



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“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”.

AUTORA:

María Soledad Carrión Rojas.

Tesis previa a la obtención del título de
Psicóloga Clínica

DIRECTORA:

Psic. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

LOJA ECUADOR
2019

CERTIFICACIÓN

Psic. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

De mi consideración,

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación “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” de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología Clínica, **María Soledad Carrión Rojas**, con número de cédula **1900727973**.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación de la estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma graduación.

Loja, 21 de agosto del 2019.



Psic. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **María Soledad Carrión Rojas**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, de la misma manera acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: María Soledad Carrión Rojas.

Cédula de identidad: 190072797-3

Fecha: 21 de agosto de 2019.

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María Soledad Carrión Rojas', written in a cursive style.

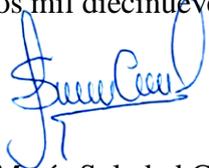
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **María Soledad Carrión Rojas**, declaro ser autora de la tesis titulada “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”, como requerimiento para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la misma en el Repositorio Digital Institucional:

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiún días del mes de agosto del dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:



Autora: María Soledad Carrión Rojas

Cédula: 190072797-3

Dirección: Av. Cuxibamba e Ibarra.

Correo electrónico: soledadcarrion_95@outlook.es

Teléfono móvil: 0999243678

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:

Psic. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Presidenta

Psic. Clin. Doménica Alexandra Burneo Alvarez, Mg.Sc.

Vocal

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg Sc.

Vocal

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, quienes con su amor paciencia y apoyo incondicional, me han permitido culminar una de las metas más importantes en mi vida, gracias por inculcar en mi esfuerzo y perseverancia, siendo el mejor ejemplo a seguir.

Asimismo, agradezco a Pavel, una de las mejores personas que he conocido, durante la etapa estudiantil, quien continuamente me apoya y me motiva a seguir adelante.

Finalmente, quiero dedicar esta investigación a todas las mujeres que día a día sufren las consecuencias de la violencia en sus hogares, motivándolas a ser escuchadas, la voz tiene poder, ya que no se trata de combatir la violencia con más violencia sino con palabras.

María Soledad Carrión Rojas.

*“Usted ha prestado un verdadero servicio al permitir que hablen los que ya están
silenciosos y casi olvidados” Albert Einstein.*

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a todos los docentes y personal que conforman la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, quienes con sus enseñanzas y conocimientos me permitieron crecer cada día personal y profesionalmente.

Al personal administrativo y Departamento de Docencia del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, especialmente mi más grande y profundo agradecimiento a la Méd. María Cecilia Palacio y al Psic Clin. Pablo José Tapia Castillo, por su disposición y apoyo desinteresado que me permitió culminar el presente trabajo de investigación.

De la misma forma, agradezco a mi directora de tesis por las continuas revisiones, asesoramiento y motivación.

María Soledad Carrión Rojas

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1. Depresión.....	7
4.1.1. Introducción.....	7
4.1.2. Definición del cuadro clínico depresivo	7
4.1.3. Epidemiología.....	8
4.1.4. Factores etiológicos	9
4.1.5. Factores de riesgo	9
4.1.5.1. Factores personales.	9
4.1.5.2. Factores sociales.....	10
4.1.5.3. Factores cognitivos.....	11
4.1.6. Manifestaciones clínicas, formas de presentación y evolución de la depresión	11

4.1.6.1.	Signos y síntomas.....	11
4.1.6.2.	Evolución, recurrencia y cronicidad.....	12
4.1.7.	Consecuencias	13
4.1.8.	Tratamiento.....	14
4.2.	Dependencia Emocional	16
4.2.1.	Introducción y definición.....	16
4.2.2.	Factores causales	17
4.2.2.1.	Carencias afectivas y relaciones insatisfactorias en fases tempranas de la vida.	17
4.2.2.2.	Factores biológicos.....	17
4.2.2.3.	Factores socioculturales.	18
4.2.3.	Características de la dependencia emocional	18
4.2.3.1.	Distorsiones cognitivas.	18
4.2.3.2.	Autoestima.	19
4.2.3.3.	Estilos de afrontamiento.....	19
4.2.3.4.	Estado de ánimo.	20
4.2.3.5.	Ansiedad de separación.....	20
4.2.3.6.	Expresión afectiva.	20
4.2.3.7.	Modificación de planes.	21
4.2.3.8.	Miedo a la soledad.....	21
4.2.3.9.	Expresión límite.	21
4.2.3.10.	Búsqueda de atención.....	21
4.2.4.	Dependencia emocional dominante.....	22
4.2.5.	Consecuencias	22
4.2.5.1.	Dependencia emocional y maltrato.....	22
4.2.5.2.	Violencia de género.....	23
4.2.6.	Dependencia emocional y depresión	24

4.3.	Violencia de Pareja	25
4.3.1.	Antecedentes y definición	25
4.3.2.	Formas de violencia de pareja	25
4.3.2.1.	Violencia física.....	26
4.3.2.2.	Violencia psicológica.	26
4.3.2.3.	Violencia sexual.	26
4.3.2.4.	Violencia patrimonial.....	26
4.3.3.	Ciclo de la violencia de pareja.....	27
4.3.3.1.	Fase de tensión o acumulación.....	27
4.3.3.2.	Fase del incidente agudo de agresión.....	27
4.3.3.3.	Fase de arrepentimiento y reconciliación.....	27
4.3.4.	Factores causales de la violencia de pareja	28
4.3.4.1.	Factores socioculturales.	28
4.3.4.2.	Factores individuales y psicológicos de las víctimas.	28
4.3.4.3.	Factores individuales del agresor.	29
4.3.5.	Consecuencias de la violencia de pareja en mujeres	29
4.3.5.1.	Consecuencias psicopatológicas.	29
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	31
6.	RESULTADOS.....	38
7.	DISCUSIÓN.....	85
8.	CONCLUSIONES	88
9.	RECOMENDACIONES	90
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	91
11.	ANEXOS	102
	Anexo 1: Propuesta de Intervención Terapéutica	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 2: Aprobación del proyecto de tesis	102
	Anexo 3: Autorización para aplicación de reactivos.....	103

Anexo 4: Consentimiento Informado.....	104
Anexo 5: Ficha sociodemográfica y de Violencia	105
Anexo 6: Inventario de Depresión de Beck II (BDI -II); Error! Marcador no definido.	
Anexo 7: Cuestionario de Dependencia Emocional.....	109
Anexo 7: Memoria Fotográfica	110
Anexo 8: Certificado de traducción	112
Anexo 9: Proyecto de tesis	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de las Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida	38
Tabla 2 Prevalencia de Niveles de Depresión en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.....	40
Tabla 3 Resultados Generales de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.....	42
Tabla 4 Escalas de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida	44
Tabla 5 Relación entre Niveles de Depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia acuden a la Sala de Primera Acogida.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Descripción de las Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida	39
Gráfico 2 Prevalencia de Niveles de Depresión en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.....	40
Gráfico 3 Resultados Generales de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.....	42
Gráfico 4 Escalas de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida	44
Gráfico 5 Relación entre Niveles de Depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia acuden a la Sala de Primera Acogida.....	47

1. TÍTULO

“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”.

2. RESUMEN

Pese a los continuos esfuerzos por intentar reducir el fenómeno de la violencia, a nivel mundial esta manifestación se encuentra en constante aumento, convirtiéndose en una amenaza a los derechos humanos y la salud pública, principalmente del género femenino. La literatura establece a la violencia como una experiencia potencialmente traumática, capaz de producir toda una constelación de sintomatología psicológica, como la depresión y el desarrollo de vínculos emocionales dependientes, interfiriendo en el normal funcionamiento y adaptación de las víctimas. Es por ello que, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de depresión y la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia. El estudio se desarrolló siguiendo un enfoque descriptivo - correlacional de corte transversal, en el que participaron 70 mujeres víctimas de violencia de pareja que acudieron a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora, mismas que fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como instrumentos de recolección se utilizó: Ficha sociodemográfica y de violencia, Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Dependencia Emocional. Los hallazgos determinaron una alta incidencia de depresión en los niveles de leve, moderado y grave, así como dependencia emocional en la población; estableciendo una correlación estadísticamente significativa entre las variables; revelando que los niveles más altos de depresión estarían relacionados a un incremento de la dependencia emocional. Al tener conocimiento sobre la presencia de alteraciones emocionales, se diseñó un plan de intervención psicoterapéutico encaminado a promover el bienestar psicológico.

Palabras claves: violencia, sintomatología psicológica, alteraciones emocionales, vínculos emocionales.

ABSTRACT

In spite of the continuous worldwide efforts to try to reduce the phenomenon of violence, this manifestation is in constant increase, becoming a threat to human rights and public health, mainly of the female gender. The literature establishes violence as a potentially traumatic experience, capable of producing a whole constellation of psychological symptoms, such as depression and the development of dependent emotional bonds, interfering with the normal functioning of the victims. That is why, the objective of this research was to determine the relationship between levels of depression and emotional dependence in women victims of violence. The study was carried out following a descriptive - correlational cross-sectional approach, in which 70 women victims of domestic violence participated who went to the First Reception Room of the Isidro Ayora Hospital, which were selected using a non-probabilistic sampling for convenience. The recollection instruments used were: sociodemographic and violence data sheet, Beck II Depression Inventory and Emotional Dependency Questionnaire. The findings determined a high incidence of depression at mild, moderate and severe levels, as well as emotional dependence on the population; establishing a statistically significant correlation between the variables; revealing that higher levels of depression would be related to an increase in emotional dependence. Having knowledge about the presence of emotional disturbances, a psychotherapeutic intervention plan was designed to promote psychological well-being.

Keywords: violence, psychological symptomatology, emotional disturbances, emotional bonds.

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se orientó al estudio de la Depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja, considerando a la violencia como un elemento inevitable de la condición humana, que da lugar a múltiples consecuencias que afectan a todos de un modo u otro (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2018); este fenómeno destruye la vida de millones de personas sin distinción de edad, sexo, género o nivel sociocultural (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). A pesar a los esfuerzos por reducir las tasas de violencia a nivel mundial, esta manifestación continúa en aumento; ya que una de cada tres mujeres es víctima de violencia física o violencia sexual (OMS, 2018); convirtiéndose en una gran amenaza a los derechos humanos y la salud pública de las mujeres en la región (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUND], 2013).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010) seis de cada diez mujeres han vivido algún tipo de violencia de género que se presenta principalmente durante las relaciones de pareja; y que ocasiona graves problemas de salud corporal, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo (OMS, 2003); siendo uno de los efectos más frecuentes las alteraciones de tipo emocionales, determinando que el riesgo de sufrir depresión, que es uno de los trastornos más frecuentes en la población general, se encuentra cuatro veces más presente en mujeres que han experimentado violencia (Rey, Juárez, Medina y Tiburcio, 2007; Trejo, Torres y Medina, 2009).

La vulnerabilidad a las alteraciones emocionales aumenta en mujeres que son víctimas de violencia, pero a pesar de lo patológico e insatisfactorio de las relaciones de pareja, el trauma que supone la ruptura es verdaderamente devastador y constituye con frecuencia lo que Castello (2005) determina como dependencia emocional, ya que las víctimas presentan

vínculos adictivos hacia el agresor, que conllevan a una relación de sometimiento voluntario de la persona, cuyo fin es la desintegración de las características personales y la aceptación y desarrollo de la dinámica de la violencia (Sirvent, 2013).

Es por ello, que al analizar a la violencia como una problemática tangible que ocasiona en las víctimas graves alteraciones en su salud física, sexual, y psicológica, es relevante la realización de la presente investigación, planteando la siguiente pregunta de investigación ¿Existe relación entre los niveles de depresión y la dependencia emocional en las víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja? La investigación persigue como objetivo general: Determinar la relación entre los niveles de depresión y la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja; a través de los siguientes objetivos específicos: 1) Identificar los niveles de depresión prevalentes, 2) Evaluar la dependencia emocional, 3) Establecer la relación entre los niveles de depresión y dependencia emocional y 4) Realizar una propuesta de intervención terapéutica con la finalidad de promover el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala. Llevando a cabo el estudio con un enfoque cuali-cuantitativo de diseño prospectivo con corte transversal de alcance descriptivo correlacional.

La Revisión de Literatura se encuentra dividida en 3 Capítulos: **Depresión**: enfocada en la definición del cuadro clínico, epidemiología, factores etiológicos y de riesgo, manifestaciones clínicas, evolución y sus consecuencias; **Dependencia Emocional**: contiene definiciones, factores causales, características y consecuencias de la dependencia emocional, y finalmente **Violencia de Pareja**: comprende la definición del término, formas, factores causales, el ciclo y las consecuencias de la violencia de pareja en mujeres.

Información que sustenta la investigación y los hallazgos obtenidos a través de los cuales se determina que los niveles de depresión y la dependencia emocional se encuentran correlacionados estadísticamente en mujeres víctimas de violencia de pareja.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Depresión

4.1.1. Introducción

Según Schwartz y Petersen (2009), uno de los primeros autores en describir la depresión fue Hipócrates, definiéndola como “melancolía” una enfermedad que surgía del desequilibrio de uno de los humores, es decir del exceso de una de las cualidades inherentes o internas en el ser humano. Posteriormente, con el paso del tiempo se utilizaron términos más acertados para referirse a la depresión. Zarragoitía (2011) reconoce que sus elementos más característicos cambian y evolucionan, ya que la manifestación de la sintomatología es vista desde diferentes perspectivas, lo que se concluye, es que provoca en las personas de manera intensa y determinante, presión, que muy pocas enfermedades mentales y físicas producen, además conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso, convirtiéndolo en un problema tanto de salud pública como social.

4.1.2. Definición del cuadro clínico depresivo

Con frecuencia, el término depresión es atribuido de manera incorrecta y usado de manera excesiva para catalogar cambios en el estado de ánimo, que por lo general son transitorios y se resuelven con facilidad; son aquellas características de persistencia, severidad, y la capacidad de crear un estado de malestar general o tristeza que surge sin razón aparente y de manifestación grave y persistente, los elementos clínicos claves para identificar la depresión (Zarrogotía, 2011). La sintomatología se presenta con una preponderancia de alteraciones afectivas de tristeza y sentimientos subjetivos de malestar e incompetencia para realizar las actividades del diario vivir; por lo general en compañía de distorsiones cognitivas, volitivas y somáticas; que en conjunto producen un deterioro

funcional y social significativo (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) la depresión es uno de los trastornos más presentes en la población, caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sintomatología que irrumpe en el normal funcionamiento y desempeño laboral, social, académico y familiar, y en casos muy graves puede producir consecuencias letales como el suicidio.

4.1.3. Epidemiología

Según la OMS/Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017) la depresión es considerada como una de las principales enfermedades mentales incapacitantes, cuya tasa en los últimos años presenta un incremento de más de 18%; además, se revela que 7 de cada 10 personas con depresión no reciben un tratamiento oportuno debido a prejuicios, discriminación y falta de apoyo familiar o social. Benjet et. al. (2004) en su estudio muestran que existe una amplia relación entre: ausencia de tratamiento en su primer episodio y una mayor probabilidad de padecer y mantener episodios a lo largo de la vida.

Asimismo, Rueda (2018) en sus estudios epidemiológicos determinan que la incidencia de depresión en mujeres es más elevada que en hombres, presentando un riesgo tres veces mayor a padecerla, diferencias que se muestran en la adolescencia y que aumentan la vulnerabilidad a padecer más episodios subsecuentes, cuando se encuentra asociada a factores biológico/hormonales, estado socioeconómico y la exposición a la violencia de género. Mientras que, a nivel nacional el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2017) establece que el intervalo de edad más frecuente de atención debido a episodios depresivos es de 19 a 59 años, representando el 73,5% de los casos de la región.

4.1.4. Factores etiológicos

La depresión es catalogada como una afección multifactorial, es decir la combinación de diversos elementos, entre ellos factores: genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Investigaciones muestran que el aumento del riesgo genético en la depresión es debido varios genes que confluyen en conjunto con factores ambientales, especialmente de tipo estresantes. El estudio de la depresión se dificulta ya que también puede aparecer en personas sin antecedentes patológicos familiares y la manifestación varía en función de las personas, tanto en gravedad, como frecuencia o duración (OPS, 2018).

