violencia intrafamiliar de carácter físico, psicológico, sexual, social, patrimonial, de género y la severidad, en las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, a través de la Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4).
- Evaluar el nivel de depresión y ansiedad que presentan las mujeres adultas, que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, a través de la Escala de Depresión de Hamilton y la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Diseñar un programa de prevención psicoeducativo para mujeres adultas, víctimas de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad, que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe.

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación estuvo dentro de un estudio descriptivo, correlacional y transversal, enmarcado en el enfoque cuantitativo. Es de manera descriptivo porque buscó caracterizar o especificar propiedades y niveles propios de la depresión y ansiedad; así como la relación con la prevalencia en violencia intrafamiliar que estuvo expuesta la población de estudio, a través del coeficiente de correlación mediante un programa estadístico; en lo que refiere a lo trasversal pues la recolección de datos se hizo en un momento y período determinado de corta duración y para ello se utilizó los reactivos psicológicos que miden y asignan magnitudes a las variables de investigación por ende se caracterizó como cuantitativo.

5.2. Diseño de Investigación

El diseño de investigación se centró en una investigación de campo de carácter prospectivo debido a que se llevó a cabo la recopilación de información en el lugar de los hechos, pues se abordó a la población en el lugar en el cual recibían atención médica.

5.3. Población

Mujeres adultas que asistieron a consulta externa en todos los servicios del Centro de Salud Universitario de Motupe, en el periodo de noviembre y diciembre del 2021. Durante el periodo y horario de muestreo, por observación directa se identificó que alrededor de 7 mujeres al día asistían al centro de salud para ser atendidas por algún servicio; considerando que el tiempo de levantamiento de la información fue de 20 días, la población total a investigar fue de 140 mujeres.

Para la muestra se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

5.3.1. Criterios de inclusión.

- Mujeres que se encuentran dentro del rango de edad, de 20 a 64 años.
- Mujeres que acuden a consulta externa al Centro de Salud Universitario de Motupe.
- Al menos una respuesta de las preguntas de la escala del VIFJ4 es diferente a Casi Nunca (>1).

5.3.2. Criterios de exclusión.

- Mujeres que presenten cualquier tipo de discapacidad.
- Respuestas en blanco de los test.
- Mujeres que no desean formar parte de la investigación.
- Mujeres que están fuera del rango de edad, de 20 a 64 años.
- Test incompletos.
- No presenten violencia intrafamiliar (todas las respuestas del VIJF4 son Casi Nunca).

Tomando en cuenta que, en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública a través del Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) especifica 4 ciclos de vida; en donde el ciclo de vida de adultos/as comprende un rango de edad entre los 20 a 64 años. Este ciclo de vida se divide en dos sub grupos, denominados adulta joven (20 a 39 años de edad) y adulta (40 a 64 años de edad). Con la finalidad de brindar la atención de salud considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Tabla 9. Descripción de las mujeres adultas que conforman la base de datos.

Descripción de la muestra					
		Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Válido	***ADULTA JOVEN***	34	65,38	65,4	65,4
	ADULTA	18	34,62	34,6	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

El número total de personas entrevistadas es de 140; pero el 62.8571% al no cumplir con los criterios de inclusión y si con los de exclusión se depuro la base de datos a 52 mujeres adultas, dentro de las cuales las mujeres *adultas jóvenes* representaron el mayor porcentaje de la muestra con un 65,38% y las mujeres *adultas* representaron el 34,62%, tal y como se muestra en la figura 2. Siendo la distribución de 34 mujeres adultas jóvenes y 18 mujeres adultas, tabla 9.

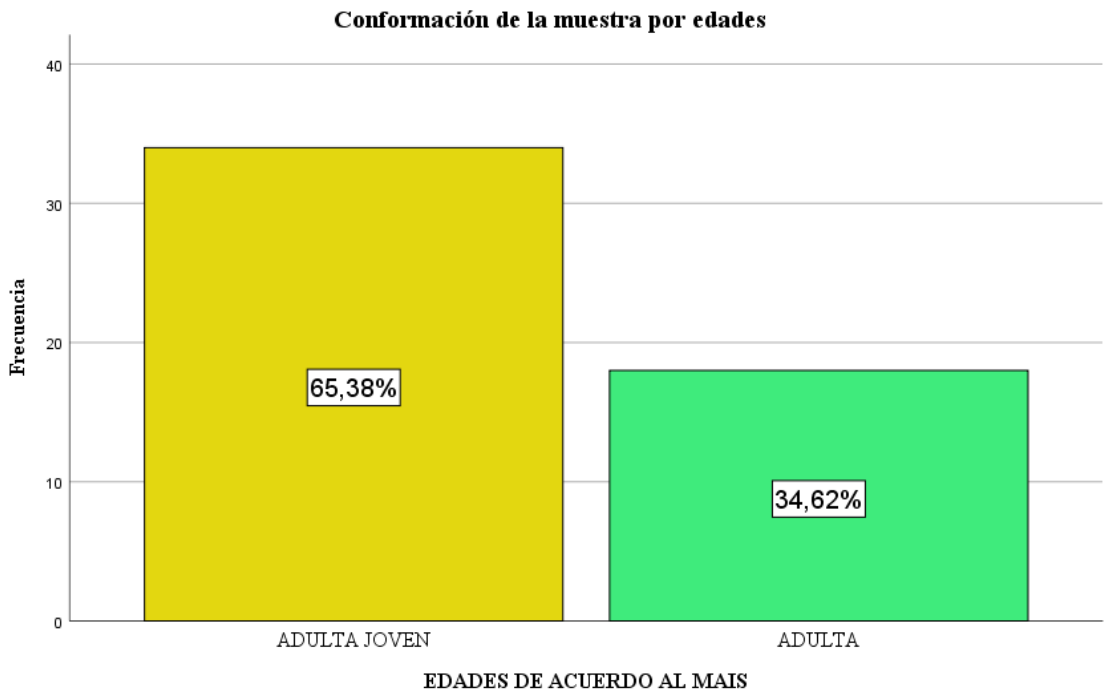

Figura 2. Conformación de la muestra
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

5.4. Procedimiento

La investigación se la realizó en las siguientes fases que a continuación se detallan:

5.4.1. Fase 1

1. Se realizó un acercamiento con él director del Centro de Salud Universitario de Motupe; al cual se le manifestó los objetivos a cumplir del trabajo de investigación y el mismo permitió que la investigadora forme parte del proceso de preparación de las pacientes.
2. Se estableció el horario de visita al centro de salud, el cual quedó conformado de la siguiente manera:

Tabla 10. Horario de visita en el periodo de muestreo

Lunes	*Martes*	*Miércoles*	*Jueves*	*Viernes*
11H00 a 14H00	9H00 a 14H00	11H00 a 14H00	11H00 a 14H00	9H00 a 14H00

Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

3. Luego, se coordinó con el personal de preparación de las pacientes (que se asumía que cumplían el rango de edad, 20 a 64 años) para que antes de que pasen al servicio de atención, fueran evaluadas por la autora con los reactivos definidos.
4. Es importante mencionar que previamente el consentimiento informado (anexo 1) fue certificado por parte de las participantes que formaron parte de la investigación.
5. Se aplicó la escala VIFJ4 (anexo 2) y al identificar si la persona entrevistada presentaba violencia intrafamiliar (respuestas del VIFJ4 >1), se procedió a aplicar los reactivos de depresión y ansiedad de Hamilton (anexo 3 y anexo 4); tomando en cuenta que en los casos que se detectaba violencia intrafamiliar se remitía a la trabajadora social del centro de salud para los trámites legales correspondientes.

5.4.2. Fase 2

6. Se tabuló la información obtenida para su procesamiento y se identificó cuáles son las personas que presentaban violencia intrafamiliar.
7. Se analizó la información obtenida, se estableció la base de datos a trabajar identificando como está conformada la muestra y mediante gráficos estadísticos cuales son los niveles de prevalencia de violencia intrafamiliar que se presentan.
8. A través de la prueba estadística de correlación de Pearson se determinó la relación que existe entre el nivel de los diferentes tipos de violencia con los

niveles de depresión obtenidos al haber aplicado la Escala de Depresión de Hamilton.

9. A través de la prueba estadística de correlación de Pearson se determinó la relación que existe entre el nivel de los diferentes tipos de violencia con los niveles de ansiedad obtenidos al haber aplicado la Escala de Ansiedad de Hamilton.

5.4.3. Fase 3

10. Con los resultados obtenidos, se inició con el proceso para el cumplimiento del tercer objetivo.
11. Se identificó el tipo de atención a brindar ante la relación identificada entre los niveles de violencia intrafamiliar, niveles de depresión y ansiedad.
12. Finalmente se diseñó un programa de prevención, planteando los objetivos del mismo, así como el público objetivo y su metodología.

5.5. Equipos y Materiales.

5.5.1. Recursos técnicos

- Libros sobre:
    - Depresión y Ansiedad.
    - Estadística y sus diferentes tipos de análisis
    - Guía de uso del SPSS
- Tesis.
- Catálogos.
- Artículos.

5.5.2. Recursos tecnológicos

- Computadoras.
- Internet.
- Software Estadístico.
- Paquete de Microsoft Office.

5.6. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.

5.6.1. Técnicas

- Observación.
- Encuesta.
- Análisis estadístico.

5.6.2. Instrumentos

- Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4).
- Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A).