En la actualidad a través de un mayor acercamiento de investigaciones en el tema, existe conocimiento acerca de los factores de tipo biológicos asociados a la depresión. Estudios de Montez (2016) centrados en la psiconeuroinmunología. describen la relación entre el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y la sintomatología depresiva, reflejando su asociación, a través de la modulación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal por neurotransmisores, concluyendo que la interacción no solo es bidireccional, sino que también se ve afectada por la presencia de receptores y transportadores de neurotransmisores (como los de serotonina, noradrenalina y dopamina) en células del sistema inmune, particularmente en los linfocitos T.

4.1.5. Factores de riesgo

Según lo expuesto anteriormente se reconoce a la depresión con un proceso multifactorial y patología compleja, cuya evolución depende de un amplio compendio de factores denominados como, factores riesgo que se agrupan en cuatro grandes categorías.

4.1.5.1. Factores personales.

Investigaciones indican que la prevalencia de cuadros depresivos se identifica en ambos sexos, pero se muestra predominantemente en un 50% más en mujeres; prevalencia que pudiera atribuirse a que generalmente las mujeres buscan más ayuda o tratamiento clínico, estando más dispuestas a reportar su depresión que los varones (Zarragoitía, 2011).

Como indica la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014), esta patología puede aparecer por primera vez en cualquier etapa de la vida, pero la probabilidad aumenta notablemente durante la pubertad; de la misma forma revela que la edad de inicio de la depresión alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18 a 44 años (Castro, Ramírez y Díaz, 2006).

La depresión suele asociarse ampliamente a formas psicopatológicas como rasgos de personalidad principalmente de tipo neurótica, que elevan la incidencia de casos y recaídas, debido a la sobrecarga emocional y la forma en que utilizan sus estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

4.1.5.2. Factores sociales.

Dentro de estos factores se presenta el nivel socioeconómico destacando a las personas de bajos recursos, grupos étnicos minoritarios y circunstancias laborales negativas, como el desempleo, discapacidad y la baja laboral, que muestran índices más elevados de depresión; así también otros factores como el estado marital, presentando mayor riesgo aquellas personas solteras, viudas o divorciadas, y aquellos que se enfrentan a adversidades en cualquier momento de su vida (Gómez, 2015).

Uno de los acontecimientos que genera mayor preocupación como factor de riesgo es la violencia, desde el punto de vista epidemiológico las personas, especialmente mujeres, son

objeto de violencia en todas las edades, independientemente de su condición social y escolaridad, siendo principalmente la pareja el agresor (Vásquez, 2007). Estudios similares revelan que la violencia intrafamiliar y de pareja conduce a dificultades sociales, emocionales, conductuales y manifestaciones sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos productos del maltrato; entre éstos se encuentra: la depresión, la ansiedad y la conducta suicida (Frías y Gaxiola, 2018).

4.1.5.3. Factores cognitivos.

Las exploraciones sobre la influencia de los factores cognitivos en la sintomatología depresiva explican, cómo el papel del procesamiento de la información, en el que esquemas o mapas mentales negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales, influyen en la aparición y mantenimiento de los síntomas, como factores de vulnerabilidad frente al trastorno (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014 & Gómez, 2015). El estudio de Herrera y Maldonado (2002) muestra una relación inversamente proporcional entre el estado depresivo y el estilo cognitivo, cuyo contenido es más negativo cuando su nivel de depresión es más elevado.

4.1.6. Manifestaciones clínicas, formas de presentación y evolución de la depresión

4.1.6.1. Signos y síntomas.

Las alteraciones o fenómenos psíquicos que Schwartz y Petersen (2009) encontraron y envuelve la depresión, son las alteraciones de los estados afectivos, caracterizados por ánimo deprimido, tristeza patológica, que surgen sin razones aparentes, pero que son

vividos como sentimientos de "presión" e incapacidad, de inferioridad o disminuciones de autoestima.

Así también, existen síntomas que acompañan el cuadro afectivo, como la reducción de funciones ejecutivas, que dificultan la toma de decisiones debido al sentimiento de poca valía o incompetencia, frecuentemente en compañía de alteraciones de la vida instintiva, como insomnio, fatiga, la disminución del apetito o hiporexia y de la expresión tanto facial como psicomotriz (Schwartz, T., y Petersen, T, 2009).

La APA (2014) establece que el rasgo principal del episodio depresivo mayor es la presencia de durante al menos dos semanas, ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades de la vida diaria, que asociados a los síntomas antes mencionados, deben persisten la mayor parte del día, casi todos los días; el episodio debe conllevar a un estado de malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras tareas importantes.

4.1.6.2.Evolución, recurrencia y cronicidad.

Generalmente, la evolución del estado depresivo es larga, con predisposición a recidivas, considerando que el primer episodio surge luego la presencia de acontecimientos estresantes. En tanto que la sintomatología de las personas con depresión que no reciben el tratamiento necesario suele mantenerse durante 6 meses a 1 año, mientras que los aquellos que reciben apoyo, la afección dura un promedio de 3 meses (Schwartz, T., y Petersen, T, 2009).

Estudios también revelan que en los casos en los que la depresión no es tratada, o se manifiesta de manera sutil, con una sintomatología leve, que aunque crea un estado de malestar o frustración general, es encubierto a través de mecanismos de defensa

compensando con otras actividades, además de la pérdida de aspiraciones o metas que posteriormente conllevan a la manifestación del cuadro (Arrivillaga, Cortez, Goicochea y Lozano, 2004).

La recuperación por lo general suele iniciarse luego de tres meses desde la aparición de la sintomatología; la remisión parcial de la sintomatología leve, puede ser espontánea o debida a los resultados de tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico, mientras que la remisión total de los síntomas se presenta aproximadamente luego de un año (Arrivillaga et al. 2004).

Los estudios indican que uno de cada dos pacientes depresivos puede presentar recaídas por no haberse logrado la remisión completa de los síntomas, cuyo predictor más potente es la interrupción abrupta de la medicación (Zarrogotía, 2011).

4.1.7. Consecuencias

Lara et al. (2010) en sus investigaciones recientes demuestra la imponente carga de los trastornos mentales en la sociedad y todo el mundo que generan más del 10% de años perdidos de una vida saludable y el 30% del tiempo vivido con discapacidad, además de un elevado costo en atención e intervención.

La APA (2014) manifiesta las múltiples consecuencias funcionales que acompañan a la patología, que van desde un deterioro ligero a uno muy incapacitante, reduciendo la capacidad de satisfacer o hacer frente a las necesidades básicas incluso de autocuidado; además se reporta más enfermedades físicas y un menor funcionamiento en las áreas física, social y personal.

Según los estudios de Segal, Williams y Teasdale (2009) las personas que sufren día a día esta alteración reconocen que no hay una cara única, y que es vivido en cada persona

desde perspectivas diferentes, algunas de las consecuencias de la depresión son más fáciles de reconocer, mientras que otras son más difíciles de distinguir ya que reducen la capacidad del paciente para interrelacionarse con las demás personas incluidos familiares y personas cercanas. La OMS (2017) identifica marcados lazos entre la depresión y otros trastornos mentales y enfermedades no transmisibles, aumentando el riesgo de uso de sustancias y enfermedades como diabetes y enfermedades del corazón.

Para Claro (2003) las secuelas de la depresión pueden ser catastróficas tanto para la persona que la padece como para aquellas personas que integran su entorno, dependiendo de factores de personalidad, afrontamiento y el momento en el que se presenta en el episodio depresivo, llevando a decisiones impulsivas o extremas como las autoagresiones y la muerte, al tratar de poner punto final al dolor que lo acompaña.

Considerándose como una de las secuelas más graves en los cuadros depresivos al aumento del riesgo de intencionalidad suicida, este se incrementa con cada nuevo episodio y existe un 15% más de probabilidades de que los pacientes que sufren una depresión mueran debido al suicidio y un riesgo suicida 30 veces superior a la población general (Segal, Williams y Teasdale, 2009).

4.1.8. Tratamiento

Zarragoitía (2011) establece que la remisión de la sintomatología y el restablecimiento de la funcionalidad óptima del paciente, constituye la meta final del tratamiento a la depresión, a través de un tratamiento que fusione la intervención psicológica y la psicoterapia interpersonal, acompañada del tratamiento farmacológico (OMS, 2018).

Así también, el objetivo del tratamiento se alcanza a través de la elaboración de medidas de intervención, con base en la severidad diagnosticada y determinando las siguientes

pautas como: locación y la elección asertiva entre los tratamientos psicosociales y farmacológicos, psicoeducación, el fortalecimiento y elaboración de redes de apoyo y tratamiento psicoterapéutico que favorezca a la adherencia al tratamiento; son pautas que promueven la recuperación a largo plazo (Heinse y Camacho, 2010).

4.2. Dependencia Emocional

4.2.1. Introducción y definición

Dentro de la teoría social de Hernández (2012) se plantea como una de las características inherentes de la sociedad, el desarrollo de relaciones interpersonales y demanda necesaria de vinculación con los demás, capacidades según Lera (2012) de interrelación con las personas y el entorno, que conducen al desarrollo del self individual y de autoconciencia a través de las experiencias sociales y afectivas que permite la reflexividad personal y la reacción a los cambios e incertidumbres sociales.

Como Urbiola y Estévez (2015) plantean, las personas necesitan crear lazos afectivos fuertes y duraderos con otras personas, pero muchas de las veces cuando la relación no se establece de manera adecuada, afecta al desarrollo emocional y personalidad; dando lugar a una búsqueda desesperada de lazos dañinos. Muchas de estas relaciones pueden conducir a lo que Castello (2005) define como dependencia emocional o la necesidad extrema de afecto que una persona demanda hacia su pareja, que genera en los dependientes sentimientos intensos de sumisión, pensamientos obsesivos sobre la pareja, centrados en un sentimiento intenso de miedo al abandono.

Como menciona Lemos y Londoño (2006) la particularidad de la dependencia emocional, son las exigencias afectivas hacia el otro, donde prevalece la sumisión, idealización de la pareja, baja autoestima y la imperiosa necesidad del otro, que lleva a comportamientos excesivos de aferramiento y alto temor a la soledad.

Además, Caballo (2009) menciona que la dependencia emocional, es una interacción inestable, destructiva y marcada por un fuerte desequilibrio, que, pese al malestar y sufrimiento de la relación general, el dependiente es incapaz de abandonarla, ya que

conducen a la vivencia del síndrome de abstinencia, con intensos deseos de retomar la relación, pensamientos obsesivos, sentimientos de ansiedad y depresión, los cuales desaparecen de forma inmediata en caso de reanudarse la relación o establecer una nueva, que sustituya a la anterior.

4.2.2. Factores causales

Castello (2005) a través de sus intentos de explicar la etiología de la dependencia agrupa a los factores causales en los siguientes:

4.2.2.1. Carencias afectivas y relaciones insatisfactorias en fases tempranas de la vida.

La gravedad de la dependencia emocional guardara relación con la magnitud de las carencias vividas en la infancia, en los dependientes emocionales, las experiencias interpersonales configuradoras de aspectos básicos de su personalidad, han sido lo suficientemente adversas ya que la vinculación afectiva se da principalmente con personas poco amorosas y hostiles, produciendo consecuencias en la formación de esquemas y pautas disfuncionales de sí mismo y lo demás (Valle y Moral, 2018). Si muchas estas experiencias son adversas, podemos desarrollar pautas de interacción con los otros que sean disfuncionales y desadaptativos. Entrando entonces en el terreno de la dependencia emocional (Castello, 2005).

4.2.2.2. Factores biológicos.

Se piensa que la mera pertenencia al sexo femenino condiciona a una mayor vinculación afectiva, ya que se supone que las mujeres mantendrán su relación afectiva con los demás a pesar de estar padeciendo carencias afectivas, además de este factor, se creó que el temperamento y la dotación genética también desempeñan un papel relevante en la

formación de dependencia emocional; determinando también, que los factores biológicos propios del estado de ánimo, especialmente los del espectro ansioso-depresivo, son las comorbilidades más frecuentes de la dependencia emocional (Castello, 2005).

4.2.2.3. Factores socioculturales.

Las culturas recalcan en mayor o menor medida diferencias entre los géneros, en nuestra cultura occidental al varón se le asigna un rol más individualista, con un cierto desarraigo afectivo; mientras que a la mujer se le otorga un papel más comprensivo, moderado con mayor tendencia a la empatía y al cuidado; creando culturas machistas donde lo normal será que la mujer se someta incondicionalmente a la pareja y que ocupe un papel absolutamente secundario, incluso agrediéndola físicamente si lo considera oportuno (Castello, 2005).

4.2.3. Características de la dependencia emocional

4.2.3.1. Distorsiones cognitivas.

Se asume que todos los seres humanos manifiestan claras evidencias de algunas de las principales irracionalidades humanas, que se encuentran en la mayor parte de los grupos sociales y culturales estudiados histórica y antropológicamente (Gabalda, 2007).

Un estudio realizado por Lemos, Londoño y Zapata, (2007) manifiesta que de todas las distorsiones cognitivas que refuerzan los esquemas de dependencia emocional, dos muestran una mayor influencia: los debería y la falacia de control, que generan un procesamiento de la información con estándares elevados e inflexibles de las situaciones, donde cualquier desviación de estas normas se considera insoportable, repercutiendo en la estabilidad emocional de las personas y en la calidad de la relación con los demás.

Las personas que presentan dependencia emocional presentan características específicas en el área de las relaciones interpersonales en la que se establecen reglas para la exclusividad o el control de la pareja y de sus relaciones (Echeburúa et al. 2010) que reafirman el amor de su pareja y que calme la sensación de inseguridad (Lemos & Londoño, 2006).

Izquierdo & Gómez (2008) manifiestan que a partir de estas distorsiones cognitivas puede comprenderse la existencia de juegos de poder en las relaciones explicando el por qué las personas emocionalmente dependientes asumen la culpa ante situaciones dolorosas dentro de las relaciones, de las que no son responsables ya que de esta manera controlan la situación: si ellas cambian, el dolor desaparecerá.

4.2.3.2. Autoestima.

Como menciona Laguna (2017) la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos adquirido a lo largo de durante nuestra vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Según los hallazgos de Castello (2006) la autoestima y autoconcepto en dependientes emocionales son muy bajo; no creen merecer el cariño de sus parejas, ya que generalmente tampoco lo sienten por sí mismos; lo cual es un rasgo representativo de los dependientes, así como también existe una disminución del autoconcepto que limita el desarrollo de habilidades, de confianza y seguridad.

4.2.3.3. Estilos de afrontamiento.

Como explican Aguilera y Llerena (2015) los sujetos dependientes presentan una personalidad sumisa, por lo tanto, la mayoría de las decisiones son tomadas por su pareja, siendo esta quien enfrenta la situación, mientras que el dependiente la evita; se entiende entonces que la personalidad del sujeto dependiente emplea estrategias de afrontamiento pasivas como: evitación cognitiva, negación del problema y autocrítica constante.

4.2.3.4. Estado de ánimo.

Las manifestaciones del estado de ánimo más frecuentes en personas dependientes emocionalmente son las de tipo ansioso-depresivas, ya que suelen mostrarse tristes y preocupados, con ánimo disfórico y tendencia a las rumiaciones sobre posibles abandonos sobre el futuro de la relación, el miedo a la soledad y qué podrían hacer para mitigarlo, etc. Las comorbilidades más frecuentes son, por tanto, con trastornos depresivos y ansiosos, y hay que considerar la posibilidad de antecedentes de trastornos de la alimentación como la anorexia o la bulimia (Castello, 2005).

Lemos y Londoño (2006) elaboran un constructo del perfil cognitivo y distintivo característico de las personas con dependencia emocional, en función de las concepciones que la persona tiene de sí mismo y de los otros, entre ellas encontramos:

4.2.3.5. Ansiedad de separación.

Es el estado de ansiedad determinado por el impacto emocional que desencadena la posibilidad de la ruptura amorosa o distanciamiento temporal, que a la vez refuerza las características de la dependencia, ya que se infravalora la necesidad del otro para vivir feliz con calma y un miedo constante a la soledad (Lemos y Londoño, 2006).

4.2.3.6. Expresión afectiva.

Es aquella necesidad del sujeto de recibir constantes manifestaciones de afecto por parte de su pareja que confirmen el sentimiento de ser amado y que calme la sensación de inseguridad (Lemos y Londoño, 2006).

4.2.3.7. Modificación de planes.

Se refiere al cambio de planes o decisiones que los dependientes realizan con la finalidad de satisfacer a su pareja o a la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con ella, dejando de lado y olvidando aspectos relevantes de su vida (Lemos y Londoño, 2006).

4.2.3.8. Miedo a la soledad.

En este componente se identifica el miedo irracional que presentan el dependiente a estar solo, a no tener pareja o de sentir que no es amado, ya que necesitan constantemente su compañía para sentirse equilibrado y seguro, de tal forma que la soledad es vista como algo aterrador que debe ser evitado a toda costa (Lemos y Londoño, 2006).

4.2.3.9. Expresión límite.

La posible separación amorosa en el dependiente emocional es vista como algo catastrófico, como una pérdida del sentido de la vida, que conlleva a la realización de comportamientos impulsivos de autolesiones, que ampliamente podrían relacionarse con las características de la persona con un trastorno límite de la personalidad (Lemos y Londoño, 2006).

4.2.3.10. Búsqueda de atención.

Las personas emocionalmente dependientes consideran que a través de la búsqueda activa de atención de la pareja se puede mantener permanentemente la relación, además

dicho comportamiento se expresa como una necesidad psicológica de ser el centro en la vida de éste(a) (Castello, 2005).

4.2.4. Dependencia emocional dominante

Castello (2006) identifica una forma atípica de dependencia emocional, siendo definida como dependencia dominante, coexistiendo aquí tanto la necesidad afectiva propia de la forma estándar, como una intensa agresividad hacia la pareja. Caracterizándose por tener relaciones de dominación en lugar de sumisión, sin por ello dejar de sentir dependencia hacia su pareja, estableciendo relaciones de pareja desde una perspectiva superior, de dominio, y utilizan a su pareja para satisfacer sus sentimientos ambivalentes, atacando, controlando, dominando o incluso humillando a su pareja. Este comportamiento refuerza su autoestima porque con el mismo, niegan así su otro sentimiento fundamental, la dependencia.

4.2.5. Consecuencias

4.2.5.1. Dependencia emocional y maltrato.

A pesar de que la violencia de pareja sea un fenómeno muy investigado en la actualidad, es difícil agrupar en un mismo patrón a la cantidad de personas que sufren de malos tratos, estas pueden ser personas que han mantenido relaciones con sujetos extraordinariamente agresivos o posesivos y no por ello sentirse atraídos hacia este tipo de individuos. Una vez que comienza la dinámica de agresiones y humillaciones, posiblemente les resulte difícil salir de ella tanto por su propia situación como por las amenazas de su pareja (Castello, 2006).

Con esta explicación se comprende que no es posible englobar en un mismo patrón de maltrato a todas las víctimas y agresores de violencia de pareja. Ya que existe un

determinado grupo de individuos que a pesar de recibir malos tratos no denuncia a sus agresores, afirman querer a sus parejas a pesar del daño causado por estas, manteniéndose así en la dinámica de maltrato; y aún peor, si se da la ruptura de la relación, las víctimas intentarían desesperadamente retomarla o bien iniciar una nueva relación de similares características (Pérez, 2011).

4.2.5.2. Violencia de género.

Para comprender un poco más sobre la dinámica de dependencia y maltrato, mencionaremos algunas teorías psicológicas sobre estos puntos de acuerdo con diferentes autores.

La teoría de la unión traumática de Aiquipa (2015) denominada así porque la víctima tiene emociones positivas hacia el maltratador, lo que genera una relación de poder entre ambos donde la víctima necesita al agresor, este ciclo de dependencia se repite y crea una relación afectiva fuerte, además, se cree que las mujeres maltratadas vuelven a la relación porque en el periodo de separación se reduce el miedo inicial, el maltratador se muestra arrepentido y afectuoso, dando lugar a la manifestación de dependencia emocional.

La teoría psicológica denominada como “la trampa psicológica” explica que las personas maltratadas se sienten obligadas a justificar el esfuerzo, el tiempo y otros recursos que han invertido en la relación, continuando así en la interacción inestable atribuyendo gran importancia a la “inversión inicial” (Strube, 1988, citado en Valle, 2018).

Por último, González y Leal (2016) establecen la teoría de los “costos y beneficios”, en la cual las mujeres maltratadas valoran la opción de terminar la relación, en ocasiones no la terminan, ya que consideran no tener otra opción y el hecho que miren al sujeto como su único salvador que suple sus necesidades afectivas por lo que no pueden dejarlo.

4.2.6. Dependencia emocional y depresión

Al analizar estudios de Rodriguez y Suarez (2012) sobre inteligencia emocional, se revela que se encuentra ampliamente asociada al bienestar psicológico, a una menor manifestación de sintomatología depresiva y ansiosa, menor tendencia al menor estrés; de esta forma esta inteligencia cumple con un papel protector ante conductas problemáticas como violencia, impulsividad y desajuste emocional, contra conductas de riesgo para la salud e incluso ante fenómenos como el suicidio.

En tanto que investigaciones de Anguita (2009) indican que aquellas personas con dependencia emocional muestran indicadores bajos de inteligencia emocional, un estado físico y emocional de malestar; además de una tendencia mucho mayor a padecer sintomatología ansioso-depresiva, así como con enfermedades física y síntomas somáticos. De esta forma se establece a la dependencia emocional como un factor de aparición y de mantenimiento de manifestaciones del espectro depresivo que se corrobora con el análisis comparativo de Castillo (2016) donde se encontró en mujeres víctimas de violencia una correlación altamente significativa bidireccional entre la dependencia emocional y la presentación de mayores niveles de depresión. Determinado de la misma forma que, una persona que frecuentemente tiene nerviosismo, tristeza, decaimiento o preocupaciones, presentará graves problemas para recuperar su autoestima, por lo tanto, las circunstancias anímicas propias de estados ansioso-depresivos contribuirán tanto a la baja autoestima como a la persistencia de la dependencia emocional (Castello, 2005).

4.3. Violencia de Pareja

4.3.1. Antecedentes y definición

Los comportamientos violentos son tan antiguos como la historia en el mundo, siendo un fenómeno universal ya que no existe algún país o región que se excluya de la misma (PNDU, 2013). Estudios realizados por la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2018) establecen que la violencia es tanto una amenaza a nivel social como a nivel físico ya que produce secuelas en la salud, bienestar y el cumplimiento de los derechos humanos, perjudicando el desarrollo de una adecuada calidad de vida de estas personas.

El Código Integral Penal [COIP] alude a la violencia, como todo acto que da lugar a daños físicos, psicológicos o sexuales producido en la mayoría de las ocasiones por miembro familiar en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar (COIP, 2014).

Camacho (2014) menciona en un análisis de una encuesta nacional de violencia de género, que las acciones violentas son el resultado de una relación de dominio de poder del hombre sobre la mujer, así como de discriminación, generando en ellas lesiones o daños físicos, sexuales o psicológicos, produciéndose en el hogar o fuera de él.

La OMS (2005) determina que el problema de las acciones violentas es que a pesar de que se conoce sus consecuencias, es un fenómeno tan habitual y que en la mayoría de las ocasiones es tomada como “normal” y justificada por las víctimas y sociedades. Sin llegar a reconocer este fenómeno como lo que es, una violación del derecho a la identidad, que producen un ambiente de desprotección, que no solo es producida por la pareja y la familia sino también del estado.

4.3.2. Formas de violencia de pareja

El COIP (2014) y Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua & Zubizarreta (2001) distinguen las siguientes formas de violencia:

4.3.2.1. Violencia física.

Violencia que es ejercida mediante el uso de la fuerza física, algún objeto o arma, que dan lugar a dolencias internas, externos o ambas, incluso considerando al castigo no severo que se produce en múltiples ocasiones y que generan una lesión corporal en la persona.

4.3.2.2. Violencia psicológica.

Acciones que tienen como consecuencias en la víctima un deterioro del autoconcepto o valía y que disminuyen el desarrollo óptimo de la persona, acciones caracterizadas por el desprecio, tratos humillantes, insultos, ridiculización, manipulación, chantaje, explotación y privación de medios económicos, en general todas aquellas conductas que crean deterioro en las acciones de otras personas o que generen un detrimento en la salud de tipo psicología, e integridad personal.

4.3.2.3. Violencia sexual.

Acción a través de la cual se fuerza a otro a mantener contacto sexualizado, físico o verbal mediante el uso de la fuerza, intimidación, chantaje o mecanismo que bloqueen la decisión de dicho contacto sexual, así mismo se considera como violencia, al obligar al acto sexual con otras personas, producida en cualquier territorio, incluso el lugar de trabajo o el hogar.

4.3.2.4. Violencia patrimonial.

Conductas o limitaciones que generan daño en objetos o recursos de tipo económicos definidos para la sustentación de las necesidades básicas de las personas (De las Heras & Ruiz, 2001).

4.3.3. Ciclo de la violencia de pareja

Morabes (2014); Cuervo & Martínez (2013) indican las fases por la que atraviesan las víctimas de violencia de pareja, instaurando una dinámica establecida de maltrato:

4.3.3.1. Fase de tensión o acumulación.

Acciones o situaciones minúsculas que pueden durar días, meses o años, produciendo en la víctima formas de inhibición o evitación con la finalidad de impedir las discusiones, o situaciones que provoquen a su agresor, y en muchos casos reduciendo el impacto del abuso, en tanto la violencia aumenta en el agresor a través de amenazas y humillaciones (Morabes, 2014).

4.3.3.2. Fase del incidente agudo de agresión.

Es el acto violento en su máxima expresión o la explosión del acumulo de tensiones acarreadas en la fase anterior, en la cual el agresor ejerce violencia directa sobre su víctima, que inducen a un daño de tipo físico o mental, y que el agresor alude por contextos provocados, con la posterior justificación del acto, recayendo la culpa sobre la pareja. Seguidamente la víctima puede emplear el papel defensivo ante el agresor o de subordinación (Morabes, 2014; Cuervo & Martínez, 2013).

4.3.3.3. Fase de arrepentimiento y reconciliación.

Son todas aquellas actitudes que realiza el agresor que muestran un aparente arrepentimiento por la agresión cometida además de las promesas de un cambio en la

relación y trato que generalmente no se cumplen, ya que las situaciones se replican. Posteriormente se produce la reconciliación, proceso en el cual la víctima asume que su agresor reconsideró y analizó la situación, pasando las agresiones por alto y en algunos casos aceptando y responsabilizándose por el acto de violencia; seguido de la aceptación, en la cual la víctima analiza la situación como un proceso por el cual se puede solucionar los problemas o conflictos. Repitiendo el ciclo de la violencia, considerándose como un fenómeno normal en la relación (Morabes, 2014; Cuervo & Martínez, 2013).

Los autores también coinciden en una categoría excepcional, en relación con la posibilidad de romper con el ciclo de la violencia, que se produce cuando la víctima denota que la dinámica de la relación fue previamente establecida y que la violencia se mantendrá a través del tiempo.

4.3.4. Factores causales de la violencia de pareja

4.3.4.1. Factores socioculturales.

Los estudios de Puente, Ubillos, Echeburúa & Páez (2016) y Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa & Del Corral (2007) muestran que, mujeres víctimas de violencia aceptan y conviven en relaciones de pareja que las agreden debido a situaciones de dependencia económica, ausencia de soporte social o familiar o la presencia de hijos pequeños. Así mismo agrupa a elementos socio-ecológicos como: la falta de educación, la falta de autonomía, haber sido víctima y testigo de agresiones en la infancia, consumo de sustancias, depresión y temor (Echeburúa, Amor & De Corral, 2002).

4.3.4.2. Factores individuales y psicológicos de las víctimas.

Echeburúa et al. (2002) en su estudio revela que las víctimas que conviven con el agresor presentan una disminución de su autoestima, mayores sentimientos de culpa y

menores niveles de asertividad o estrategias de afrontamiento en la resolución de conflictos, que llevan consigo a mayores dificultades en las relaciones interpersonales, así como una mayor tendencia a la evitación, a la dependencia emocional y disonancias cognitivas.

4.3.4.3. Factores individuales del agresor.

En el estudio de Aliaga & Huaman (2015) indican que los agresores en la mitad de los casos, presentan antecedentes de desórdenes psicológicos, principalmente abuso de alcohol, drogas, síntomas ansioso-depresivos y celopatía, siendo relevante que más de un tercio experimentaron violencia en el entorno familiar cuando eran pequeños y otra parte de los victimarios se mostraban agresivos tanto dentro de la relación, como fuera de ella. La evaluación reveló una elevada ansiedad situacional e inadaptación global a la vida cotidiana. Con rasgos de personalidad irascibles más altas que la población promedio, y su capacidad empática es más baja. La investigación de Loinaz, Echeburúa & Ullate (2012) en agresores indican también un estilo afectivo caracterizado por menor empatía, autoestima más baja y estilos de apego problemáticos, como el inseguro o el ansioso.

4.3.5. Consecuencias de la violencia de pareja en mujeres

4.3.5.1. Consecuencias psicopatológicas.

En la investigación de Amor, Echeburúa, Corral, Zubbizarreta & Sarasua (2001) desde una perspectiva psicopatológica, se establece que más de un tercio de todas las víctimas evaluadas presentan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la presencia de agresiones sexuales se relaciona con un mayor nivel de gravedad de síntomas del TEPT.

Sarasua, et al. (2007) de la misma forma en su estudio muestra que una de las consecuencias generadas a partir de la violencia de pareja es el malestar emocional en la

víctima, ya que se muestran fases elevadas de depresión. En este caso la depresión se relaciona con sentimientos de confusión, vergüenza, o de culpa y de desconfianza en sus propias habilidades, teniendo una perspectiva catastrófica del futuro haciendo probable la aparición de ideas o de intentos de suicidio (Amor et al. 2001).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de enfoque

El presente proyecto se realizó utilizando un enfoque cuali-cuantitativo integrando sistemáticamente estos métodos, a través de la recolección de datos cuantificables y su posterior análisis estadístico, así como la interpretación de resultados adaptándose a las necesidades y circunstancias de la investigación.

Tipo de diseño

El estudio empleó un diseño prospectivo con corte transversal, dado que se ejecutó en un periodo de tiempo único, de acuerdo al alcance de los resultados la investigación es descriptiva-correlacional, ya que inicialmente se caracterizó de forma independiente las variables de estudio para luego establecer el grado de correlación entre las mismas.

Modalidad de la investigación

Se realizó investigación de campo, acudiendo a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora Loja, en donde se utilizaron reactivos psicológicos para la obtención de los datos.

Unidad de estudio

Sala de Primera Acogida de víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja (HIAL).

Universo y muestra

El universo estuvo conformado por mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Hospital

Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante los meses marzo, abril y mayo, dando como resultado una muestra total de 70 participantes. Para la investigación, la muestra fue elegida por muestreo no probabilístico por conveniencia, según los criterios de selección del estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.
- Mujeres en edades comprendidas entre 18 y 50 años.
- Mujeres que han firmado el consentimiento informado entregado.

Criterios de exclusión

- Hombres víctimas de violencia de pareja que acuden la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.
- Mujeres que no acepten el consentimiento informado o no deseen participar de la investigación

Criterio de salida

- Mujeres víctimas de violencia de pareja que no deseen continuar con la investigación

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de información fue necesario el uso de las siguientes técnicas e instrumentos:

Consentimiento informado. Con el propósito de cumplir con los criterios éticos, el consentimiento informado certificó la expresión voluntaria de participar en el estudio, después de que las participantes han comprendido los objetivos de la investigación, las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Las personas eligieron participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, actuando con absoluta responsabilidad y respeto a la confidencialidad de las pacientes.