5.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.

- Registro
- Tabulación
- Clasificación
- Análisis estadístico
- Prueba de Correlación de Pearson (>50 datos).

5.8. Fuentes de información.

5.8.1. Primarias

- Scielo.
- Google Académico.
- Elsevier.
- Repositorio UNL.

5.8.2. Secundarias

- Redlayc.
- IEEE

5.9. Consideraciones éticas.

- Confidencialidad y discreción sobre la información obtenida de la población.
- Responsabilidad en el manejo de la información y resultados obtenidos.
- Confiabilidad y veracidad de los resultados obtenidos.

6. RESULTADOS

De acuerdo a la metodología planteada, para el cumplimiento de los objetivos se obtuvieron los siguientes resultados:

6.1. Violencia Intrafamiliar

Tabla 11. Conformación de la población con respecto a la Violencia Intrafamiliar.

Prevalencia de mujeres que	*Frecuencia*	*Porcentaje*
No presentaron Violencia Intrafamiliar	85	60,7143%
Presentaron Violencia Intrafamiliar	55	39,2857%

Fuente: Escala Violencia Intrafamiliar VIFJ4, aplicada a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De la población total solo el 39,286% de la población presentó violencia intrafamiliar, tal y como se muestra en la tabla 11. Es decir 55 mujeres presentaron Violencia Intrafamiliar, pero considerando los demás criterios de exclusión, la base de datos final de la muestra es de 52 mujeres adultas.

Tabla 12. Prevalencia de la violencia intrafamiliar de las mujeres adultas.

Tipo de violencia	*Leve*	*Moderado*	*Severo*
Violencia Física	81%	13%	6%
Violencia Psicológica	83%	11%	6%
Violencia Sexual	71%	27%	2%
Violencia Social	69%	29%	2%
Violencia Patrimonial	67%	27%	6%
Violencia de Género	67%	27%	6%

Fuente: Escala Violencia Intrafamiliar VIFJ4, aplicada a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 12, el porcentaje de prevalencia más alto es a nivel leve en la violencia psicológica, física y sexual con un 83%, 81% y 71% respectivamente; de la misma forma el porcentaje de la prevalencia más bajo es a nivel severo en la violencia sexual y social con un 2%. A nivel severo se presentó una mayor prevalencia en la violencia física, psicológica, patrimonial y de género. Además, a nivel moderado el porcentaje de prevalencia más alto es a nivel de violencia social con un 29% y el más bajo se da en la violencia física y psicológica con un 13% y 11% respectivamente.

6.1.1. Prevalencia de la Violencia Física en mujeres adultas

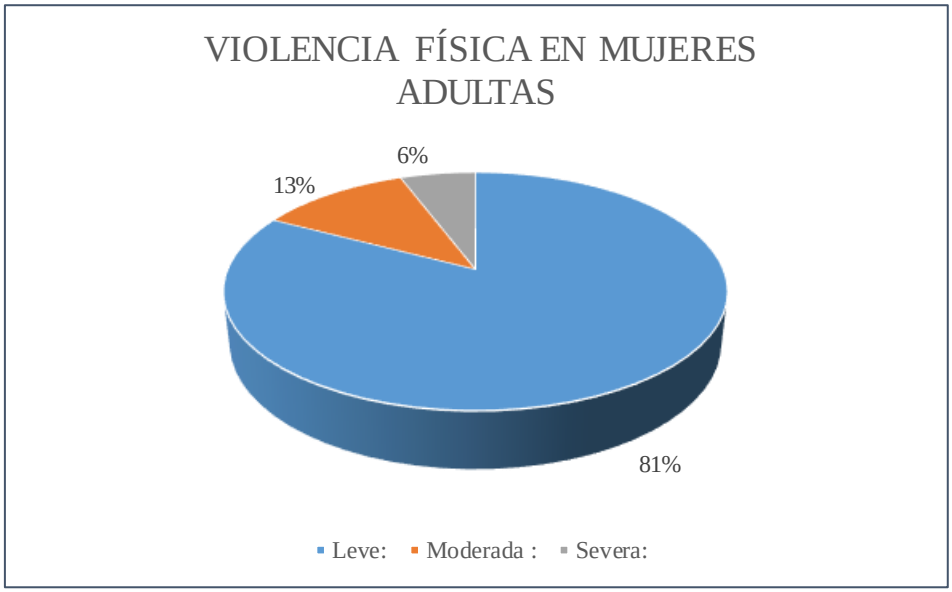

Figura 3. Prevalencia de la violencia física

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 3, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 81% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia física, el 13% presentó violencia física moderada y por último el 6% presentó violencia física severa.

6.1.2. Prevalencia de la Violencia Psicológica en mujeres adultas

Figura 4. Prevalencia de la violencia psicológica

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 4, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 83% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia psicológica, el 11% presentó violencia psicológica moderada y por último el 6% presentó violencia psicológica severa.

6.1.3. Prevalencia de la Violencia Sexual en mujeres adultas

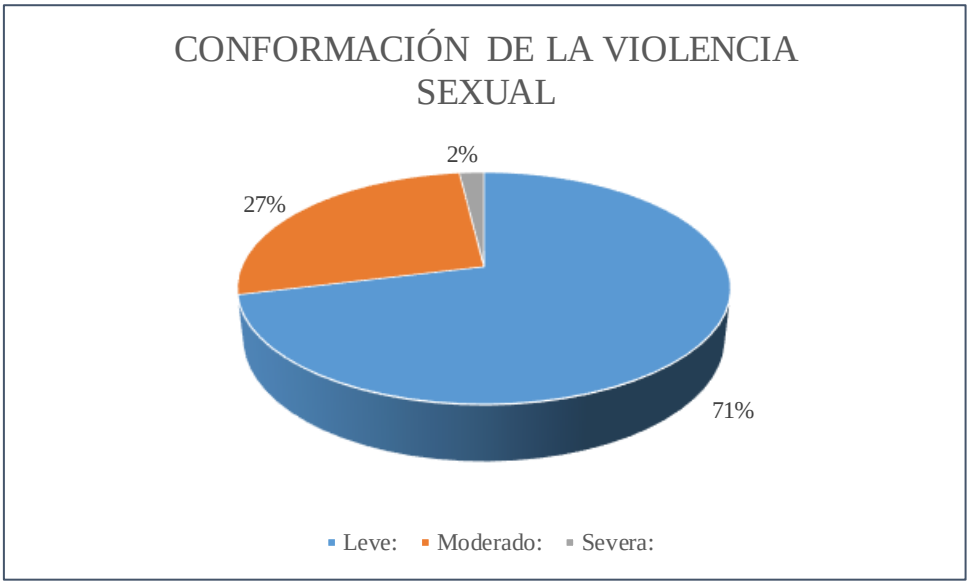

Figura 5. Prevalencia de la violencia sexual

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 5, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 71% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia sexual, el 27% presentó violencia sexual moderada y por último el 2% presentó violencia sexual severa.

6.1.4. Prevalencia de la Violencia Social en mujeres adultas

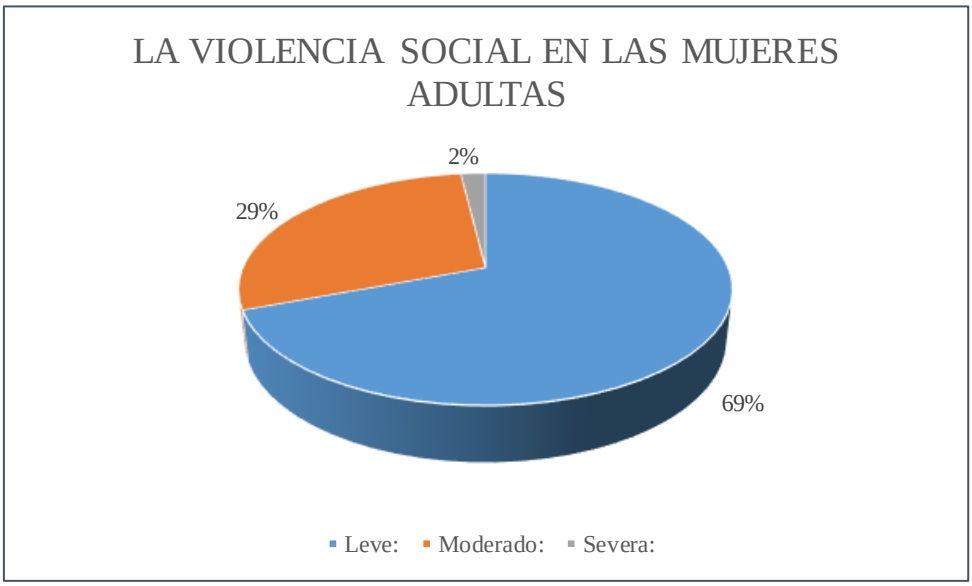

Figura 6. Prevalencia de la violencia social

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 6, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 69% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia social, el 29% presentó violencia social moderada y por último el 2% presentó violencia social severa.