Historial psicológico y psiquiátrico. Se revisó minuciosamente el historial psicológico y psiquiátrico de las pacientes, a través del cual se identificó a las pacientes femeninas víctimas de violencia de pareja que presentaban diagnóstico de episodio depresivo, realizado en la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.

Ficha sociodemográfica. Cuestionario diseñado por la investigadora a través del cual se registró información sobre datos económicos, sociodemográficos, características personales y familiares y nivel de educación de cada una de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.

Inventario de Depresión de Beck II. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos.

Fiabilidad. Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test

oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos 13,14,26-28 con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

Calificación. El cuestionario consta de 21 ítems que se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad, es un cuestionario autoaplicable que evalúa en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 63 puntos. Las categorías de evaluación son las siguientes: Mínima 0-13, Leve 14-19, Moderada 20-28, Grave 29-63.

Escala de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, 2006. Este cuestionario fue diseñado para medir la dependencia emocional en hombres y mujeres de 16 a 55 años de edad, en población colombiana. El cuestionario está conformado por 23 ítems y 6 factores, los cuales son: Ansiedad de separación, Expresión afectiva de la pareja, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite y Búsqueda de atención.

Confiabilidad. El alfa total de la escala fue de 0.95. Al realizar el análisis de confiabilidad de las sub-escalas se encontraron alfas aceptables para las sub-escalas concepto de sí mismo, amenazas y estrategias interpersonales. Sin embargo, en todas se

señalaron ítems que debían ser eliminados para aumentar la confiabilidad. La sub-escala concepto de otros tuvo un alfa muy bajo ($\alpha = 0.437$), que llevó a que se considerara pertinente pensar en eliminar esta sub-escala completamente. Las alfas finales para las sub-escalas fueron concepto de sí mismo 0.809, amenazas 0.903, y estrategias interpersonales 0.878.

Calificación. Cada ítem es valorado en una escala de Likert de seis puntos, que va desde uno (Completamente falso de mi) hasta seis (Me describe completamente). El puntaje se divide en tres categorías, de la siguiente manera: No dependencia (< 46), Tendencia a la dependencia (de 47 a 60) y Dependencia emocional (> 60). Además de los 6 factores que evalúa, los cuales son: Ansiedad de separación (2, 6, 7, 8, 13, 15, 17), Expresión afectiva de la pareja (5, 11, 12, 14), Modificación de planes (16, 21, 22, 23), Miedo a la soledad (1, 18, 19), Expresión límite (9, 10, 20) y Búsqueda de atención (3, 4).

Procedimiento

La investigación se ejecutó en a través de las siguientes fases para la obtención de cada uno de los objetivos anteriormente planteados.

Primera etapa. En primera instancia, se visitó la institución corroborando la existencia de la problemática en la Sala de Primera Acogida contra la Violencia Intrafamiliar del HIAL. Seguidamente se procedió a la elaboración de los correspondientes oficios y la respectiva autorización dirigida a la autoridad competente del Hospital Isidro Ayora de Loja, para la ejecución de la investigación.

Segunda etapa. Se determinó el lugar y el horario de la evaluación según la disponibilidad asignada de los funcionarios; seguidamente verificando que las participantes de la investigación cumplan con los criterios de inclusión se realizó la recolección de datos

e información diagnóstica, correspondiente a episodios depresivos a través del historial psicológico y psiquiátrico el cual fue verificado por el profesional a cargo de la Sala de Primera Acogida. Seguidamente se procedió a la aplicación de los instrumentos psicológicos previamente seleccionados. La aplicación de técnicas e instrumentos se llevó a cabo de forma personal, respondiendo los formularios y respetando con ello el anonimato de las participantes y confidencialidad de los datos.

Con los datos obtenidos se procedió a la organización y análisis de los resultados mismos que a través de un proceso de síntesis e interpretación permitieron la elaboración de la discusión, la corroboración de los objetivos y contestación a la pregunta de investigación, así como la elaboración de conclusiones y recomendaciones según los resultados arrojados.

Tercera etapa. Finalmente se elaboró la propuesta de intervención psicoterapéutica enfocada a la mejora del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida, con la finalidad de reducir la sintomatología depresiva y dependencia emocional.

Análisis de datos

El procesamiento estadístico de los datos obtenidos a través de los reactivos psicológicos, se llevaron a cabo a través del software estadístico SPSS versión 25. Inicialmente se realizó el análisis de confiabilidad de los reactivos psicológicos: Inventario de Depresión de Beck II y Escala de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, a través del método de consistencia interna usando el coeficiente Alfa de Cronbach determinando con ello un alto índice de confiabilidad de las pruebas, con valores equivalentes a 0,898 y 0,937 respectivamente.

Seguidamente se procedió al análisis cuantitativo, incluyendo estadísticos descriptivos de la muestra a través de las medidas de prevalencia de los Niveles de Depresión y la Dependencia Emocional en las mujeres evaluadas, mediante tablas de frecuencia.

Posteriormente, para verificar la distribución de los datos, se empleó la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, que determinó una distribución normal de las variables. De esta forma, conociendo la distribución de la muestra y el tipo de variables utilizadas, se determinó la utilización de la prueba de correlación Spearman; datos que se encuentran en los capítulos correspondientes a Resultados y Conclusiones.

6. RESULTADOS

Descripción General de la población investigada

Tabla 1

Descripción de las Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida

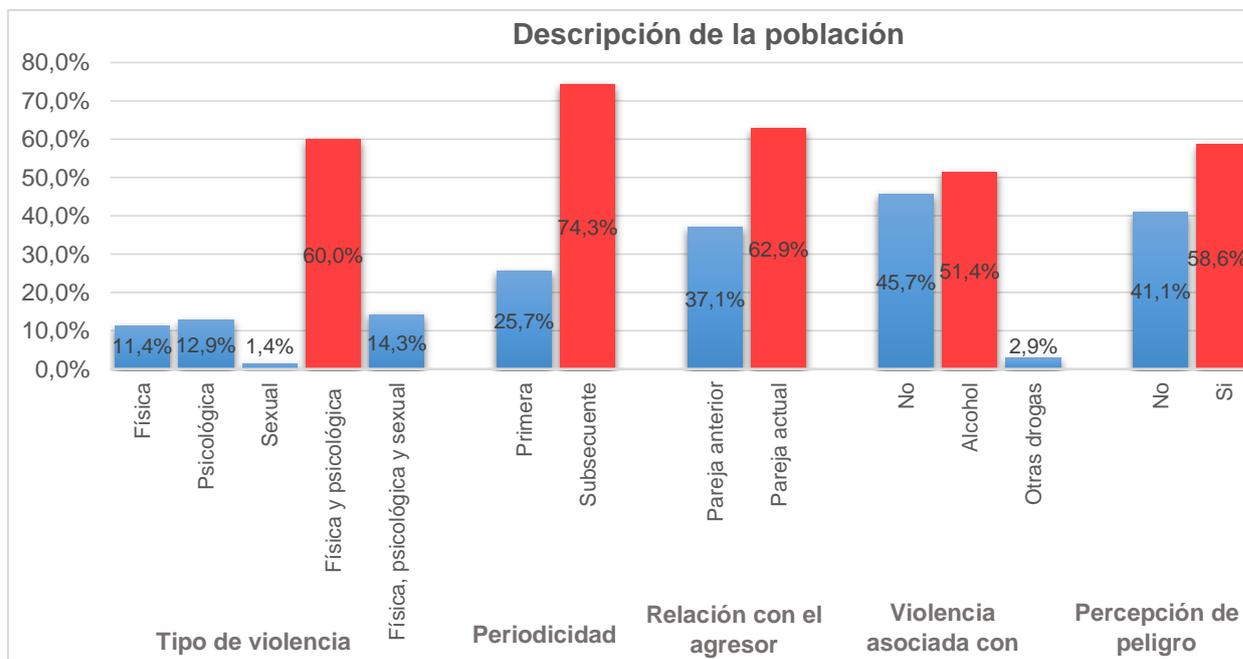
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de violencia		
Física	8	11,4 %
Psicológica	9	12,9 %
Sexual	1	1,4 %
Física y psicológica	42	60,0 %
Física, psicológica y sexual	10	14,3 %
Periodicidad		
Primera	18	25,7 %
Subsecuente	52	74,3 %
Relación con el agresor		
Pareja actual	44	62,9
Pareja anterior	26	37,1
Asociada con sustancias		
No	32	45,7 %
Alcohol	36	51,4 %
Otras drogas	2	2,9 %
Percepción de vida en peligro durante las agresiones		
Si	41	58,6 %
No	29	41,1 %

Fuente. Ficha de Violencia aplicada a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Gráfico 1

Descripción de las Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida



Fuente. Ficha de Violencia aplicada a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 1, correspondiente a la descripción de la población se observa que el 60 %, es decir, la mayor parte de las mujeres evaluadas han sido víctimas de una combinación de violencia de tipo física y psicológica simultáneamente, por parte de su pareja; además, en el 74,3 % de la población las agresiones han sido subsecuentes, es decir se han presentado en más de una ocasión. Respecto a la relación que las mujeres evaluadas mantienen con el agresor se evidencia que en el 62,9 % el agresor es su pareja actual. Por otra parte, en el 51,4 % de la población las agresiones han sido asociadas durante el consumo de alcohol por parte del agresor. Finalmente, como un dato significativo de la muestra se puede apreciar que el 58,6 % de las mujeres víctimas de violencia de pareja percibieron que su vida estaba en peligro debido a dichas agresiones.

En cumplimiento al Primer Objetivo

Identificar los niveles de depresión prevalentes en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.

Tabla 2

Prevalencia de Niveles de Depresión en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida

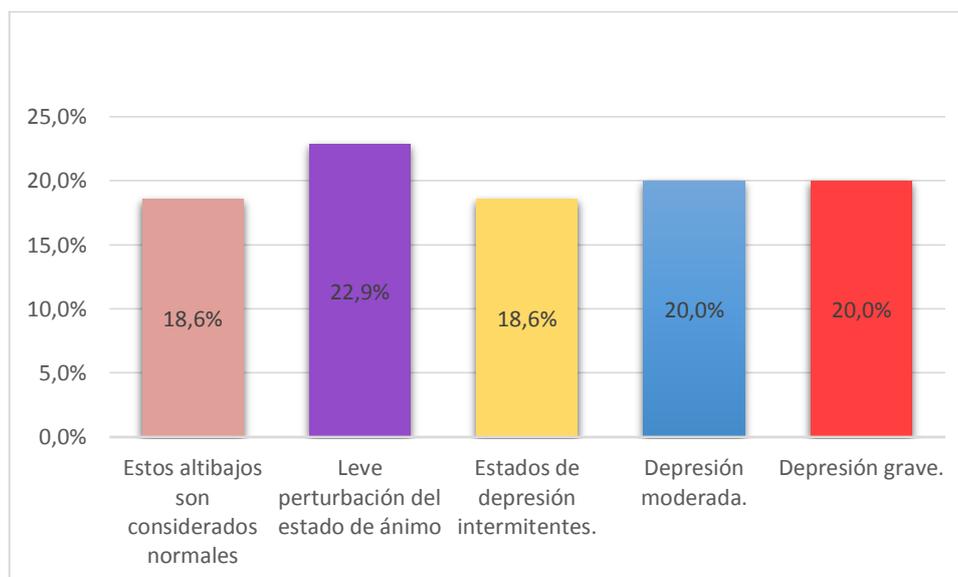
Niveles de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Estos altibajos son considerados normales	13	18,6
Leve perturbación del estado de ánimo	16	22,9
Estados de depresión intermitentes.	13	18,6
Depresión moderada.	14	20,0
Depresión grave.	14	20,0
Total	70	100,00

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Gráfico 2

Prevalencia de Niveles de Depresión en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida



Fuente. Inventario de Depresión de Beck II, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 2, en relación a las mujeres víctimas de violencia evaluadas, se puede apreciar que el 22,9 % o la muestra mayoritaria de la población presenta una leve perturbación del estado de ánimo. Seguido de valores equivalentes al 20,0 %, que revelan depresión en los niveles moderado y grave respectivamente. Finalmente, en menor proporción, con un porcentaje del 18,6 % la población indica estados de depresión intermitentes al igual que estados anímicos considerados como normales respectivamente.

En cumplimiento al Segundo Objetivo

Evaluar la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida (evaluación general).

Tabla 3

Resultados Generales de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida

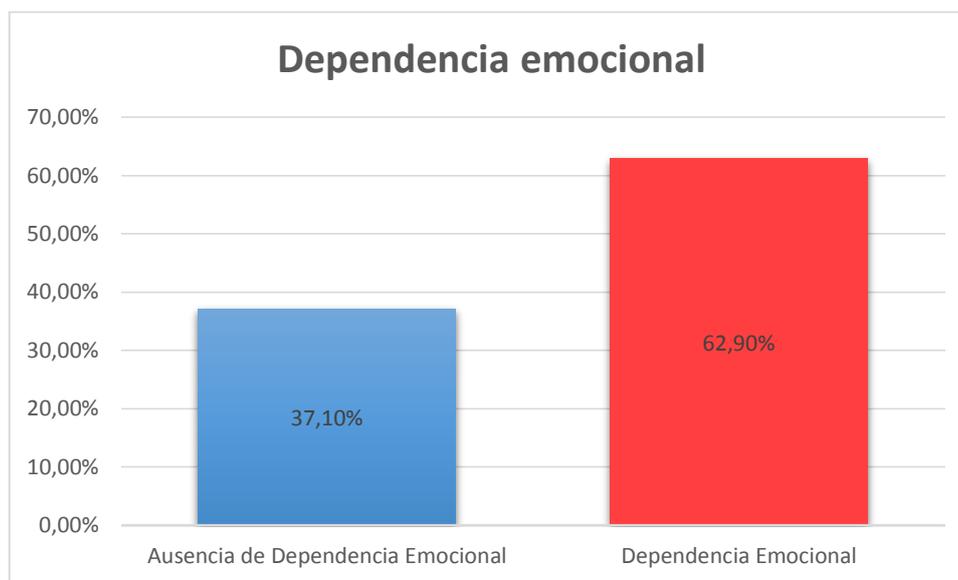
Niveles de Dependencia Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de Dependencia Emocional	26	37,1
Dependencia Emocional	44	62,9
Total	70	100,00

Fuente. Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Gráfico 3

Resultados Generales de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida



Fuente. Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Análisis e interpretación:

Los resultados expuestos en la Tabla 3 manifiestan que la muestra más significativa de la población corresponde al 62,9 % de las mujeres encuestadas quienes presentan vínculos denominados como dependientes en sus relaciones afectivas; en comparación con el 37,1 % que refleja una ausencia de dependencia emocional hacia su pareja.

En cumplimiento al Segundo Objetivo

Evaluar la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida (evaluación por escalas).

Tabla 4

Escalas de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida

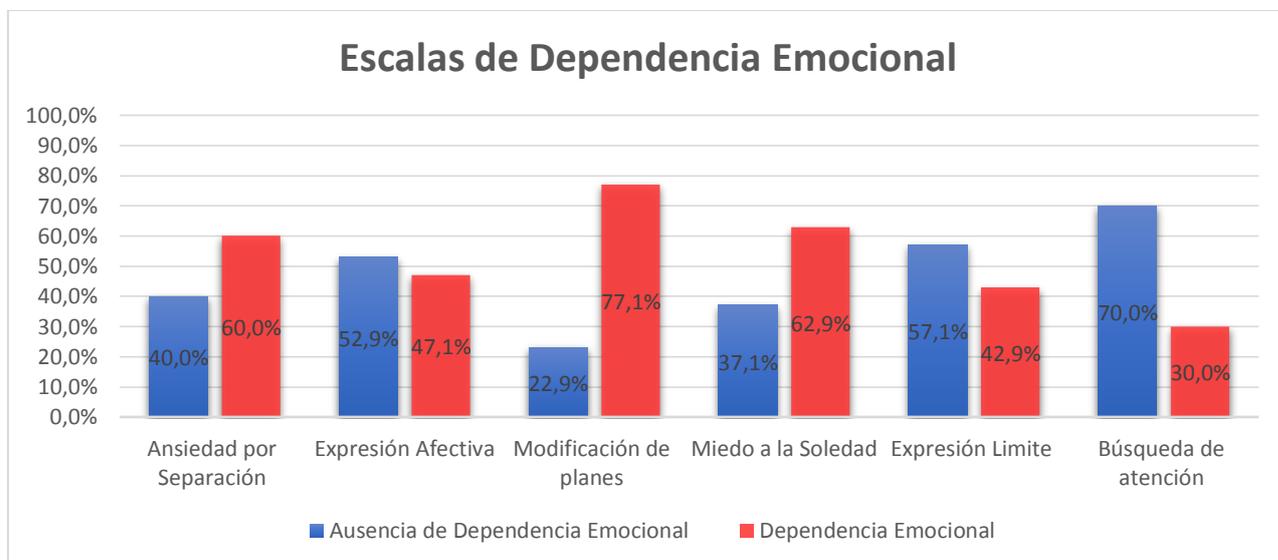
		Escalas de Dependencia Emocional											
		Ansiedad por Separación		Expresión Afectiva		Modificación de planes		Miedo a la Soledad		Expresión Limite		Búsqueda de atención	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Niveles de Dependencia Emocional	Ausencia de Dependencia Emocional	28	40,0	37	52,9	16	22,9	26	37,1	40	57,1	49	70,0
	Dependencia Emocional	42	60,0	33	47,1	54	77,1	44	62,9	30	42,9	21	30,0
	Total	70	100	70	100	70	100	70	100	70	100	70	100

Fuente. Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Gráfico 4

Escalas de Dependencia Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida



Fuente. Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas.

Análisis e interpretación:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Tabla 4, en relación a las escalas de dependencia emocional se observa que, al evaluar cada escala en comparación con la población total, la escala predominante es “Modificación de Planes” con un 77.1 %; seguido de la escala “Miedo a la Soledad” con el 62.9 % y de la escala “Ansiedad por Separación” con el 60,0 %. En menor proporción se evidencia la presencia de dependencia emocional en las escalas “Expresión Afectiva” con un 47,1 %, “Expresión Limite” con el 42,9 % y siendo la escala menos prevalente “Búsqueda de Atención” con un 30,0 %.

En cumplimiento al Tercer Objetivo

Establecer la relación entre los niveles de depresión y dependencia emocional en víctimas acuden a la Sala de Primera Acogida.

Tabla 5

Relación entre Niveles de Depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia acuden a la Sala de Primera Acogida

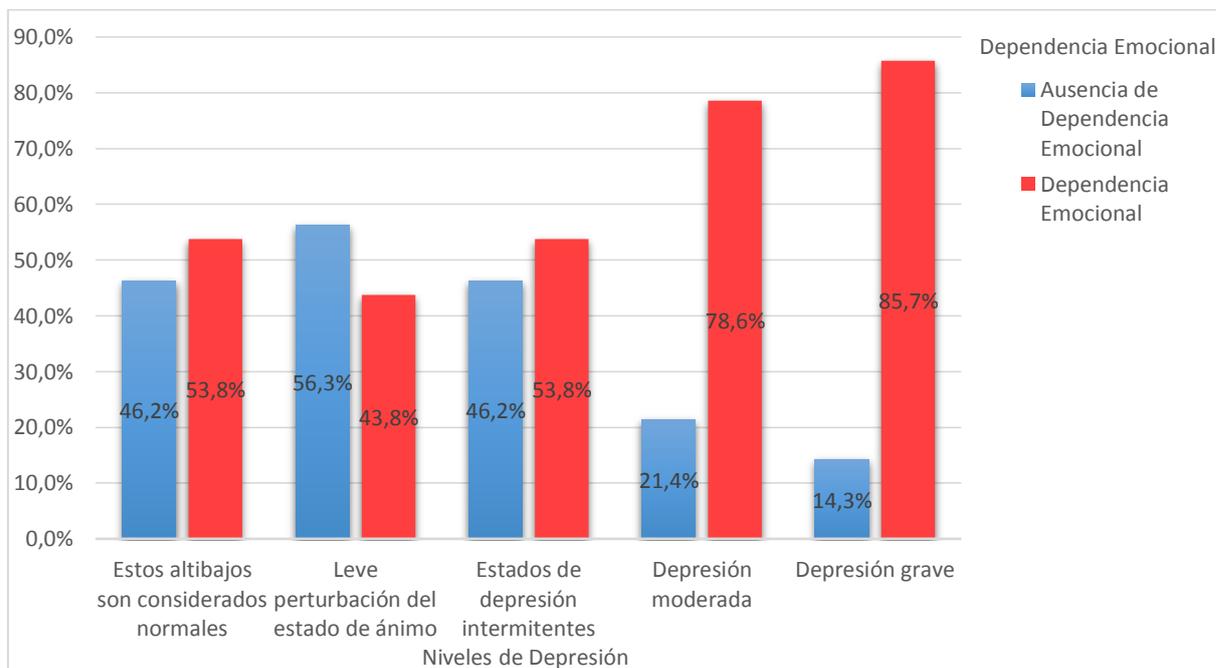
		Dependencia Emocional				Rho	p		
		Ausencia de Dependencia Emocional		Dependencia Emocional				Total	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje			Frecuencia	Porcentaje
Niveles de Depresión	Estos altibajos son considerados normales	6	46,2 %	7	53,8 %	13	100,0 %	,74	,014
	Leve	9	56,3 %	7	43,8 %	16	100,0 %		
	Leve perturbación del estado de ánimo	6	46,2 %	7	53,8 %	13	100,0 %		
	Estados de depresión intermitentes	3	21,4 %	11	78,6 %	14	100,0 %		
	Depresión moderada	2	14,3 %	12	85,7 %	14	100,0 %		
Total	Depresión grave	26	37,1 %	44	62,9 %	70	100,0 %		

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicada a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas

Gráfico 5

Relación entre Niveles de Depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia acuden a la Sala de Primera Acogida



Fuente. Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, aplicada a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración. María Soledad Carrión Rojas

Análisis e interpretación:

En la Tabla 5, según los niveles de depresión relacionados con las categorías de dependencia emocional; se puede apreciar que de las mujeres víctimas de violencia de pareja evaluadas que presentan depresión grave, el 85,7 % se encuentran en el nivel más alto de dependencia emocional hacia su pareja. De la muestra de mujeres encuestadas que indican depresión en nivel moderado, el 78,6 % revelan dependencia emocional en las relaciones afectivas. En relación a las mujeres víctimas de violencia que presentan estados de depresión intermitentes, se observa que el 53,8 % mantiene vínculos afectivos dependientes hacia su pareja. Mientras que de la muestra de mujeres evaluadas que presentan una leve perturbación del estado de ánimo, el 56,3 % no mantienen dicha

dependencia emocional; sin embargo, de las mujeres que presentan altibajos considerados como normales el 53,8 % presenta dependencia emocional en la relación con su pareja.

Por lo tanto, podemos observar la correlación de Spearman positiva y fuerte ($Rho = 0,74$) además de ser estadísticamente significativa ($p= 0,014$) sugiriendo una asociación entre las variables estudiadas, es decir que en mujeres víctimas de violencia de pareja mientras existan mayores indicadores de dependencia emocional, los niveles de depresión serán más elevados.

En cumplimiento al Cuarto Objetivo

Realizar una propuesta de intervención terapéutica con la finalidad de promover el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala.

Propuesta de Intervención Terapéutica**Presentación**

La presente propuesta de intervención terapéutica está dirigida a mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja, con la finalidad de brindar una intervención que mejore el estado psicológico de las pacientes, basada en los resultados y las necesidades observadas durante la investigación asociadas a la depresión y a la dependencia emocional; a través de acciones y procedimientos que brinden medidas de protección, atención, contención y acompañamiento a las personas que han atravesado situaciones de violencia de pareja, cuya meta principal estará centrada en una auto-regulación emocional adecuada donde se cultive la capacidad de amar como parte de la salud mental.

Justificación

La finalidad de la propuesta de intervención es el promover el bienestar psicológico y mejorar la calidad de vida de las mujeres que acuden a la Sala de Primera acogida, facilitando experiencias de dominio y de control sobre su propia vida, potenciando los recursos personales y fortaleciendo las capacidades de afrontamiento y competencias, que les permita romper el ciclo de la violencia en el que se encuentran inmersas.

Metodología

El plan de intervención se fundamenta en el modelo Cognitivo-Conductual, línea de tratamiento de diversos trastornos mentales, que permite la modificación de pensamientos, emociones y conductas disfuncionales por otras más adaptativas (Puerta y Padilla, 2011).

Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características psicológicas de las pacientes; estructurado en 15 sesiones individualizadas, distribuidas en 5 fases: encuadre, evaluación, planificación de sesiones, intervención y seguimiento.

Objetivos

Objetivo General

Promover el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja a través de la reducción de la sintomatología depresiva, así como dotar a las pacientes de habilidades y herramientas para autorregulación e independencia emocional.

Objetivos Específicos

- Establecer una alianza terapéutica adecuada que facilite la evaluación de la sintomatología presente.
- Detectar y modificar pensamientos disfuncionales y autocríticos generadores de estados emocionales negativos y comportamientos desadaptados y dependientes.
- Facilitar la utilización de herramientas para identificar, explicar y manejar flexible y adecuadamente las emociones.
- Fomentar la autoaceptación a través de la adquisición de un conocimiento más preciso de sus puntos fuertes y puntos débiles, mejorando con ello la autoestima.

- Promover la autoeficacia y autorregulación emocional desarrollando en la paciente vínculos emocionales más adaptativo y sanos.
- Entrenar en habilidades sociales para optimizar las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales.
- Fortalecer las estrategias de resolución de conflictos, habilidades de afrontamiento y toma de decisiones.

Fases del Plan de Intervención Psicoterapéutico.

La elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico se desarrolla a través de las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Evaluación
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento

Fase 1: Encuadre. Durante las primeras sesiones se busca establecer la alianza paciente-terapeuta, que es uno de los elementos más importantes de la terapia, a través del cual se establece una relación armoniosa, que combina componentes emocionales e intelectuales que permiten a la paciente, percibir al terapeuta como alguien empático y comprensivo. Así mismo, se hará un convenio con la paciente, explicando el tipo de terapia que se va a desarrollar, la duración de la misma definiendo los límites de la terapia, los objetivos que se pretende alcanzar, la confidencialidad del proceso y compromisos por parte del terapeuta y paciente.

Fase 2: Evaluación. Se realiza una evaluación psicología a través de una búsqueda y análisis de la sintomatología principal, factores de riesgo y de protección; y luego de la

aplicación de reactivos, de la observación e historia clínica nos orientamos a un diagnóstico establecido; planificando con ello el proceso terapéutico de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.

Los instrumentos de evaluación empleados en la exploración psicológica inicial y los resultados obtenidos se realizarán a través de los siguientes reactivos:

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI). Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Inventario de Pensamientos Automáticos. El cual brinda la posibilidad de identificar cuáles son los pensamientos más frecuentes que puede tener una persona y cómo estos revelan los tipos de distorsiones presentes en cada individuo.

Escala de Auto estimación de Lucy Reidl- adaptación de J. Mazzei M. misma que permite evaluar el nivel de autoestima y determina la percepción, auto concepto y conceptualización que tienen de sí mismo; este instrumento presenta una lista de 20 frases las cuales abarcan temas de comportamiento, felicidad, aceptación de la realidad y satisfacción.

Fase 3: Planificación de sesiones. Primeramente, se construirá los objetivos a través de las fases anteriores de evaluación, centradas en la reducción de la sintomatología depresiva, a través de la detección y modificación de pensamientos disfuncionales, la regulación de las emociones, el fortalecimiento de la autoestima, la mejora de la autoeficacia; así como también el desarrollo de vínculos emocionales más adaptativos mediante el entrenamiento en la toma de decisiones, la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento y de autocuidado. Seguidamente se analizará con la paciente los objetivos

y técnicas a desarrollar, con la finalidad de que la intervención se acercase más a sus motivaciones, expectativas y necesidades, con ello fomentando la adherencia al tratamiento.

A partir de la cuarta sesión se plantea la realización de tareas para casa, con la finalidad de ir evaluando su progreso. Posteriormente antes de iniciar la siguiente sesión se analiza las tareas con el objetivo de que la paciente identifique los pensamientos erróneos y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

Fase 4: Intervención. Posterior a la planificación por sesiones, se lleva a cabo la propuesta de intervención terapéutica desarrollada, con la finalidad de que mujeres víctimas de violencia de pareja, reciban un tratamiento psicológico-integral oportuno que atienda a sus necesidades, disminuyendo los síntomas depresivos y promoviendo una independencia emocional en las relaciones de pareja, y con ello el bienestar psicológico.

Fase 5: Seguimiento. Finalizada la intervención, se motiva a la participación de sesiones posteriores de intervención, en las que se lleva a cabo contactos esporádicos con el terapeuta, con el objetivo de evaluar los resultados del tratamiento a largo plazo, la utilización de estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, finalizando con ello el proceso de intervención psicoterapéutica. Sin dejar de lado la posibilidad de intervenciones posteriores si el caso lo amerita.

Plan de Intervención Individual

Sesión 1

Tema. Alianza Terapéutica.

Objetivos:

- Establecer la relación terapéutica con la finalidad de construir lazos de confianza, empatía y de confidencialidad entre terapeuta-paciente.
- Explicar y proporcionar información sobre el propósito y pautas de funcionamiento de un plan de intervención psicoterapéutico.
- Establecer acuerdos y compromisos.

Técnicas/actividades.

- Terapia explicativa y proporción de información.

Duración. 30 a 45 minutos.

Procedimiento. Establecer la relación terapéutica a través de las técnicas de aceptación, empatía, autenticidad y confianza mutua, que facilitan el desarrollo de la terapia.

Una vez analizado el compromiso y aceptación de la propuesta terapéutica por parte del paciente, se procederá a fijar límites, explicando los objetivos en los cuales basaremos el tratamiento, así como la metodología y funcionamiento; estableciendo el encuadre del proceso de intervención.

Material utilizado en la sesión.

ACTA DE COMPROMISO

_____ de 20_____

Yo, _____, acepto voluntariamente iniciar mi proceso terapéutico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación.

1. Dado que asisto voluntariamente a psicoterapia para mí, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por los terapeutas.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta asignado.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
4. En caso de no asistir a una sesión previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
5. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
6. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma de la paciente

Sesión 2

Tema. Evaluación de factores clínicos

Objetivos:

- Aplicar la entrevista semiestructurada.
- Determinar factores de riesgo y de protección asociados al cuadro clínico.
- Identificar redes de apoyo vinculados a la paciente.

Técnicas/actividades.

- Entrevista semiestructurada.
- Observación clínica.
- Escucha activa.

Duración. 45 a 60 minutos

Procedimiento. Se procede a realizar la entrevista psicológica semiestructurada, acompañada de la observación clínica y técnicas de escucha activa que promuevan la libre expresión de información y susciten un ambiente de colaboración y participación mutua terapeuta-paciente.

Material utilizado en la sesión.

Historia Psicológica

Sesión 3

Tema. Evaluación de autoconcepto y riesgo suicida

Objetivos:

- Evaluar la posibilidad de ideación o planeación suicida en la paciente.
- Determinar los pensamientos automáticos prevalentes que generan estados emocionales negativos y conductas desadaptativas.
- Valorar la autoestima mediante la aplicación de reactivos psicológicos.

Técnicas/actividades.

- Aplicación de reactivos psicológicos
- Observación clínica

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento. Se realiza la aplicación de las pruebas psicológicas para evaluar la presencia de ideación suicida, pensamientos automáticos más frecuentes que presenta y que se encuentran asociados a la sintomatología clínica, así como también indicadores de la autoestima, factores esenciales en el tratamiento.

Material utilizado en la sesión

- La Escala de Ideación Suicida de Beck
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján
- Escala de Auto estimación de Lucy Reidl

Nota: En caso de existir riesgo de ideación o planeación suicida llevar a cabo inmediatamente la sesión siguiente, encaminada a la intervención del riesgo suicida.