6.1.5. Prevalencia de la Violencia Patrimonial en mujeres adultas

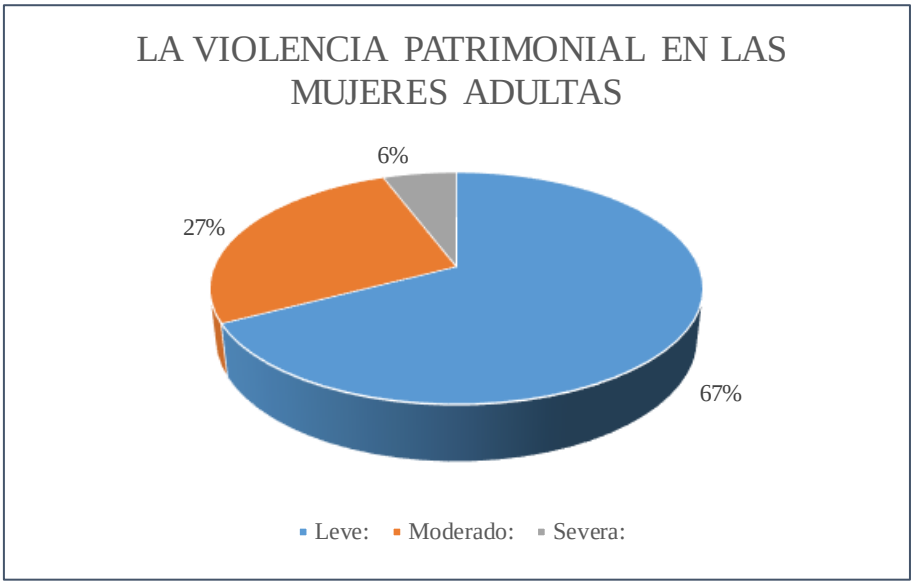

Figura 7. Prevalencia de la violencia patrimonial

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 7, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 67% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia patrimonial, el 27% presentó violencia patrimonial moderada y por último el 6% presentó violencia patrimonial severa.

6.1.6. Prevalencia de la Violencia de Género en mujeres adultas

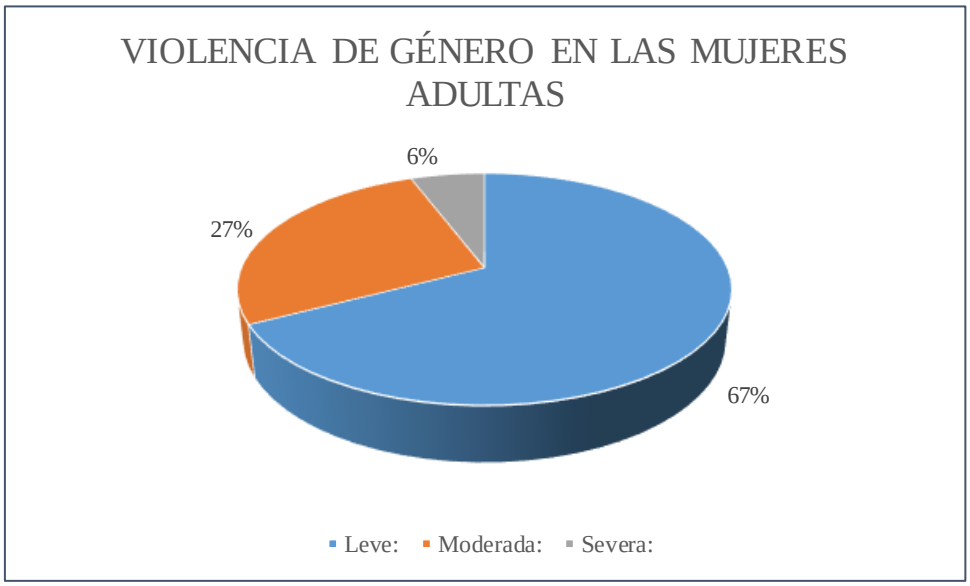

Figura 8. Prevalencia de violencia de género

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 8, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 67% de mujeres adultas presentaron un nivel leve de violencia de género, el 27% presentó violencia de género moderada y por último el 6% presentó violencia de género severa.

6.2. Depresión en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar

6.2.1. Niveles de Depresión en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar

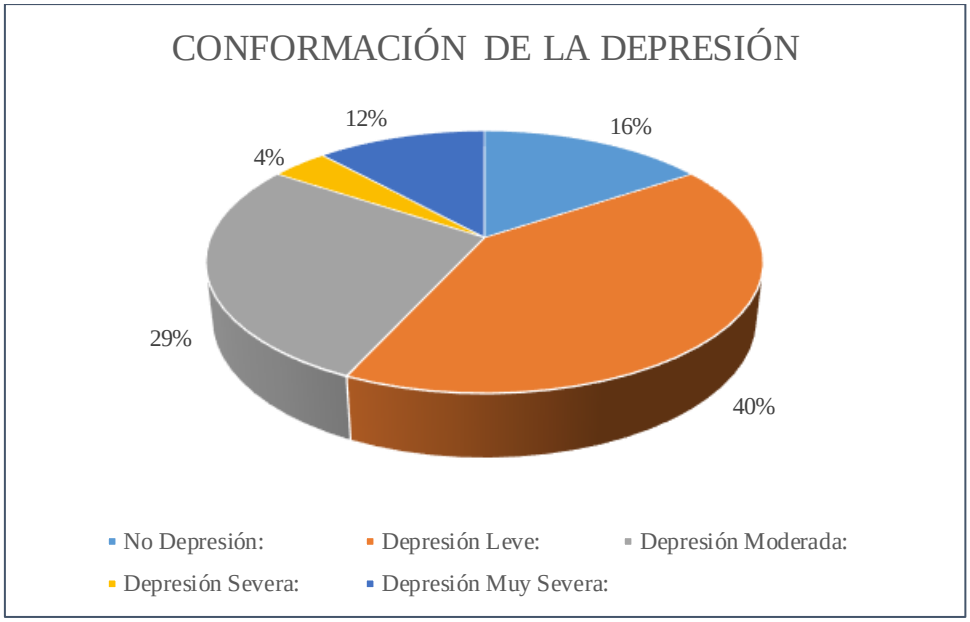

Figura 9. Conformación de los niveles de depresión presentes en la muestra

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 9, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 40% de mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar presentaron depresión leve, en el 29% se presentó depresión moderada, en el 16% no depresión, en el 12% depresión muy severa y, por último, el 4% de mujeres de la muestra presentaron depresión severa.

6.2.2. Violencia Intrafamiliar y Depresión.

Al haber analizado todos los casos se pudo obtener como resultado lo siguiente:

Tabla 13. Relación de la Violencia Intrafamiliar con la Depresión.

Relación	*Relación significativa*	*Nivel de correlación*
Violencia Física-Depresión	Existe (0,033)	29,6%
Violencia Psicológica-Depresión	No Existe (0,166)	19,5%
Violencia Sexual-Depresión	No Existe (0,986)	0,3%
Violencia Social-Depresión	No Existe (0,725)	5%
Violencia Patrimonial-Depresión	Existe (0,047)	27,7%
Violencia de Género-Depresión	No Existe (0,075)	24,9%

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 13, existe una relación significativa entre la violencia física y la depresión, siendo su nivel de relación el más alto con un 29,6%; seguidamente la violencia patrimonial también presenta una relación significativa, pero con tan solo un 27,7%. Por otro lado, la violencia sexual no presenta una relación significativa con la depresión, siendo su nivel de correlación del 0,3%; además la violencia de género, violencia psicológica y violencia social, no presentan una relación significativa con la depresión, siendo su nivel de relación del 24,9%, 19,5% y 5% respectivamente.

6.2.2.1. Relación de la Violencia Física con la Depresión

Tabla 14. Correlación de la violencia física con niveles de depresión.

Correlación Violencia Físico – Depresión			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,296*
	Sig. (bilateral)		0,033
	N	52	52
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,296*	1
	Sig. (bilateral)	0,033	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 14, el nivel de significancia es menor a 0,05; por lo tanto, existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar física con los niveles de depresión de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,296.

6.2.2.2. Relación de la Violencia Psicológica con la Depresión

Tabla 15. Correlación de la violencia psicológica con niveles de depresión.

Correlación Violencia Psicológica – Depresión

		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,195
	Sig. (bilateral)		0,166
	N	52	52
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,195	1
	Sig. (bilateral)	0,166	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 15, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar psicológica con los niveles de depresión de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,195.

6.2.2.3. Relación de la Violencia Sexual con la Depresión

Tabla 16. Correlación de la violencia sexual con niveles de depresión.

Correlación Violencia Sexual – Depresión			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,003
	Sig. (bilateral)		0,986
	N	52	52
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,003	1
	Sig. (bilateral)	0,986	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 16, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar sexual con los niveles de depresión de las

mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de tan solo de 0,003.

6.2.2.4. Relación de la Violencia Social con la Depresión

Tabla 17. Correlación de la violencia social con niveles de depresión.

Correlación Violencia Social – Depresión			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SOCIAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SOCIAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,050
	Sig. (bilateral)		0,725
	N	52	52
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,050	1
	Sig. (bilateral)	0,725	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 17, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar social con los niveles de depresión de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación 0,050.

6.2.2.5. Relación de la Violencia Patrimonial con la Depresión

Tabla 18. Correlación de la violencia patrimonial con niveles de depresión

Correlación Violencia Patrimonial – Depresión			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PATRIMONIAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PATRIMONIAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,277*
	Sig. (bilateral)		0,047
	N	52	52
	Correlación de Pearson	0,277*	1
	Sig. (bilateral)	0,047	

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 18, el nivel de significancia es menor a 0,05; por lo tanto, existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar patrimonial con los niveles de depresión de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,277.

6.2.2.6. Relación de la Violencia de Género con la Depresión

Tabla 19. Correlación de la violencia de género con niveles de depresión.

Correlación Violencia de género – Depresión			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO INTRAFAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,249
	Sig. (bilateral)		0,075
	N	52	52
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,249	1
	Sig. (bilateral)	0,075	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Depresión, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 19, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar de género con los niveles de depresión de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,249.

6.3. Ansiedad en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar

6.3.1. Niveles de Ansiedad en mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar

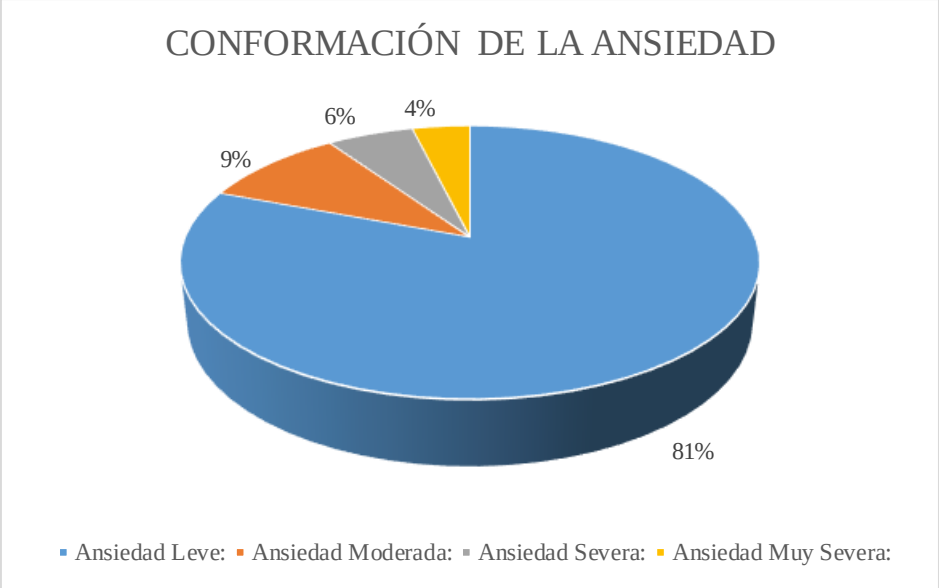

Figura 10. Conformación de los niveles de ansiedad presentes en la muestra

De acuerdo al levantamiento y análisis de la información como se muestra en la figura 10, del 100% de la muestra, se obtuvo que un 81% de mujeres adultas víctimas de violencia intrafamiliar presentaron un nivel de ansiedad leve, en el 9% se presentó ansiedad moderada, en el 6% un nivel de ansiedad severa y por último el 4% de mujeres de la muestra presentó ansiedad muy severa.

6.3.2. Violencia Intrafamiliar y Ansiedad

Una vez analizado todos los casos se pudo obtener como resultado lo siguiente:

Tabla 20. Relación de la Violencia Intrafamiliar con la Ansiedad.

Relación	*Relación significativa*	*Nivel de correlación*
Violencia Física-Ansiedad	No Existe (0,116)	22,1%
Violencia Psicológica-Ansiedad	No Existe (0,172)	19,3%
Violencia Sexual-Ansiedad	No Existe (0,243)	16,5%
Violencia Social-Ansiedad	No Existe (0,610)	7,2%
Violencia Patrimonial-Ansiedad	Existe (0,020)	32,1%
Violencia de Género-Ansiedad	Existe (0,020)	32,1%

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 20, existe una relación significativa del 32,1% en la violencia patrimonial y la violencia de género con los niveles de ansiedad; por otra parte, no existe una relación significativa entre la violencia sexual y la violencia social con los niveles de ansiedad, debido a que su nivel de correlación es tan solo del 16,5% y 7,2% respectivamente. Además, no existe una relación significativa entre la violencia física y la violencia psicológica con los niveles de ansiedad siendo su nivel de correlación del 22,1% y 19,3% respectivamente.

6.3.2.1. Relación de la Violencia Física con la Ansiedad

Tabla 21. Correlación de la violencia física con niveles de ansiedad.

Correlación Violencia física – Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,221
	Sig. (bilateral)		0,116
	N	52	52
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,221	1
	Sig. (bilateral)	0,116	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 21, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar física con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,221.

6.3.2.2. Relación de la Violencia Psicológica con la Ansiedad

Tabla 22. Correlación de la violencia psicológica con niveles de ansiedad

Correlación Violencia psicológica– Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
	Correlación de Pearson	1	0,193

RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA INTRAFAMILIAR	Sig. (bilateral)		0,172
	N	52	52
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,193	1
	Sig. (bilateral)	0,172	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 22, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar psicológica con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,193.

6.3.2.3. Relación de la Violencia Sexual con la Ansiedad

Tabla 23. Correlación de la violencia sexual con niveles de ansiedad.

Correlación Violencia Sexual – Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	-0,165
	Sig. (bilateral)		0,243
	N	52	52
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	-0,165	1
	Sig. (bilateral)	0,243	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 23, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar sexual con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de -0,165; o si se diera el caso con tendencia inversa.

6.3.2.4. Relación de la Violencia Social con la Ansiedad

Tabla 24. Correlación de la violencia social con niveles de ansiedad.

Correlación Violencia Social – Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SOCIAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA SOCIAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,072
	Sig. (bilateral)		0,610
	N	52	52
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,072	1
	Sig. (bilateral)	0,610	
	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 24, el nivel de significancia es mayor a 0,05; por lo tanto, no existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar social con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,072.

6.3.2.5. Relación de la Violencia Patrimonial con la Ansiedad

Tabla 25. Correlación de la violencia patrimonial con niveles de ansiedad.

Correlación Violencia Patrimonial – Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PATRIMONIAL INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA PATRIMONIAL INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,321*
	Sig. (bilateral)		0,020
	N	52	52
	Correlación de Pearson	0,321*	1
	Sig. (bilateral)	0,020	

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	N	52	52

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 25, el nivel de significancia es menor a 0,05; por lo tanto, existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar patrimonial con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación de 0,321.

6.3.2.6. Relación de la Violencia de Género con la Ansiedad

Tabla 26. Correlación de la violencia de género con niveles de ansiedad.

Correlación Violencia de Género – Ansiedad			
		RESULTADOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO INTRAFAMILIAR	NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS
RESULTADOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO INTRAFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0,321*
	Sig. (bilateral)		0,020
	N	52	52
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS DATOS	Correlación de Pearson	0,321*	1
	Sig. (bilateral)	0,020	
	N	52	52

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

Fuente: Test de violencia intrafamiliar VIFJ4, Test de Hamilton de Ansiedad, aplicado a mujeres adultas del centro de salud de Motupe.
Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

De acuerdo a la tabla 26, el nivel de significancia es menor a 0,05; por lo tanto, existe una relación significativa entre la violencia intrafamiliar de género con los niveles de ansiedad de las mujeres adultas que acuden al Centro Universitario de Motupe; siendo su nivel de correlación 0,321.

6.4. Diseño de un programa de prevención psicoeducativo para mujeres adultas, víctimas de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad.

6.4.1. Título del programa de Prevención.

Intervención psicoeducativa para depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

6.4.2. Presentación

La psicoeducación ha mostrado ser una herramienta eficaz dentro del campo de la salud mental, debido a que pretende enseñar en qué consiste un trastorno, como es el caso de la depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia, sus características y síntomas frecuentes. De la misma forma, se da a conocer cómo este problema afecta a la vida de las mujeres adultas que las padecen, qué tratamientos existen, qué se puede hacer para mejorar, etc. Instruye e informa acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas, permitiéndoles reinterpretar sus síntomas a la vez que entender sentimientos, pensamientos y conductas. De esta manera la psicoeducación no solo trata aspectos generales de la enfermedad, sino que a nivel individual ayudará a las mujeres a mejorar la asertividad, la toma de decisiones, el autoestima, la resiliencia, la inteligencia emocional y la resolución de conflictos. Además, se busca modificar actitudes o comportamientos a nivel familiar para concientizar sobre la importancia del apoyo psicosocial en el mejoramiento de la sintomatología emocional de las mujeres víctimas de violencia. Y finalmente, a nivel grupal ayudará a las mujeres a mejorar su comunicación, relaciones de carácter interpersonal, comprensión y la expresión emocional.

6.4.3. Justificación

De acuerdo a los resultados mostrados en la tabla 11, el 39,286% de la población presentó violencia intrafamiliar y de la muestra de 52 mujeres el 29% presentó depresión moderada, el 4% depresión severa y el 12% depresión muy severa; de la misma forma, en el 9% se presentó ansiedad moderada, en el 6% un nivel de ansiedad severa y por último el 4% de mujeres de la muestra presentó ansiedad muy severa; por lo tanto, el presente programa de prevención psicoeducativo tiene como finalidad prevenir y aminorar el impacto psicológico sobre la violencia intrafamiliar que da a lugar una sintomatología depresiva y ansiosa en las mujeres. Es importante asegurar la interacción y el complemento a nivel individual, grupal y familiar, para brindar las herramientas y estrategias adecuadas que colaboren como fuente de apoyo para fortalecer las capacidades de afrontamiento, desarrollen una buena resiliencia y mejoren su

calidad de vida, en aquellas mujeres que han padecido de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad.