Sesión 4

Tema. Intervención del riesgo suicida

Nota: Aplicar esta sesión en el caso de haber corroborado esta sintomatología en la sesión anterior, de no presentarse, pasar a la siguiente sesión.

Objetivos:

- Activar las medidas de seguridad a través de las redes de apoyo más cercanas.
- Comprometer a la paciente mediante el contrato, a evitar situaciones de riesgo y buscar ayuda en los momentos de mayor ideación suicida.
- Establecer pensamientos y conductas más saludables, que promuevan el deseo por la vida.

Técnicas/actividades.

- Escucha activa
- Análisis Funcional de la conducta
- Árbol de decisiones

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento. Hablar explícitamente sobre la idea de cometer suicidio, mostrando empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. Así mismo, luego de una eficaz alianza terapéutica, se realizará un contrato psicológico donde la paciente ha de especificar que no va a intentar hacerse daño o suicidarse, el compromiso a acudir a la siguiente sesión y que en caso de aparecer pensamientos suicidas con cierta intensidad contacte con las personas especificadas. Seguidamente de la aceptación del consentimiento de la paciente se

informa a personas que pueden funcionar como redes de apoyo, disminuyendo con ello sentimientos de soledad, baja autoestima y dependencia.

Análisis funcional de la conducta. Permite comprender la etiología de la depresión, analizando las situaciones que conducen a una mayor exposición y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus experiencias. Para ello se otorga a la paciente información sobre los principales mitos asociados al suicidio, promoviendo la reflexión sobre el deseo e intenciones de morir, para liberarse de las circunstancias insostenibles de su vida y del sufrimiento y hacerle frente.

Seguimiento de tareas para casa: hacer una lista que contenga los nombres y los números de teléfonos de las personas a quienes acudiré en situaciones de crisis en las que exista una manifestación de ideación suicida.

Material utilizado en la sesión.

Mitos más comunes relacionados con el suicidio.

- El que expresa su deseo de acabar con su vida no lo hace.
- Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice.
- El suicida desea morir.
- Sólo las personas con problemas graves se suicidan.

Contrato terapéutico

Fecha: fecha de validación del contrato

Yo..... acuerdo con el psicólogoque en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:

- Realizar ejercicio físico (p.e. dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio, etc) como lo

siguiente:

- realizar algo que me resulte agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:

- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como (lista de nombres y teléfonos)

- Familiares

- Psicólogo

-Médico:

- Emergencias:

- Servicio telefónico de ayuda:

- Otros:

Sesión 5

Tema. Identificación de Pensamientos Automáticos.

Objetivo.

- Identificar los principales pensamientos automáticos que generan estados emocionales y conductas desadaptativas.

Técnicas/actividades.

- Terapia explicativa y proporción de información
- Identificar esquemas emocionales
- Dialogo socrático
- Flechas descendentes

Duración. 45 a 60 minutos

Procedimiento.

Proporcionar psicoeducación y normalización. Se requiere la identificación adecuada de las cogniciones, analizando: los pensamientos son automáticos, inconscientes e involuntarios, identificar los pensamientos importantes que producen malestar emocional; diferenciar pensamientos y emociones.

Socializar al paciente el modelo cognitivo. Desarrollar una conciencia de la interacción entre los pensamientos, los sentimientos y conductas en la paciente. Poner a prueba y corregir interpretaciones erróneas. A través del dialogo socrático indagar: ¿Cuánta es la convicción de 0 a 100 acerca de sus creencias? ¿Cuánta es la probabilidad de que en

realidad suceda lo que la paciente manifiesta en sus ideas? ¿Cuál sería otra explicación que pudiere encontrar para entender lo sucedido?

Flechas descendentes. Aplicación de la técnica de flechas descendente, tratando de reconocer la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se comienza haciendo alguna de las preguntas siguientes: “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?”, “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué habría de perturbador (o de malo) en ello?”, “si este pensamiento fuera verdad, qué sucedería” (o bien “¿qué pasaría si... (tal cosa fuera así)?”).

Posteriormente utilizar estrategias para construir y consolidar creencias alternativas.

Seguimiento de tareas para casa. Completar el auto registro con la finalidad de tomar más conciencia de aquellos pensamientos involuntarios que generan malestar.

Material utilizado en sesión.

Hoja de autorregistro

Fecha	Día y hora	Situación ¿Qué sucedió?	Con quién	Pensamiento	Emoción	Conducta

Sesión 6

Tema. Modificación de Pensamientos Automáticos.

Objetivos

- Analizar mediante el auto registro, las principales situaciones desencadenantes de pensamientos automáticos.
- Modificar los pensamientos automáticos más influyentes, obtenidos mediante la evaluación anterior y encontrar alternativas de pensamiento más racional.

Técnicas/actividades.

- Detención de pensamiento y distracción
- Dialogo socrático
- ABC de Ellis

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento

Detención de la imagen y distracción. La imagen se detiene con un estímulo físico (ruido, golpe en muñeca) o con una orden verbal (¡basta!), posteriormente se utiliza técnicas de distracción como concentrarse en la descripción de algún objeto, concentrarse en el entorno con todos los sentidos, hacer ejercicios mentales, concentrarse en memorias o fantasías agradables.

Dialogo socrático. Se realiza poniendo en práctica los siguientes pasos: 1) examinar las pruebas o datos acerca de un pensamiento negativo; 2) examinar la utilidad de dicho pensamiento; 3) suponer que es cierto lo que se piensa y luego: a) identificar qué pasaría y

examinar las pruebas de esta nueva cognición; 4) extraer las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados.

ABC. Inicialmente se realiza un proceso introductorio a través del cual la paciente debe comprender que, en su vida hay situaciones que son disparadores de pensamientos desagradables. Estos hechos (que corresponderían al nivel A) pueden contemplarse o interpretarse de dos maneras: una de forma racional o la otra de forma irracional que corresponderían, a las creencias o pensamientos (apartado B). Las dos formas de interpretar la situación de un suceso activador, da lugar a dos tipos de consecuencias, estas pueden ser emocionales y conductuales.

El autor agrega tres factores más de análisis:

D: Discusión cognitiva: donde cuestionamos la forma de pensar de la paciente a través de las siguientes preguntas ¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos? ¿Hay otras interpretaciones alternativas?

E: Alternativa racional, es decir se construye el pensamiento adaptativo que explica la situación o evento, sin generar malestar, siendo un pensamiento más realista y objetivo.

F: Nuevas consecuencias emocionales y conductuales, es decir aquellos resultados emocionales y comportamentales que parten de nuestra nueva forma de pensar o del pensamiento alternativo.

Seguimiento de tareas para casa. Llevar un autorregistro en el que la paciente apunte una situación perturbadora, tipo de emoción, pensamientos negativos, reestructuración de estos, tipo y grado de emoción subsecuente, y conducta realizada o a realizar.

Materiales utilizados fuera de la sesión.

Día de la semana	Situación	Pensamiento	Emoción	Pensamiento alternativo	Conducta
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Sesión 7

Tema: Descarga emocional.

Objetivos:

- Explorar y comprender la manera en que la paciente procesa y conceptualiza las emociones.
- Identificar y acceder a experiencias emocionales que permiten explorar los elementos cognitivos incluidos en los esquemas emocionales.
- Liberar emociones negativas acumuladas.

Técnicas/actividades.

- Ventilación Escrita
- Identificación de “Puntos Candentes”

Duración: 45 a 60 minutos.

Procedimiento.

Ventilación escrita. Ejecución: “Me gustaría que analicemos y recordemos el suceso que nos ha estado alterando en gran medida”. Tratemos de establecer un recuerdo detallado del suceso y de la experiencia que tuvo. Ahora, quiero que se tome a rededor de 20 minutos y copie los pensamientos y emociones que surgieron tras el recuerdo. ¿Cómo fue para usted? Sería de utilidad que recuerde tantos detalles como le sea posible. Trate de hacer que sus recuerdos sean tan reales”.

Identificación de “Puntos Candentes”. Se le presenta a la paciente un objeto/fotografía de gran significancia a través del cual se evoca un recuerdo. La paciente puede atorarse en

determinadas partes de la imagen o recuerdo, esto es lo que se denomina “puntos candentes”, observe cualquier fragmento determinado de la historia que produzca un cambio negativo y que sea especialmente difíciles para ella, fijando si existen cambios emocionales tras imaginar un detalle específico. Mientras repetimos la historia o imagen determinados, vamos a preguntarnos qué es lo que le resulta especialmente perturbador. ¿Qué pensamientos genera este detalle? ¿Qué sentimientos?”

Seguimiento de tareas para casa. Pedir a la paciente que reescriba un evento traumático del pasado con tanto detalle como sea posible. Seguidamente debe leer la situación en voz alta varias veces, estableciendo cuales son las partes que generan más desagrado o perturbación. Luego repite las partes más perturbadoras y escribe cualquier sentimiento y pensamiento que acompañe a estos puntos candentes.

Material utilizado fuera de la sesión.

Identificando los puntos candentes		
Describe la historia o la imagen con tanto detalle como pueda.	¿Qué partes específicas de esta historia son las más perturbadoras? Estos son los puntos candentes	¿Qué sentimientos y pensamientos tiene antes estos puntos candentes?

Sesión 8

Tema. Autocontrol y Regulación emocional.

Objetivos.

- Comprender y aceptar las propias emociones.
- Promover el aumento de la conciencia emocional.
- Incrementar las habilidades de procesamiento y regulación emocional.
- Emplear nuevos repertorios contextuales de aprendizaje emocional.

Técnicas/actividades.

- Entrenamiento en procesamiento emocional óptimo de Hervás
- Tiempo para preocuparse
- Entrenamiento Autógeno de Schultz

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento. Primeramente, se realiza una previa psicoeducación sobre emociones, reduciendo con ello las ideas negativas asociadas a las emociones. Contenido: ¿Qué son las emociones? ¿Cómo se expresan las emociones? Sistemas de respuesta o manifestación emocional.

Entrenamiento en habilidades de regulación específicas.

1. Percibir las señales afectivas cuanto antes.
2. Poner nombre a TODOS los sentimientos presentes.
3. Localizar cada emoción físicamente en el cuerpo y dejar espacio para que se manifiesten.

4. Aceptar los sentimientos sean cuales sean (no juzgarlos ni juzgarse a uno mismo por tenerlos).
5. Comprender las causas de la emoción y el mensaje involucrado.
6. Distinguir las “falsas alarmas” de las emociones.
7. Aprender de la situación y planificar el futuro.
8. Realizar una actividad placentera, gratificante o distractora.

Aplicación de la técnica de relajación previamente aprendida

Seguimiento de tareas para casa.

Tiempo para preocuparse: Conocido como programación de quejas o tiempo basura, este radica en la negociación con la paciente al establecer un periodo específico de día para centrarse en los pensamientos que le preocupan.

Sesión 9 y 10

Tema. Relajación muscular.

Objetivos

- Autotranquilizar a la paciente a través de la relajación de tipo interna.
- Facilitar la elaboración de propósitos concretos, con ello afrontando mejor las situaciones de vida estresantes.
- Aumentar la capacidad autocrítica y autodominio
- Utilizar los procedimientos para propiciar un estado de relajación voluntario.

Técnicas/actividades.

- Entrenamiento Autógeno (Auto relajación Concentrativa De Schultz)

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento. La técnica se desarrolla en dos sesiones, durante la primera se trabaja la relajación especialmente en brazos y piernas, mientras que en la segunda sesión se realiza el entrenamiento progresivo intensificando el efecto de los ejercicios y expandiéndolos a otras partes del cuerpo, no solamente en los brazos y piernas; para que la paciente vaya aprendiendo y memorizando los pasos, y al final pueda emplear la técnica sin ayuda del terapeuta.

Consideraciones iniciales: el ambiente debe ser tranquilo, silencioso y agradable en cuanto a sonido, luz, temperatura. La posición inicial, debe ser una posición cómoda sentado en un sillón tendido con los ojos cerrados.

1. El ejercicio de reposo traslada el cuerpo y la mente a un estado de calma y ayuda a la concentración. El ejercicio se lleva a cabo repitiendo: «Estoy muy tranquilo. Los pensamientos vienen y van. Nada puede perturbarme».
2. El ejercicio de pesadez provoca una sensación de peso en las extremidades (relajación muscular). El ejercicio se lleva a cabo repitiendo: «Mis brazos y piernas son muy pesados».
3. El ejercicio de calor conduce a una sensación de aumento de la temperatura en las extremidades (mejora la circulación). La fórmula típica a pronunciar: «Mis brazos y piernas están calientes».
4. El ejercicio de respiración intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquilas. La fórmula típica a pronunciar: «Mi respiración es tranquila y regular» o «estoy respirando».
5. El ejercicio para el corazón (concentración en los latidos) es aún más relajante. Se emplea una frase como: «Mi corazón late sosegado y regularmente».
6. El ejercicio abdominal se concentra en el plexo solar y su circulación (intensifica la relajación). El ejercicio se lleva a cabo repitiendo: «Mi abdomen es una corriente de calor».
7. El ejercicio de la cabeza se concentra en conservar una mente fresca y sirve para mantenerse despierto y recuperar la concentración (por ejemplo, en caso de cansancio). La fórmula típica a pronunciar: «Mi mente está clara y mi frente está fresca».

Seguimiento de tareas para casa. Realizar la técnica de relajación 1 vez cada día, realizando un registro de la experiencia, las dificultades y los efectos que tiene su utilización.

Material utilizado fuera de la sesión.

Registro de la experiencia de relajación		
Sensaciones experimentadas	Dificultades	Efectos
1		

Sesión 11

Tema. Psicoeducación en violencia, depresión y dependencia emocional.

Objetivos:

- Proveer información sobre la violencia de pareja, sus manifestaciones, ciclo, consecuencias, y los riesgos a los que conlleva.
- Favorecer la trasmisión de conocimientos sobre las alteraciones del estado de ánimo, especialmente depresión y la asociación con la dependencia emocional, que ayudan a reflexionar sobre los efectos de la violencia.
- Descubrir las propias alternativas de solución del problema actual, tomando conciencia sobre las consecuencias emocionales a las que conlleva la violencia de pareja.

Técnicas/actividades.

- Terapia Explicativa y proporción de información.

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento. Se analiza de la información preestablecida empleando un lenguaje claro, preciso y sencillo, además que se proporcionará material didáctico a la paciente, que garantice la comprensión y aprendizaje de información. Principalmente conceptualizando: ¿Qué es la violencia? ¿Cuáles con las manifestaciones y ciclo de la violencia? ¿Cuáles con las consecuencias y riesgos de la violencia en las mujeres?

También, se recalca la importancia de la asociación de la violencia con la depresión y los vínculos emocionales dependientes hacia la pareja. Finalmente se estudia el proceso de salida de la violencia de pareja: “un viaje empoderador”.

Seguimiento de tareas para casa. Hacer una lista de las consecuencias y riesgos a los que se ha visto expuesta como resultado de la violencia de pareja.

Material utilizado en la sesión. Material didáctico relacionado a la violencia, depresión y dependencia emocional.

Sesión 12

Tema. Fortalecimiento de la autoestima.

Objetivos

- Reflexionar sobre los propios logros y cualidades positivas.
- Analizar la auto-imagen, centrándose en las partes positivas.
- Concientizar sobre la consecución de metas, recursos, así como también las propias debilidades.

Técnicas/actividades.

- El árbol de logros
- Vivir con propósito
- Fantasía guiada

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento.

El árbol de logros. Inicialmente se realiza una lista de los valores positivos que la paciente tiene, luego se procede a la elaboración de una segunda lista de todos los logros que se han conseguido a lo largo de la vida. Seguidamente se dibuja el “árbol de los logros”. En cada una de las raíces debe ir colocando los valores positivos; en los frutos iremos colocando de la misma manera los logros. Establecer los logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños. Una vez acabado, se reflexiona sobre él.

Fantasía guiada. Se explica el proceso de la técnica, para que sea ejecutada en casa, se inicia relajándose y recordando un momento en el que se hayan sentido con todas sus potencialidades en su máxima expresión, un momento en el que se ha experimentado felicidad tras la obtención de un logro. Recuperar las sensaciones de aquel momento y cuando ya las tienen se les pide imaginar una luz de cualquier color que los cubre totalmente para fijar las sensaciones que permanecerán con ellos todo el resto del día. Se sugiere hacer este ejercicio cada mañana.