6.4.4. Objetivo General

Brindar estrategias de intervención psicoeducativa para que la mujer adulta aprenda a reconocerse, aceptarse, valorarse y enfrentarse a situaciones de su cotidianidad con nuevas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

6.4.4.1. Objetivos específicos.

- Otorgar información relacionada con la violencia intrafamiliar, la depresión y ansiedad, mediante estrategias psicoeducativas como fuente de apoyo para las mujeres víctimas de violencia.
- Mejorar la comunicación a través de habilidades sociales como la asertividad, toma de decisiones y resolución de conflictos mediante estrategias cognitivo-conductuales.
- Brindar estrategias para mejorar la autoestima, la inteligencia emocional y desarrollar la resiliencia mediante estrategias cognitivo-conductuales.

6.4.5. Población

Mujeres entre 20 a 64 años de edad y sus familiares, que deseen formar de manera voluntaria en el programa de prevención psicoeducativo.

6.4.6. Metodología

El programa de psicoeducación se realizará en 9 sesiones de 30 minutos cada una, establecidas mediante el acuerdo del encuadre de la primera sesión de cada uno de los talleres, pasando a ser esta de carácter obligatoria para el desarrollo óptimo del programa:

1er Taller a nivel grupal: "Mi Felicidad depende de mí"

- *Primera Sesión.* - Psicoeducación sobre la violencia intrafamiliar.
- *Segunda Sesión.* - Psicoeducación sobre la depresión
- *Tercera Sesión.* - Psicoeducación sobre la ansiedad

2do Taller a nivel individual: "Habilidades Sociales"

- *Primera Sesión.* - Asertividad.
- *Segunda Sesión.* - Toma de decisiones
- *Tercera Sesión.* - Resolución de conflictos

3er Taller a nivel familiar: "Fortaleciéndonos"

- *Primera Sesión.* - Autoestima
- *Segunda Sesión.* - Desarrollo de la Resiliencia
- *Tercera Sesión.* - Inteligencia emocional

Tabla 27. Materiales y equipos utilizados en el programa de prevención.

Materiales	Equipos
• Material didáctico. • Trípticos. • Tarjetas. • Hojas de papel en blanco. • Esferos. • Video sobre la resolución de conflictos. • Dulces. • Video sobre inteligencia emocional.	• Computadora • Infocus

Elaborado por: Lizbeth Katherine Pineda Herrera.

PROPUESTA DE PSICOEDUCACIÓN					
Taller	**Objetivo**	**Actividades**	**Medios**	**Responsable**	**Tiempo**
1er Taller a nivel grupal: "Mi Felicidad depende de mí"	Otorgar información relacionada con la violencia intrafamiliar, la depresión y ansiedad, mediante estrategias psicoeducativas como fuente de apoyo para las mujeres víctimas de violencia.	**PRIMER SESIÓN: PSICOEDUCACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** • Bienvenida. - Dinámica participativa: dinámica de presentación denominada "El juego de las tarjetas" • Presentación de los responsables del programa de prevención psicoeducativo. • Presentación del consentimiento informado. • Explicación de los objetivos y contenidos del programa de prevención psicoeducativa; y establecimiento de acuerdos. **Temas a abordar:** - ¿Qué es la violencia intrafamiliar? - Los ciclos de la violencia intrafamiliar. - Tipos de violencia intrafamiliar. - Causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar. **Estrategias de psicoeducación:** - *Exposición* de las temáticas a abordar mediante diapositivas. - *Retroalimentación* al culminar cada temática abordada. - *Dibujar* lo que las participantes comprendieron acerca de la violencia intrafamiliar. **Dinámica de despedida:** Se aplica dinámica de cierre denominada "Pitch de elevador": cada participante en una hoja de papel deberá resumir las estrategias más importantes en 60 segundos, y presentarlos a otra participante que simulará ser una experta en el tema. Se despide de las participantes. **SEGUNDA SESIÓN: PSICOEDUCACIÓN DE LA DEPRESIÓN** • Bienvenida y recapitulación de la sesión anterior. • Comentarios sobre los beneficios de la aplicación de las estrategias antes enseñadas.	• Laptop. • Proyector. • Trípticos. • Esferos. • Tarjetas. • Dulces.	• Psicólogo/a Clínico/a.	30 minutos por cada sesión.

		Temas a abordar: - ¿Qué es la depresión? - Síntomas de la depresión. - Las causas y consecuencias. **Estrategias de psicoeducación:** - *Exposición* de las temáticas a abordar mediante diapositivas. - *Reforzamiento* al culminar la sesión, y ante los aciertos de los conceptos otorgar un premio. - *Dibujar* lo que las participantes comprendieron acerca de la depresión. - *Instrucción verbal sobre*: Hacer ejercicio, dieta equilibrada, buenos hábitos del sueño, evitar el consumo de alcohol y drogas, evitar la soledad, mantener la mente activa, establecer rutinas y prepararlos para los cambios. **Tarea de despedida:** Se le plantea un problema (que le diría a un joven que está a punto de suicidarse) en el cual deberá responderlo mediante una frase escrita en una carta, la cual se compartirá al final. Despedirse de las participantes. **<u>TERCERA SESIÓN: PSICOEDUCACIÓN DE LA ANSIEDAD</u>** • Recapitulación de la sesión anterior. • Realización de ejercicios de calentamiento a nivel del cuello, hombros y extremidades inferiores y superiores. **Temas a abordar:** - ¿Qué es la ansiedad? - Síntomas de la ansiedad. - Las causas y consecuencias de la ansiedad **Estrategias de psicoeducación:** - *Relajación breve,* todas las participantes cerrarán sus ojos y meditarán acerca de todo aquello que les hace feliz y les genere tranquilidad, además se masajearan delicadamente por unos minutos en la parte del cuello, la cabeza y los brazos. - *Retroalimentación* sobre todo lo aprendido hasta el momento.			

		- *Exposición* de las temáticas a abordar mediante diapositivas. - *Dibujar* lo que las participantes comprendieron acerca de la depresión. **Dinámica de despedida:** Se practica una sesión de relajación sencilla para que aprendan a reducir la ansiedad a través de ejercicios de respiración y relajación (por ejemplo, ejercicios de relajación progresiva de Jacobson, para tensar y extender diversos grupos de músculos en todo el cuerpo consiguiendo que se perciban cambios en los niveles de tensión y ansiedad y consiguiendo una sensación de confort y tranquilidad). Se despide de las participantes			
2do Taller a nivel individual: "Habilidades Sociales"	Mejorar la comunicación a través de habilidades sociales como la asertividad, toma de decisiones y resolución de conflictos mediante estrategias psicoeducativas.	**PRIMERA SESIÓN: ASERTIVIDAD.** • Presentación de los responsables del programa de prevención psicoeducativa. • Explicación de los objetivos y contenidos del programa de prevención psicoeducativo; y establecimiento de acuerdos. • Presentación del consentimiento informado. • Actividad de inicio: Realización de ejercicios de estiramiento del cuello, hombros, cabeza y extremidades para una participación más favorable del programa. **Temas a abordar:** - ¿Qué es la asertividad? - Comunicación asertiva. - Características de una persona asertiva. **Estrategias para mejorar la asertividad:** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante.* - *Saludo con atención plena,* será una actividad interactiva entre el profesional y la participante. - *Usar un lenguaje que diga si o no según lo necesario,* la participante debe practicar el responder de forma negativa ante varias imposiciones que no sean de su agrado durante la sesión. - *Abandonar la autojustificación,* durante una conversación relacionada con el porque se dio el último conflicto en su familia, el profesional indicará en qué momento la paciente se	• Laptop. • Proyector. • Trípticos. • Esferos. • Video sobre la resolución de conflictos.	• Psicólogo/a Clínico/a.	30 minutos por cada sesión.

		justifica para que ya no lo vuelva a hacer, en caso de ser necesario. - *Parecer y sentirse asertivo,* el/la profesional indicará cuales son las expresiones corporales que la participante debe practicar. **Tarea de despedida:** La participante dará un ejemplo sobre una situación complicada y se buscará una estrategia de manera asertiva, cambiando los roles. **SEGUNDA SESIÓN: TOMA DE DESICIONES** • Recapitulación de la sesión anterior. • Actividad de inicio: Realización de ejercicios de imaginación en donde la participante tratará de visualizar dos caminos y tomará la decisión de recorrer la opción que crea conveniente. **Temas a abordar:** - ¿Qué es una decisión? - ¿Cuándo y cómo se debe tomar una decisión? - Responsabilidad de nuestras decisiones. **Estrategias para tomar buenas decisiones:** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante.* - *Compresión del problema:* a cada participante se le pedirá que se enfoque en algún inconveniente que le aqueje actualmente y seguidamente se le pide que trate de identificar el problema, entender las opciones y reunir información. - *Construcción de un modelo analítico:* seguidamente se le solicitará a cada participante que reconozca sus habilidades, sus posibilidades y que controle sus impulsos. - *Búsqueda de una buena solución:* a continuación, se le pedirá a la participante que se imagine probando los resultados de su elección, limite sus opciones y concuerde su decisión con sus valores. - *Comunicación de los resultados:* durante el dialogo, la persona dará respuesta a todo lo solicitado y al final se resaltará la decisión obtenida.			

		Tarea de despedida: Solicitarle que ponga en práctica todo lo visto durante la sesión y despedirse de la participante **TERCERA SESIÓN: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS** • Recapitulación de la sesión anterior. • Presentación de un video corto sobre el tema y se pide un aporte personal de lo visto. **Temas a abordar:** - ¿Qué es un conflicto? - ¿Cómo se debe resolver un conflicto? - Mayor enfoque en las soluciones de un conflicto. **Estrategias para resolver un conflicto:** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante.* - *Separar a las personas del conflicto:* se pide a la participante que dé a conocer un conflicto y que lo enfoque a nivel personal. - *Concentrarse en intereses y no en posiciones:* a cada participante se le pedirá que identifique cuáles son sus intereses y posiciones frente al conflicto. - *Idear soluciones de mutuo beneficio:* siguiendo las estrategias de toma decisiones se debe encontrar una solución que beneficie a todos los involucrados. - *Insistir en criterios que sean creativos:* destacar las variables de la solución para comunicarla. - *Negociación:* imaginar una situación en donde la participante da a conocer las ventajas de la resolución de su conflicto y como beneficia a todas las partes interesadas. **Tarea de despedida:** Se le plantea un problema en el cual deberá responderlo mediante una frase escrita en una carta y posteriormente se debe despedirse de la participante.			
3er Taller a nivel familiar: "Fortalecién donos"	Brindar estrategias de para mejorar la autoestima, la inteligencia	**PRIMERA SESIÓN: AUTOESTIMA** • Bienvenida. – Saludo cordial a todos los presentes. • Presentación de los responsables del programa de prevención psicoeducativa.	• Laptop. • Proyector. • Trípticos. • Esferos.	• Psicólogo/a Clínico/a.	30 minutos por cada sesión

	emocional y desarrollar la resiliencia mediante estrategias de fortalecimiento.	• Explicación de los objetivos y contenidos del programa de prevención psicoeducativo; y establecimiento de acuerdos. • Presentación del consentimiento informado. • Realización de la dinámica "Cesto de Frutas", en la cual se ubican todas en círculo, salvo una que se queda en medio. Se les explica que deben aprenderse los nombres de sus compañeras, que la de la derecha será naranja, y la de la izquierda, limón. La del medio irá preguntando muy rápidamente a unas y otras, aleatoriamente, naranja y limón para que les digan sus nombres. Cuando alguien falle se cambian los roles y pasa a ocupar el lugar del centro. En cualquier momento se puede decir: "Cesto de frutas", para que todas cambien de sitio y varíen las compañeras y se empieza de nuevo el proceso. **Temas a abordar:** - ¿Qué es la autoestima? - Como mejorar mi autoestima en mis relaciones con los demás. - ¿Por qué es importante la autoestima? **Estrategias para mejorar la autoestima** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante junto a su familia.* - *Expresar los sentimientos asertivamente;* la participante ara una retroalimentación sobre la asertividad y expresará de esa manera a su familia sus sentimientos. - *Lista de elogios;* la participante con ayuda de la familia elaborará una lista de frases bonitas sobre la participante. - *Visualizar el cambio positivo;* con el resultado de las tres actividades destacar la colaboración de la familia en la estructuración de su autoestima. - *Recomendaciones;* sugerir a la participante que cuide sus pensamientos, se ponga metas realistas, acepte los fracasos y realice críticas constructivas, se dedique tiempo, abandone las etiquetas, deje de compararse con los demás y que se dedique a amar, agradecer y apreciar **Tarea de despedida:** Se ponen todos de pie, la participante dice hasta dónde cree que puede saltar y lo señala en el suelo con una marca.	• Tarjetas. • Hojas en blanco. • Video sobre inteligencia emocional		

		Luego saltan de diferentes maneras (solas, con ayuda) y hacemos una reflexión del resultado valorando nuestras expectativas, las personas en las que podemos apoyarnos. Se despide a las participantes y sus familiares. **SEGUNDA SESIÓN: DESARROLLO DE LA RESILIENCIA** • Recapitulación de la sesión anterior. • Realización de ejercicios de calentamiento a nivel del cuello, hombros, extremidades inferiores y superiores. **Temas a abordar:** - ¿Qué se entiende por resiliencia? - Factores que contribuyen a desarrollar la resiliencia. - Prevenir el estrés y vivir con resiliencia. **Estrategias para fortalecer la resiliencia:** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante junto a su familia*. - *Prepararse*, identificar las acciones que generen mayor estrés durante el día, para ello se le invita a la persona a tener un mayor conocimiento de sí mismo y autocontrol emocional. - *Cambiar y reiniciar*, antes de tomar un descanso ante alguna situación de estrés que la familia puede mencionar, la persona debe cambiar su forma de actuar poseyendo un mayor control de sus impulsos y mostrando una actitud positiva. - *Mantener*, una buena conducta durante el día aprendiendo a crecer con los problemas y tener un poco de sentido del humor. **Tarea de despedida:** Aplicación de la dinámica la caja de tesoros, en donde al igual que en las anteriores sesiones, cada una escribirá algo positivo de sí misma en un papel que luego doblará, escribirá su nombre e introducirá en la caja. El contenido no se compartirá hasta la última sesión. Despedirse de las participantes. **TERCERA SESIÓN: INTELIGENCIA EMOCIONAL** • Recapitulación de la sesión anterior. • Presentación de un video corto sobre el tema y se pide un aporte de lo visto.			

		Temas a abordar: - ¿Qué es la inteligencia emocional? - ¿Cómo mejorar la inteligencia emocional? - Ventajas de la inteligencia emocional. **Estrategias para mejorar la inteligencia emocional:** - *Dialogo entre el/la profesional y la participante junto a su familia*. - *Diario de emociones:* se le solicita a la participante llevar un registro de las emociones que siente, empezando desde el taller, debe registrar todas aquellas que le han generado estrés durante el día (se le recomienda que lo realice antes de dormir). - *Practica de meditación:* se plantea una situación que le genere estrés a la persona y se le pide que realice meditación durante 5 minutos. - *Expresa tus emociones y compártelas:* de acuerdo a los talleres anteriormente realizados, se le solicita a la persona que exprese de manera adecuada todo lo que siente a su familia. **Dinámica de despedida:** Se aplica dinámica de cierre denominada "Pitch de elevador": cada participante en una hoja de papel deberá resumir las estrategias más importantes en 60 segundos, y presentarlos a otra participante que simulará ser una experta en el tema. Se despide de la participante y su familia.			

7. DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de la presente investigación se obtuvo una muestra final de 52 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, dentro de la cual se destaca que el nivel leve de violencia psicológica es la que más prevalece con un 83%, además el nivel severo la violencia física, psicológica, patrimonial y de género presenta una prevalencia del 6%. Por otro lado, existe un mayor grado de correlación entre la violencia física con la depresión, así como la violencia patrimonial y de género con la ansiedad.

Comparado los niveles severos de violencia intrafamiliar y de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres-ENVIGMU en el año 2019 (INEC, 2019), en la provincia de Loja se presentó un porcentaje del 6,5% de violencia física, el cual no tiene una variación significativa con los resultados obtenidos en la presente investigación en donde se obtuvo un porcentaje del 6% a nivel severo como se puede observar en la tabla 12. Por otro lado, con respecto a la violencia psicológica en la provincia de Loja existe una prevalencia del 17,0%, a diferencia de los resultados de la tabla 12, cuyo porcentaje de prevalencia es del 6% a nivel severo. De la misma forma la violencia de género tiene una prevalencia del 29,8% a lo que refiere en el año del 2019; a diferencia de la presente investigación que tan solo representa a nivel severo el 6%.

Además, los resultados de la presente investigación muestra que existe una correlación directa entre los niveles de violencia física producto de la violencia intrafamiliar con los niveles de depresión, esto se debe a los diferentes estresores que puede padecer una mujer dentro del hogar, degradando su integridad, fortaleciendo los factores de riesgo e imposibilitando el desarrollo personal, tal y como lo demuestra la investigación realizada por García Simich en el año 2019, en la cual se comprobó que la violencia física tiene relación con los niveles de depresión en víctimas de violencia familiar de la Universidad San Pedro – Sede Huacho (García Simich, 2019). De la misma forma existe correlación entre los niveles de violencia patrimonial y los niveles de depresión, porque puede anteceder a la violencia física y por la opresión económica dependiente a la que se someten las mujeres causando sufrimiento, dependencia económica involuntaria y sumisa, un bajo estado de ánimo que genera de esta manera un episodio depresivo, tal como lo demuestra Saldaña Briceño en su estudio realizado en el 2019 sobre la relación entre la Violencia patrimonial y los niveles depresión (Saldaña Briceño, 2019). Por otro lado, no existe una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión con los otros tipos de violencia intrafamiliar debido a que en sus diferentes niveles

de violencia, presentan diferentes niveles de depresión (Celis de la Rosa, Alfredo de Jesús, 2014).