Vivir con propósito.

Metas. Contestar el siguiente cuestionario: a) ¿En qué quiero que consista mi vida? b) ¿Qué quiero lograr? c) ¿Qué quiero en mis relaciones personales? d) ¿Cuáles son mis metas en mi relación con mi familia y mis amigos? e) ¿Están mis metas enfocadas con claridad o son vagas y poco definibles?

Recursos y debilidades. a) Buscar al menos una meta en cada área. Consigo mismo(a), con la pareja, con la familia, con el trabajo, con los amigos. b) Escribir una lista de cinco recursos, cualidades o fuerzas que sirvan para cumplir las metas. c) Otra lista de cinco debilidades o deficiencias que son obstáculos para llevar a cabo las metas. d) Una lista más de cinco pasos por hacer para cumplir las metas. e) Hacer por escrito un pequeño contrato en el que la paciente se compromete a cumplir las metas que cree poder cumplir.

Seguimiento de tareas para casa. Repetir el ejercicio de fantasía guiada en el hogar con la finalidad de reforzar lo aprendido durante la terapia.

Sesión 13

Tema. Autorregulación e independencia emocional.

Objetivos.

- Mejorar de la calidad de las relaciones interpersonales y de comunicación.
- Lograr una mejor conciencia del problema, reduciendo los mecanismos de autoengaño y negación.
- Tomar decisiones de forma más consciente y lógica.
- Superar el síndrome de abstinencia.

Técnicas/actividades.

- Terapia Explicativa y proporción de información
- Balance decisional
- Prescripción de la abstinencia
- Control de estímulos.
- Toma de decisiones.

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento.

Terapia explicativa y proporción de información. Se ofrecerá información sobre la dependencia emocional, las manifestaciones y fases por las que atraviesan las mujeres que lo presentan, y las consecuencias que producen tanto a corto como a largo plazo, la paciente reflexiona y toma de conciencia del problema al ver identificadas dichas fases en su propia relación.

Balance decisional. Como primera medida, la paciente debe analizar cuáles son las opciones que tiene. Por cada comportamiento que pueda realizar, siempre tendrá al menos dos opciones: 1) realizar el comportamiento y 2) no realizar el comportamiento. No obstante, puede haber más opciones. El paso siguiente es hacer un listado de beneficios o ventajas que implica cada una de las opciones que analizamos. Igual al paso anterior, la paciente debe hacer una lista de las desventajas o costos de escoger cada opción. Y luego escoger aquella opción de comportamiento que tiene menos costos y/o más beneficios.

Toma de decisiones.

1. Establecer un contexto para el éxito
2. Exponer el problema adecuadamente
3. Generar alternativas
4. Evaluar estas alternativas
5. Elegir la mejor alternativa

Prescripción de la abstinencia. Se identifica y elabora una lista con los estímulos ambientales cotidianos activadores que generen malestar característico del síndrome de abstinencia y como consecuencia, las conductas de craving, tras la separación. Una vez identificados los estímulos antecedentes, se realiza una lista de medidas que se pueden para erradicar dichas situaciones.

Los últimos minutos de la terapia se dedicarán de nuevo a la realización de otro ejercicio de relajación autógena de Schultz.

Seguimiento de tareas para casa. Se pide a la paciente llenar la matriz para la toma de decisiones y de evaluación de las estrategias alternativas según cinco criterios generales, misma que será aplicada a cinco situaciones durante la semana.

Materiales usados en la sesión

Opciones de la elegir	Beneficios o Ventajas
Opción 1	

Opciones de la elegir	Costos o Desventajas
Opción 1	

Sesión 14

Tema: Autosuficiencia.

Objetivos

- Fomento de la autonomía en la resolución de problemas y toma de decisiones.
- Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos.

Técnicas/actividades.

- Entrenamiento en solución de problemas
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Ensayo de conducta
- Modelado
- Feed-back del rendimiento de la paciente

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento.

Entrenamiento en solución de problemas. Explicar el enfoque de la técnica y posteriormente escoger uno de los problemas actuales que presenta la paciente, enfocado en dificultades en la relación de pareja. con el fin de trabajar sobre él. Las etapas de este entrenamiento son:

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación
- 3) Generación de soluciones alternativas
- 4) Toma de decisiones

- 5) Llevar a cabo el plan de acción y verificar el resultado

Entrenamiento en habilidades sociales. Las fases para este entrenamiento están basadas en las propuestas por Caballo:

- 1) *Explicación de los diferentes tipos de respuesta en situaciones sociales.* asertivo, agresivo, pasivo, analizando los beneficios y desventajas de cada una de estos.
- 2) *Identificación de situaciones y pensamientos automáticos que impidan la conducta asertiva.* Entrenar en el sistema de pensamientos preestablecidos en torno al respeto por los derechos de uno mismo y de los demás.
- 3) *Ensayo de conducta en consulta.* Se recrea en consulta una de las situaciones problemáticas descritas por la paciente.
- 4) *Modelado.* Paciente observa un ensayo de conducta entre el terapeuta y un modelo, mostrando la misma problemática, pero procediendo de forma asertiva.
- 5) *Comparación de la conducta.* Análisis de la conducta de la paciente y del modelo e instrucciones para reducir las diferencias.
- 6) *Feed-back del rendimiento de la paciente*

Defusión cognitiva. Se pide a la paciente que evoque de manera imaginada varios momentos de su vida: uno en el que haya experimentado soledad, otro en el que haya experimentado miedo al abandono, otro en el que se haya sentido mal por algo que ha hecho, otro en el que haya sentido malestar tras una crítica de otra persona, etc. Con la evocación de estos momentos se busca que el paciente tenga más presentes esas emociones para trabajarlas y sustituirlas mediante la realización de actividades placenteras.

Seguimiento de tareas para casa. Se propone al paciente que lleve a cabo el plan de acción diseñado en consulta para la solución del problema, reforzándose con actividades placenteras.

Sesión 15

Tema. Estrategias de afrontamiento y Cierre de plan de intervención.

Objetivos

- Entrenar a la paciente en habilidades de afrontamiento que le permitan abordar las situaciones específicas, generadoras de malestar clínicamente significativo.
- Finalizar la intervención realizando una retroalimentación de los avances y habilidades aprendidas durante la terapia.

Nota: En los casos que amerite adicionar sesiones debido a reincidencia de sintomatología, se hará una reprogramación de plan de intervención.

Técnicas/actividades.

- Autoinstrucciones.
- Ensayo encubierto.
- Ensayo manifiesto.
- Cierre de plan de intervención.

Duración. 45 a 60 minutos.

Procedimiento.

Entrenamiento de las habilidades de afrontamiento.

1. *Autoinstrucciones.* Decir no a las conductas, pensamientos o situaciones desadaptativas.
2. *Ensayo encubierto.* Se practican nuevas habilidades de afrontamiento en la imaginación antes de iniciarlas en la vida real.

3. *Ensayo manifiesto*. Empleando la representación de papeles y la inversión del papel, se aplican habilidades específicas para manejar situaciones problemáticas identificadas.
4. *Retroalimentación sobre la respuesta*. Se proporciona a la paciente una retroalimentación específica de la actuación durante el ensayo y la mejora en la representación.

Se finaliza el proceso de intervención psicológica, luego que la paciente ha adquirido habilidades para afrontar situaciones estresantes, resolver problemas, ha fortalecido su autoestima su regulación emocional, además de la capacidad para toma de decisiones.

Recomendaciones.

- Se recomienda realizar una lista de auto instrucciones que se pueda emplear en situaciones de riesgo y que motiven a la paciente a afrontar las situaciones que se le presenten en el diario vivir.
- Se sugiere finalmente trabajar en reinserción social y laboral.

7. DISCUSIÓN

La presente investigación, tuvo como propósito principal establecer la relación entre niveles de depresión y la dependencia emocional, en una muestra constituida por 70 mujeres víctimas de violencia de pareja en edades comprendidas desde 18 hasta los 50 años de edad, que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Los resultados relacionados a la variable depresión dentro de la investigación manifiestan un alto índice en la muestra de estudio, tal como Llosa y Canetti (2018); Vásquez (2007) encontraron en sus investigaciones, determinando que la depresión fue significativamente mayor en el grupo de mujeres que había experimentado violencia de pareja; en quienes además la probabilidad de tener depresión es de casi ocho veces más en comparación con la población general. Asimismo, Patró, Corbalán y Limiñaña (2007) revelan que el nivel de síntomas depresivos aumenta cuanto mayor es la intensidad de la violencia ya sea de tipo física, psicológica o sexual. De esta forma, las investigaciones de Matud (2015) confirma la asociación con los niveles de gravedad en la depresión; manifestando mayor tendencia a la sintomatología depresiva además de indicadores de ansiedad y de estrés postraumático (Beydoun et al. 2017; Rosales et al. 2016). Además, se observa que en las fases elevadas de depresión; se genera en las mujeres víctimas de violencia sentimientos de confusión, de vergüenza o de culpa y de desconfianza en sus propias posibilidades para afrontar el futuro, interfiriendo en su funcionamiento diario, conllevando a un nivel muy alto de inadaptación y desesperanza que hacen más probable la aparición de ideas o de intentos de suicidio (Sarasua et al. 2007)

En el presente estudio, los resultados generales respecto a la segunda variable investigada muestran una prevalencia elevada de dependencia emocional en las mujeres evaluadas, resultados consistentes a las investigaciones de Sartori y De la Cruz (2017),

Villegas y Sánchez (2013) quienes encontraron dependencia emocional en un alto porcentaje de una muestra similar, además de identificar que la personalidad y los vínculos que establecen dichas mujeres tienden a ser patológicos, con tendencia al Descontento y Sumisión. Aiquipa (2015) determina que la teoría de la unión traumática es la que más guarda relación, con la teoría de la posible dependencia emocional que sufren las mujeres víctimas de maltrato, en la cual las víctimas muestran emociones positivas hacia el maltratador, lo que genera una relación de poder entre ambos, donde la víctima necesita al agresor, este ciclo de dependencia se repite y crea una relación afectiva fuerte. Mautz, et al. (2018) revela en su investigación, que las mujeres mantienen este tipo de vínculo considerado como dependiente en los niveles moderados y elevado, con sus parejas actuales e incluso con parejas anteriores, en las que el vínculo emocional perdura, más aún si han sufrido violencia de pareja. Hechos que se presentan incluso desde el noviazgo, tal como De la Villa, Garcia, Cuetos y Sirvent (2001) lo confirman ya que las personas que han experimentado violencia en esta etapa presentan más dependencia afectiva hacia la pareja y puntuaciones más bajas en autoestima. Así también, Echeburúa et al. (2002) revelan que las víctimas que conviven con el agresor presentan además mayores sentimientos de culpa y unos menores niveles de asertividad o estrategias de afrontamiento en la resolución de conflictos, que llevan consigo a mayores dificultades en las relaciones interpersonales.

El estudio de Mautz et al. (2018) encontró que las principales características que predominan en las mujeres con dependencia emocional son: Expresión Afectiva, Ansiedad por Separación y Modificación de Planes; en tanto que, la investigación realizada por Villegas y Sánchez (2016) determinó que las principales características de dependencia emocional que predominaron en su estudio son: Expresión límite y Miedo a la soledad; hallazgos semejantes a los obtenidos en la presente investigación, que revela como

principales indicadores de dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia: la Modificación de Planes, Miedo a la Soledad y Ansiedad por Separación. Aiquipa (2015) asimismo, deduce que los factores o dimensiones de la dependencia emocional más ligados a la violencia de pareja son: ansiedad o miedo a la ruptura, priorización de pareja, subordinación y sumisión. De esta forma, una mujer con dependencia emocional experimentará elevados niveles de miedo al pensar que su relación de pareja pueda terminar.

A partir de los resultados encontrados, se establece que las variables: Niveles de depresión y Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja, muestran una correlación estadísticamente significativa ($p= 0,014$), resultados semejantes al estudio de Estéves, Urbeola, Iruarrizaga y Jauregui (2017) que reflejan una relación positiva entre las puntuaciones de dependencia emocional y la sintomatología depresiva, indicando que el nivel mayor de dependencia emocional conlleva a un incremento de sintomatología disfuncional y a la reducción de funciones ejecutivas e inteligencia emocional, que dificultan la toma de decisiones. De esta forma se establece a la dependencia emocional como un factor de aparición y de mantenimiento de manifestaciones del espectro depresivo que se corrobora con el análisis comparativo de Castillo (2016). Huprich (2013) del mismo modo reveló esta relación, ya que la narrativa de los pacientes deprimidos se compone frecuentemente por una sensación de soledad elevada, tristeza, decaimiento que representan graves problemas para recuperar su autoestima por lo tanto, las circunstancias anímicas propias de estados depresivos contribuirán tanto a la baja autoestima como a la persistencia de la dependencia emocional (Castello, 2005); de forma análoga se encuentra asociación con estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación cognitiva, resignación, minimización del problema y la precepción de ausencia de salidas que junto con lazos afectivos de tipo dependientes prolongan la aceptación de la violencia,

llevándolas a sentirse atrapadas en la relación de pareja (Castillo, 2017; Sarasua et al. 2007).

8. CONCLUSIONES

- Se establece a la violencia como experiencia potencialmente traumática, capaz de producir toda una constelación de sintomatología psicológica, por lo que en la presente investigación se identificó que una de las consecuencias graves sobre la vida y la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida es la alteración del estado de ánimo, ya que se presenta un elevado índice de depresión en los niveles leve, moderado y grave; que se considera como factores de riesgo en la población.
- En el presente estudio, la mayor parte de la población presenta dependencia emocional hacia su pareja desarrollando patrones de vinculación disfuncional como: la modificación de planes, miedo a la soledad y ansiedad por separación, características de la dependencia emocional que conllevan a la población a un estado de vulnerabilidad. Esto debido a que la búsqueda de relaciones sentimentales estrechas y disfuncionales, donde se antepone las necesidades y demandas de sus parejas a las de ellas mismas, implican un factor de riesgo y una variable predictora de la aceptación de la violencia de pareja.
- Según los hallazgos obtenidos se establece una correlación positiva, estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la dependencia emocional, es decir, que en mujeres víctimas de violencia los niveles más altos de dependencia emocional estarían vinculados a un incremento en los niveles de depresión. Debido a que la depresión es considerada un problema de la salud mental que conlleva altos costes psicosociales, afecta la calidad de vida de las

personas debido a su estado anímico bajo, el cual preserva patrones de sumisión, sacrificio y tolerancia a conducta de humillación o maltrato por el miedo que le genera la soledad y la separación, sumidos en un estado de depresión que les impide romper el vínculo afectivo hacia su pareja.

- Se plantea un plan de intervención psicoterapéutico enfocado en la reducción de la sintomatología depresiva e indicadores de dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja, promoviendo una mejor calidad de vida, estrategias para una auto regulación emocional apropiada y una personalidad madura donde se cultive la capacidad de amar como parte de la salud mental. Esta propuesta se sustentó en base a los resultados obtenidos y necesidades de las pacientes observadas durante la investigación. Mismo que será entregado a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuro realizar estudios sobre otros factores de riesgo como: autoestima, apoyo social, estrategias de afrontamiento, ansiedad, estrés posttraumático e ideación suicida, que podrían estar asociados a la violencia; con la finalidad de establecer estrategias de prevención e intervención oportuna; debido a la carencia de información sobre la violencia de pareja en nuestro medio. Por otra parte, la realización de estudios longitudinales permitiría analizar la posible evolución temporal de los resultados hallados.
- De la misma forma, es de vital importancia identificar los diferentes procesos que subyacen a la violencia en la pareja, entre ellos la evaluación e intervención de hombres violentos, permitiendo comprender el cómo y por qué los hombres utilizan la violencia contra la mujer, tomando las medidas oportunas de tratamiento.
- Se recomienda la creación de grupos de ayuda dirigidos a las víctimas de violencia de pareja con la finalidad de promover la autonomía y empoderamiento, sirviendo a esta población con un ente de ayuda y de tratamiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, R y Llerena, A. (2015). *Dependencia emocional y vínculos afectivos en estudiantes de la carrera de psicología clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo*. (Trabajo de grado). Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1011>
- Aiquipa J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 428. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007&lng=es&tlng=es.
- Aliaga, D & Huaman, J. (2015). *Dependencia emocional y pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima*. (Trabajo de grado). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Disponible en http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/136/Diana_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Amor, J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2001). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 234. Disponible en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-38.pdf.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P, Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 174. doi:10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913

- Anguita, A. (2009). *Propuesta de intervención para la Dependencia Emocional. Superación de la dependencia tras la ruptura de pareja*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680162/anguita_corbo_alba_tfm.pdf?sequence=1
- Arrivillaga M., Cortés C., Goicochea V., & Lozano T., (2004) Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 3(1), 17-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730103>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Benjet C., Borges G., Medina M., Fleiz C., & Zambrano J. (2004) La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007&lng=es&tlng=es
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Washinton: Schocken.
- Caballo, V. (2009). *Manual de trastorno de la personalidad por dependencia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: El Telégrafo.