Además, los resultados mostrados en la tabla 20 demuestra que existe una correlación directa entre los niveles de violencia patrimonial producto de la violencia intrafamiliar con los niveles de ansiedad, debido a los efectos desfavorables en el autoestima y autonomía para tomar decisiones en las mujeres, haciendo que se sientan vulnerables e incapaces de tomar la decisión de denunciar y alejarse de su agresor, estructurándose de esta manera los factores de riesgo que desembocan en los niveles de ansiedad (Unidad de igualdad de género, 2017). De la misma forma, se evidencia la existencia de una correlación directa entre los niveles de violencia de género con los diferentes niveles de ansiedad, esto se debe que la violencia de género es antecesora de la violencia física, psicológica y sexual; además producto de la humillación que reciben las víctimas se produce temor e incertidumbre de cómo evitar la ira del agresor, evitando que pueda descansar o dormir, generando ansiedad o prohibiendo las visitas al médico porque dudan de su cordura (Perela Larrosa, 2010); tal y como lo demuestra Lara Caba (2019), en su estudio en el cual evidencia la relación que existe entre las mujeres víctimas de violencia por sus parejas y la ansiedad (Lara Caba et al., 2019).

8. CONCLUSIONES

- En la presente investigación se determinó la relación entre la violencia intrafamiliar con la depresión y ansiedad, en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe en el periodo 2021-2022, debido a que existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre la violencia física y patrimonial, producto de la violencia intrafamiliar, con los niveles de severidad de la depresión. De la misma forma se determinó en los resultados una correlación directa y estadísticamente significativa entre la violencia patrimonial y de género con los niveles de severidad de la ansiedad.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, se identificó la prevalencia de violencia intrafamiliar de carácter físico, psicológico, sexual, social, patrimonial, de género y la severidad, en las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, a través de la Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4), debido a que existe un mayor porcentaje de prevalencia con una severidad leve de violencia psicológica, seguidamente de la violencia física, violencia sexual, violencia social, violencia patrimonial y finalmente la violencia de género, en ese orden; así mismo, se identificó que incide más la violencia intrafamiliar en mujeres adultas jóvenes que en las mujeres adultas.
- Se evaluó el nivel de depresión y ansiedad que presentan las mujeres adultas, que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, a través de la Escala de Depresión de Hamilton y la Escala de Ansiedad de Hamilton, debido a que la muestra presentó un mayor porcentaje de depresión leve, seguidamente el nivel de depresión moderada, la no depresión, depresión muy severa y por último con un menor porcentaje la depresión severa. A su vez también se evaluó los diferentes niveles de ansiedad obteniendo la muestra en un mayor porcentaje ansiedad leve, seguidamente de ansiedad moderada, ansiedad severa y por último ansiedad muy severa en las mujeres adultas con violencia intrafamiliar.
- En el presente trabajo de investigación, se diseñó un programa de prevención psicoeducativo para mujeres adultas, víctimas de violencia intrafamiliar con depresión y ansiedad, que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe, porque se intenta disminuir los niveles de prevalencia de depresión y ansiedad producto de la violencia intrafamiliar, brindando las herramientas necesarias para que la mujer adulta aprenda a reconocerse, aceptarse, valorarse y enfrentarse a situaciones de su cotidianidad con nuevas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

9. RECOMENDACIONES

- Ante el cumplimiento con el cronograma establecido en la presente investigación, se sugiere ampliar el periodo de levantamiento de la información con la finalidad de obtener un mayor número de muestras que corroboren los resultados obtenidos en el proceso estadístico y de la misma forma aplicar la metodología planteada a los diferentes miembros que conforman la familia.
- Una vez concluido el presente trabajo de investigación, se pone a consideración del lector y la comunidad educativa investigar sobre la relación que existe entre el consumo del alcohol y su relación con la prevalencia de la violencia intrafamiliar en todos los pacientes que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe.
- Culminado el proceso de investigación se considera que el departamento de Salud Mental del Centro de Salud Universitario de Motupe proceda a intervenir con aquellas mujeres que presentaron niveles de depresión severa y depresión muy severa, así como niveles de ansiedad severa y ansiedad muy severa, brindando la respectiva atención psicológica que involucre a todos los miembros de la familia para solidificar las redes de apoyo.
- Ejecutar el programa de intervención para aquellas mujeres que sufrieron de ansiedad y depresión producto de la violencia intrafamiliar; en colaboración con los organismos gubernamentales respectivos con la finalidad de reducir en lo más mínimo este problema biopsicosocial; siendo de carácter multidisciplinario y abierto a trabajar con diferentes profesionales.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Medina, L. (2015). Violencia conyugal hacia la mujer: Pautas socioculturales de su reproducción en el contexto uruguayo. Revista Regional de Trabajo Social, 29(63), 56-65. Disponible en: http://www.revistatrabajosocial.com/revistas/revistas2015/63-6.pdf
- Arsham, H. (1994). *Ciencia de la Administración Aplicada para Gerentes y Lideres Gerenciales: Toma de decisiones estratégicas acertadas*. Sitio Espejo Para América Latin. http://home.ubalt.edu/ntsbarsh/opre640s/spanish.htm
- Arreaga, J. D. O. (2018). *ANSIEDAD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/05/42/Ovando-Josue.pdf
- Campos, C. C., Bonilla Pulgar, G., Velasco Aguilar, M., Cañizares Fuentes, R., Laspina Arellano, C., & Salas Moreira, B. (2008). *Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida* (M. de la Torre, E. Cevallos, J. Velasteguí, P. Cabrera, & L. Calderón Layedra, Eds.; QUINTA). CONASA. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Normas y protocolos de atención Integral de la violencia.pdf
- Cardona Galindo, L. P. (2008). *SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA ALDEA SASPÁN, SAN JOSÉ LA ARADA, CHIQUIMULA*. http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8667.pdf
- Casique Antonia, L. C., & Furegato, A. R. F. (2006). Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 14*. https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018
- Celis de la Rosa, Alfredo de Jesús, A. (2014). *Bioestadística* (D. J. L. M. Saavedra (ed.); Editorial).
- Cervantes, P. (2021). *Técnicas para mejorar la inteligencia emocional*. Aprende Institute. https://aprende.com/blog/bienestar/inteligencia-emocional/tecnicas-para-mejorar-la-inteligencia-emocional/
- Chimarro, J. A. A. (2015). *Ansiedad y depresión como efectos emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Apoyo Integral "Tres Manuelas" de la ciudad de Quito*. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7128/1/T-UCE-0007-276c.pdf

- Consejo de la Judicatura. (2014). *Violencia de género y violencia intrafamiliar* (25th ed.). Pintatu mundo de Naranja. https://www.funcionjudicial.gob.ec/pdf/guia-informativa-violencia-de-genero.pdf
- Cuervo Pérez, M. M., & Martínez Calvera, J. F. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica*, *8*, 80–88. https://doi.org/1909-8391
- Díaz Cabriales, A., Flores Corral, D., & Villa Martínez, S. (2019). Estrategias de intervención psicoeducativa; neurociencia y zona de desarrollo próximo. *CONISEN*, *1*. http://www.conisen.mx/memorias2019/memorias/1/P649.pdf
- Escudero, M. (2019). *¿Qué son las habilidades sociales y cómo mejorarlas?* Centro Manuel Escudero. https://www.manuelescudero.com/que-son-las-habilidades-sociales/#Como_mejorar_las_habilidades_sociales
- Facultad de Ciencias Médicas. (2020). *Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)* (p. 1). Facultad de ciencias Médicas. http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Depresion/ESCALA.DE.ANSIEDAD.pdf
- García Simich, J. (2019). *VIOLENCIA FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD SAN PEDRO – SEDE HUACHO* [UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN]. http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3858/JESSICA GARCIA SIMICH OK.pdf?sequence=1
- Garrido, J. M. (2021). *Autoestima: 3 estrategias eficaces para hacerla crecer*. Psicopedia.Org. https://psicopedia.org/2932/autoestima-3-estrategias-eficaces-para-hacerla-crecer/
- Gallardo Echenique, E. (2015). *VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Guía de detección* (U. Europea, Ed.; primera). https://acacia.red/wp-content/uploads/2018/04/Maltrato-Intrafamiliar.pdf
- Generali Cazabonnet, V. (2020). Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género. *Facultad de Psicología*, *5*, 1–35. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/25195/1/ultimatfg_29_02_20_.pdf

- Gómez Escarda, M., Hormigos Ruiz, J., & Perelló Oliver, S. (2019). El ciclo de la violencia contra las mujeres en las canciones de música popular en España. In *Andamios* (Vol. 16, pp. 331–353). scielomx.
- Hernández, R. P., Berná, F. J. C., & Limiñana, G. R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, *23*, 118–124. https://doi.org/www.um.es/analesps
- INEC. (2019). Principales resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - EMVIGMU. In *Inec* (pp. 2–77). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales resultados ENVIGMU 2019.pdf
- Insttute of HeartMath. (2014). *Construyendo Resiliencia Personal* (HeartMath LLC (ed.); Insttute o). HeartMath LLC. https://www.ccc.org.co/file/2017/11/RESILIENCIA-BPR-Guide-Spanish.pdf
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R., Bretones Callejas, C., & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, *11*(1 SE-Artículos Originales), 1–8. https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864
- Lescano López, G. S., & Roldan, S. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Inicc-Perú*, *3*, 1–13. https://doi.org/https://doi.org/10.36996/delectus
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, pp. 393–397). scielo.
- Matud, P., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA. *Papeles Del Psicólogo*, *25*(88), 1. http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1155
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). *Guía para la solución de conflictos* (MIES (ed.); Tercera). MIES. https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/borrador_de_guia_para_solución_de_conflictos0950374001540215605.pdf

- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud* (Ministerio de Salud Pública, Ed.). Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- Ordoñez Mullo, L. G. (2017). *LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA*. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS LUIS ORDOÑEZ.pdf
- OVANDO ARREAGA, J. D. (2018). *ANSIEDAD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/05/42/Ovando-Josue.pdf
- Oyervide, J. J. (2014). Construcción de una Escala de violencia Intrafamiliar, Cuenca - Ecuador 2013. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, *32*, 10. https://doi.org/http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21201
- Perela Larrosa, M. (2010). Violencia de género: Violencia psicológica. *Foro, Nueva Época*, *12*, 354–376. https://doi.org/1698-5583
- Quezada Barrigas, T. L. (2015). *COMPARACIÓN ENTRE EL TEST DE HAMILTON Y BECK PARA DETERMINAR MAYOR EFICACIA DIAGNÓSTICA DE DEPRESIÓN, APLICADO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MÓDULO 10 EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014*. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13187/1/TESIS BIBLIOTECA.pdf
- Quiroga Pinzón, C. R., Sierra Martínez, M. C., & Tocancipá Acuña, O. D. (2016). *Propuesta de estrategias psicoeducativas en habilidades socioeconómicas para mejorar el rendimiento académico de estudiantes en tres instituciones educativas oficiales de bogotá* [Universidad Libre]. https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9580/Tesis habilidades.pdf
- Roca Villanueva, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales* (ACDE Ediciones (ed.); Cuarta edi). https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades sociales-Dale una mirada.pdf
- Rodríguez, R. (2020). *¿Qué es la depresión?: Síntomas, consecuencias y tratamiento*. PSIQUION. https://www.psiquion.com/blog/que-es-depresion

- Rojas, M. S. C. (2019). *Niveles de Depresión y su relación con Dependencia Emocional en mujeres víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2019*. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22335/1/Tesis María Soledad Carrión Rojas.pdf
- Saldaña Briceño, J. F. (2019). *VIOLENCIA DE PAREJA Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA* [Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1058/Tesis Violencia de pareja y depresion en mujeres de la ciudad de cajamarca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sagot, M., Carcedo, A., & Program on Women and Development (Pan American Health Organization), H. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. https://books.google.com.ec/books?id=gllnaZq_nQYC
- Sierra Fajardo, R. A., Macana Tuta, N. L., & Cortés Callejas, C. I. (2006). IMPACTO SOCIAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. *VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49496/Violencia+Intrafamiliar.pdf
- Tuana, A. (2002). EL DIAGNOSTICO EN VIOLENCIA FAMILIAR. *Revista de Trabajo Social*, *24*(XVI), 14. http://iin.oea.org/cursos_a_distancia/explotacion_sexual/lectura12.diagnostico.pdf
- Unidad de igualdad de género. (2017). *Violencia Patrimonial y economía contra las mujeres* (Procaduría General de la República (ed.); Primera). Procaduría General de la República. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242427/6__Enterate_Violencia_econo_mica_y_patrimonial_contra_las_mujeres_junio_170617.pdf
- Vélez, L. (2017). *Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad*. CENTRO DE PSICOLOGÍA AVANZADA. https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1

Consentimiento informado del paciente

Yo declaro que he sido informada e invitada a participar en la investigación denominada "**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO 2021-2022**", éste es un proyecto de investigación científica cuenta con el respaldo de la Universidad Nacional de Loja.

Entiendo que este estudio busca "Identificar la relación entre la violencia intrafamiliar con la depresión y ansiedad, en mujeres de 20 a 64 años de edad que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe" y sé que mi participación se llevará a cabo en el Centro de Salud Universitario de Motupe, y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 20 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio.

Así mismo, sé que puedo negar la participación y retirarme de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma participante: ……

Fecha: …….

Si tiene alguna pregunta sobre la confidencialidad de los datos en cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Lizbeth Pineda, 0959652239, lizbeth.pineda@unl.edu.ec

11.2. Anexo 2

Universidad Nacional de Loja

ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIFJ4):

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

Edad: .....

Preguntas	SI	NO
¿El agresor consume alcohol?		
¿El agresor consume algún tipo de droga?		

	Preguntas	Respuestas				
		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Violencia Física						
1	¿Su pareja le pega?					
2	¿Su pareja le ha hecho moretones cuando le golpea?					
3	¿Ha sangrado a causa de los golpes recibidos por su pareja?					
4	¿Por los golpes recibidos por su pareja ha necesitado atención médica?					
Violencia Psicológica						
5	¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?					
6	¿Su pareja le insulta en frente de otras personas?					
7	¿Su pareja le ha sido infiel?					
8	¿Su pareja le ha amenazado con suicidarse si le abandona?					
9	¿Usted siente temor cuando su pareja llega a la casa?					
Violencia Sexual						
10	¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?					
11	¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?					
12	¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecólogo?					
13	¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?					
14	¿Su pareja le prohíbe embarazarse?					
15	¿Su pareja le ha obligado a abortar?					
Violencia Social						
16	¿Su pareja se pone molesta cuando usted se arregla?					
17	¿Su pareja le impide hablar por celular con otras personas?					
18	¿Su pareja le amenaza con golpearla si usted sale de su casa sin el permiso de él?					
19	¿Su pareja se pone celoso cuando usted habla con otras personas					
Violencia Patrimonial						
20	¿Su pareja ha roto las cosas del hogar?					
21	¿Su pareja le ha impedido el ingreso a su domicilio?					
22	¿Su pareja le limita el dinero para los gastos del hogar?					
Violencia de género						
23	¿Al momento del tomar decisiones su pareja ignora su opinión?					
24	¿Su pareja nunca colabora en las labores del hogar?					
25	¿Su pareja le impide tener trabajo remunerado, fuera de casa?					

11.3. Anexo 3

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

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

	Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
0	Ausente	
1	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	
2	Estas sensaciones las relata espontáneamente	
3	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	
4	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	
	Sentimientos de culpa	
0	Ausente	
1	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	
2	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	
3	Siente que la enfermedad actual es un castigo	
4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
	Suicidio	
0	Ausente	
1	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	
2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	
3	Ideas de suicidio o amenazas	
4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
	Insomnio precoz	
0	No tiene dificultad	
1	Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	
2	Dificultad para dormir cada noche	
	Insomnio intermedio	
0	No hay dificultad	
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
	Insomnio tardío	
0	No hay dificultad	
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
	Trabajo y actividades	
0	No hay dificultad	
1	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	
2	Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	
3	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	
	Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
0	Palabra y pensamiento normales	
1	Ligero retraso en el habla	
2	Evidente retraso en el habla	
3	Dificultad para expresarse	
4	Incapacidad para expresarse	
	Agitación psicomotora	
0	Ninguna	
1	Juega con sus dedos	

2	Juega con sus manos, cabello, etc.	
3	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	
4	Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	
	Ansiedad psíquica	
0	No hay dificultad	
1	Tensión subjetiva e irritabilidad	
2	Preocupación por pequeñas cosas	
3	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	
4	Expresa sus temores sin que le pregunten	
	Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
0	Ausente	
1	Ligera	
2	Moderada	
3	Severa	
4	Incapacitante	
	Síntomas somáticos gastrointestinales	
0	Ninguno	
1	Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	
2	Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
	Síntomas somáticos generales	
0	Ninguno	
1	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.	
2	Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	
	Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
0	Ausente	
1	Débil	
2	Grave	
	Hipocondría	
0	Ausente	
1	Preocupado de sí mismo (corporalmente)	
2	Preocupado por su salud	
3	Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
	Pérdida de peso	
0	Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	
1	Pérdida de más de 500 gr. en una semana	
2	Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	
	Introspección (insight)	
0	Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
1	Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	
2	No se da cuenta que está enfermo	

11.4. Anexo 4

Universidad Nacional de Loja

Escala de Hamilton para la Ansiedad

INTRUCCIONES: Seleccione para cada ítem la nota que corresponde, según su experiencia, a la intensidad del comportamiento. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque con una X en el casillero situado a la derecha del ítem. Todos los ítems deben ser anotados.

0 AUSENTE
1 INTENSIDAD LEVE
2 INTENSIDAD MEDIA
3 INTESIDAD FUERTE
4 INTENSIDAD MAXIMA

	Definición operativa de los ítmes	Puntos				
		0	1	2	3	4
1	*Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)					
2	*Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)					
3	*Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)					
4	*Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)					
5	*Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)					
6	*Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)					
7	*Síntomas somáticos generales* (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)					
8	*Síntomas somáticos generales* (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)					
9	*Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)					
10	*Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)					
11	*Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)					
12	*Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)					
13	*Síntomas del sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)					
14	*Comportamiento durante la entrevista* – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales.					

11.5. Anexo 5

11.6. Anexo 6.

FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO 2021-2022"**, autoría de **Lizbeth Katherine Pineda Herrera** con número de cédula **1105660391**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de marzo del 2022

FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA. SECRETARIA LOJA - ECUADOR

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

11.7. Anexo 7.

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Loja, 17 de enero de 2022

Dra.
Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:
Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. -287- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 18 de enero del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO 2021-2022",** de autoría de la estudiante: Lizbeth Katherine Pineda Herrera., con C.I. 1105660391,estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general, acorde a la temática, descripción y justificación. Objetivos generales y específicos claros.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos, la justificación y la hipótesis.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).

Por tal motivo me permito emitir **el Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO 2021-2022".**
Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,

MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.
1104600844
mayra.medina@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
c.c.: Archivo