- Castelló, J. (2000). Análisis del Concepto “Dependencia Emocional”. Recuperado de <http://files.psicodx-funccog-personalidad.webnode.com.co/200000057-412c14225d/dependencia%20emocional.pdf>
- Castello, J. (2005). *Dependencia emocional Características y tratamiento*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Castello, J. (2006). Dependencia emocional y violencia doméstica. *Revista Futuros*, 4(14) 413-437. Recuperado en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/emocional.pdf>
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 8(2), 36-62. Disponible en <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735>
- Castro, M., Ramírez, S., Aguilar, L., & Díaz, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor: Artículo de revisión. *Revista Neurología Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(394), 132–137. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf>
- Claro, I. (2003). *Depresión: Causas, Consecuencias y Tratamiento*. Brasil: Gráfica de la Casa Editora O Clarim.
- Código Orgánico Integral Penal [COIP]. (2014). SAN-2014-0138
- Cuervo, M., & Martínez, J. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica*, 8(1), 80-88. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139029198007>

- De la Villa, M., García, A., Cuetos, G., & Sirvent, C. (2017). Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(2), 96-107
- De las Heras, J., & Ruiz, S. (2001). Violencia doméstica. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 27(6), 440. doi:10.1016/S0212-6567(01)78828-2
- Echeburúa, E., Amor, J., & de Corral, P. (2002). Mujeres Maltratadas en convivencia prolongada con el Agresor: Variables Relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135–150. doi:10.5944/ap.1.2.548
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor J., & De Corral. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 403-420. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-357.pdf
- Estévez, A., Urbiola, I., Iruarrizaga, I., Onaindia, J., & Jauregui, P. (2017). Emotional Dependency in Dating Relationships and Psychological Consequences of Internet and Mobile Abuse. *Anales de Psicología*, 33 (2), 260-268.
- Frías, M., & Gaxiola, J. (2018). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños. Depresión, ansiedad, conducta, antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237-248. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308004.pdf>

Gabalda, I. (2007). *Manual Teórico Practico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España:

DESCLEÉ DE BROUWER.

Gómez, Y. (2015). Cognición, emoción y sintomatológica depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 435-447. Disponible en <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/viewFile/333/233>

González, A., López, P., & Zorrilla, I. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S, A.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/index.html>

Heinse, G., & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Depresión*. Berenzon, E., J del Bosque, J., Medina, M. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muniz. *Guías Clínicas para la Atención de Trastorno Mentales*. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf

Hernández, J. (2012). Las relaciones afectivas y los procesos de subjetivación y formación de la identidad en el bachillerato. *Perfiles educativos*, 34(135), 116-131. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000100008

- Herrera, A., & Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (1), 25-50. Disponible en <https://www.redalyc.org/html/337/33720102/>
- Huprich, S., Rosen, A., & Kiss, A. (2013). Manifestations of interpersonal dependency and depressive subtypes in outpatient psychotherapy patients. *Personality and Mental Health*, 7, 223-232. doi: 10.1002/pmh.1222
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Ecuador: Quito. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2017). 64% de las personas que fueron atendidas por depresión fueron mujeres [Infografía]. Ecuador: Quito. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
- Izquierdo, S., & Gómez, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), 81-91.
- Laguna, F. (2017). La autoestima como factor influyente en el rendimiento académico (Tesis de grado). Universidad de Tolima. Ibagué, Colombia.
- Lara, M., Robles, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina, M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Revista Salud Mental. Mexico*, DF, 3(33), 301-308. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam104a.pdf>

- Lemos, M., & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana De Psicología*, 9(2), 127-140. Disponible en <https://www.redalyc.org/html/798/79890212/>
- Lemos, M., Londoño, N. H. & Zapata, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- Lera, M. (2012). *La naturaleza social del ser humano. Paradigmas en la Educación y Desarrollo*. España: El Universo.
- Llosa, S., & Canetti, A. (2019) Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. (2019). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1).
- Loinaz, I., Echeburúa, E., & María Ullate. (2012). *Estilo de Apego, Empatía y Autoestima en Agresores de Pareja*. España: TERAPIA PSICOLÓGICA. doi:10.4067/S0718-48082012000200006
- Matud, M. (2015). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Mautz, B., Meneses. M., Espinoza, S., Vivanco, R., & Vargas, A. (2018). Violencia en las relaciones románticas adolescentes en la ciudad de Osorno: grado de dependencia emocional en mujeres adolescentes víctimas. *Revista Salud y bienestar colectivo* 2. Resbic: Chile
- Montez, C. (2016). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. *Academia biomédica digital*. Recuperado de http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf

Morabes, S. (2014). Ciclo de violencia en la asistencia psicológica a víctimas de violencia de género. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual: Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas*. 1(2), 1–12. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morabes.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Salud Mental-Depresión. Washington DC, Banco Mundial. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] /Organización Panamericana de Salud [OPS] (2017). "Depresión: hablemos", Ginebra.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Violencia contra la mujer. Washington DC, Banco Mundial. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Depresión. Washington DC, Banco Mundial. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). Violencia contra las mujeres. Washington DC, Banco Mundial. Disponible en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/21779/carbadillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Patró, R., Corbalán, F., & Limiñana, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23 (1), 118-124. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723115>

Pérez, K. (2011). *Efectos de la dependencia emocional en la autoestima de las mujeres de veinte y cinco a cincuenta y cinco años que tiene una relación de pareja*. (Trabajo de grado). Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUND]. (2013). *Informe Regional de Desarrollo Humano*. Recuperado de <http://www.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL%20Informe%20completo.pdf>

Puente, A., Ubillos S., Echeburua, E., & Paez, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja. *Anales de psicología* ,32(1), 295–306. doi:10.6018/analesps.32.1.189161

Rey, G., Juárez, F., Medina, M. & Tiburcio, M. (2009). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 24 (2), 165-173. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637002.pdf>

Rodriguez de Alba, U., & Suárez, Y. (2012). Relación entre inteligencia emocional, depresión y rendimiento académico en estudiantes de psicología. *Psicogente*, 15 (28), 348-359. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552361011>

Rosales, R., Bedón, M., Díaz, C., Brioso, A., & Pacheco, E. (2016). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbanomarginales de la ciudad de Lima. *Theorēma* (Lima, Segunda época, En línea), 1(1), 123-136

- Rueda, M. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana De Cardiología*, 25, 59-65.
doi: 10.1016/j.rccar.2017.12.007
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & de Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19 (3), 459-466. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719316>
- Sartori, K., & De La Cruz, C. (2017). Dependencia emocional de pareja en mujeres atendidas en una clínica universitaria de Lima, 2014. *Cátedra Villarreal*, 4(2).
doi:<http://dx.doi.org/10.24039/cv20164275>
- Schwartz, T., y Petersen, T. (2009). *DEPRESSION Treatment Strategies and Management*. London: Emeritus.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2009). *Terapia Cognitiva de la Depresion basada en la Consciencia Plena. Un Nuevo Abordaje Para la Prevencion de Reaidas*. Barcelona, España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Sirvent, C. (2001). *Dependencias relacionales: dependencia afectiva, codependencia y bidependencia*. Libro del I Symposium Internacional de Adicción en la Mujer. Edita Instituto de la Mujer.
- Strube, M.J. (1988). The Decision to Leave an Abusive Relationship: Empirical Evidence and Theoretical Issues. *Psychological Bulletin*. 2(1), 236-250. doi: 10.1037/0033-2909.104.2.236

- Valle, L. & Moral, M. (2018). Dependencia emocional y estilo de apego adulto en las relaciones de noviazgo en jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9 (1), 27-41. doi: 10.23923/j.rips.2018.01.013
- Vásquez, A. (2007). Relación Entre Violencia Y Depresión En Mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1-4, 88-95. doi:10.1007/s11940-014-0314-5
- Villegas, M., & Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciantes de maltrato de pareja. *Revista Textos-&-Sentidos*, 7, 10-29.
- Zarrogoitía, I. (2011). Depresión: generalidades y particularidades. Cuba, la Habana: Ciencias Médicas.

11. ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA Carrera de Psicología Clínica

Oficio. No. 291-19- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 08 DE Mayo de 2019

Señorita.
María Soledad Carrión Rojas
EGRESADA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA UNL
Ciudad.-

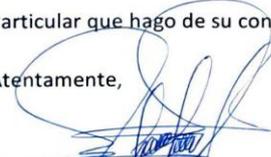
De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento en lo dispuesto en el "Capítulo II Del Proyecto De Tesis, Artículos 133 y 134 del reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el mediante OF. N .-291-19-CPCL-FSH-UN 08 de Mayo 2019, de acuerdo al pedido de anulación del tema solicitado por usted; me permito comunicarle que su tema fue aprobado mediante mediante OF. N .-063-19-CPCL-FSH-UN 01 de Febrero 2019 CPCL-FSH-UNL, "**TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYOR Y SU RELACIÓN CON DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOJIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA .PERIODO 2018- 2019**". Debido a que, por razones de la institución no se permite la realización de historias clínicas, a cambio de esto autorizan la aplicación de instrumentos psicológicos, motivo por el cual se modifica la variable de Trastorno Depresivo Mayor por Niveles de Depresión; a fin de ser aporte revelente al presente estudio y a la institución, motivo por el me permito informarle que el mencionado tema queda anulado.

Asimismo, se aprueba el nuevo tema "**NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2019**", por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia del mencionado proyecto.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,


Mg. Sc. Zhenia Muñoz-Vinces
**PSICOLOGA CLINICA Y PSICOTERAPEUTA
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



archivo /Mam

Anexo 2: Autorización para aplicación de reactivos



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Proceso de Gestión de Docencia e Investigación

Oficio 095- DDI-HIAL-MSP

Loja, 17 de mayo del 2019

Srta.
María Soledad Carrión Rojas
Estudiante de la Universidad Nacional de Loja
Ciudad.-

De mis consideraciones

Por medio del presente me permito informar a usted, que atendiendo la solicitud presentada y luego de revisar nuestra base de datos de investigaciones, **SE AUTORIZA** realizar en este hospital su tesis titulada "NIVELES DE DEPRESION Y SU RELACION CON DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2019.", para lo cual usted debe coordinar con la Dra. Maria Cecilia Palacio.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente

Dr. Carlos Orellana Ochoa
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL .

D/R

HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
.....
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7277
hialdireccion@hotmail.com

Anexo 3: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene el propósito de informarla e invitarla a participar en el proyecto de investigación titulado: “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” que tiene como determinar la relación entre la depresión y la dependencia emocional en víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja. El presente estudio se realizará mediante la aplicación, análisis, e interpretación de pruebas psicológicas.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración a lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba. (Si desea participar por favor, marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo), portador de la cédula de ciudadanía número, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba en el lugar y hora prevista por el evaluador.

En constancia firma,

María Soledad Carrión Rojas

Anexo 4: Ficha sociodemográfica y de Violencia

Edad: _____

Estado Civil:

- Soltera
- Unión Libre
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda

Número de hijos: _____

Nivel de Instrucción:

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Superior

Actualmente trabaja:

- Si
- No

Ocupación:

Nivel socioeconómico:

- Bajo
- Medio
- Alto

Persona responsable de los gastos económicos del hogar:

VIOLENCIA EXPERIMENTADA

Tipo de violencia:

- Física

Psicológica

Sexual

Frecuencia de la Violencia:

- Primera
- Subsecuente

Relación con el agresor:

- Pareja actual
- Pareja anterior

Agresión asociada con:

- Ninguna droga
- Alcohol
- Otras

¿En alguna ocasión debido a las agresiones por parte de su pareja, ha sentido que su vida estaba en peligro?

- Si
- No

¿Considera usted que en la localidad se debería formar grupos de apoyo, integrados por personas víctimas de violencia?

- Si
- No

Anexo 5: Inventario de Depresión de Beck II (BDI -II)

B.D.I. (II)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1	No me siento triste.
	Me siento triste.
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.
2	No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
	Me siento desanimada respecto al futuro.
	Siento que no tengo que esperar nada.
	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.
3	No me siento fracasada.
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	Me siento una persona totalmente fracasada.
4	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	Estoy insatisfecha o aburrida de todo.
5	No me siento especialmente culpable.
	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	Me siento culpable constantemente.
6	No creo que esté siendo castigada.
	Me siento como si fuese a ser castigada.
	Espero ser castigada.
	Siento que estoy siendo castigado.
7	No estoy decepcionado de mí misma.
	Estoy decepcionado de mí misma.
	Me da vergüenza de mí misma.
	Me detesto.
8	No me considero peor que cualquier otro.
	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
	Continuamente me culpo por mis faltas.
	Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
	Desearía suicidarme.

	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	No lloro más de lo que solía llorar.
	Ahora lloro más que antes.
	Lloro continuamente.
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	No estoy más irritada de lo normal en mí.
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	Me siento irritado continuamente.
	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12	No he perdido el interés por los demás.
	Estoy menos interesada en los demás que antes.
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
	He perdido todo el interés por los demás.
13	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
	Evito tomar decisiones más que antes.
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
	Ya me es imposible tomar decisiones.
14	No creo tener peor aspecto que antes.
	Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva.
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
	Creo que tengo un aspecto horrible.
15	Trabajo igual que antes.
	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
	No puedo hacer nada en absoluto.
16	Duermo tan bien como siempre.
	No duermo tan bien como antes.
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17	No me siento más cansado de lo normal.
	Me canso más fácilmente que antes.
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
	Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18	Mi apetito no ha disminuido.
	No tengo tan buen apetito como antes.
	Ahora tengo mucho menos apetito.
	He perdido completamente el apetito.
19	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
	He perdido más de 2 kilos y medio.
	He perdido más de 4 kilos.
	He perdido más de 7 kilos.
	Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
20	No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
	Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
	Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

	Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21	No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
	Estoy menos interesada por el sexo que antes.
	Estoy mucho menos interesada por el sexo.
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 6: Cuestionario de Dependencia Emocional

CDE

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Me siento desamparada cuando estoy sola	1 2 3 4 5 6
Me preocupa la idea de ser abandonada por mi pareja	1 2 3 4 5 6
Para atraer a mi pareja busco deslumbrarlo o divertirlo	1 2 3 4 5 6
Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja	1 2 3 4 5 6
Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja	1 2 3 4 5 6
Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada, me angustia pensar que está enojado conmigo	1 2 3 4 5 6
Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiada	1 2 3 4 5 6
Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1 2 3 4 5 6
He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje	1 2 3 4 5 6
Soy alguien necesitada y débil	1 2 3 4 5 6
Necesito que mi pareja sea expresivo conmigo	1 2 3 4 5 6
Necesito tener a una persona para quien, yo sea más especial que los demás	1 2 3 4 5 6
Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacía	1 2 3 4 5 6
Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente su afecto	1 2 3 4 5 6
Siento temor a que mi pareja me abandone	1 2 3 4 5 6
Si mi pareja me propone una actividad dejo todo lo demás para estar con él	1 2 3 4 5 6
Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquila	1 2 3 4 5 6
Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy sola	1 2 3 4 5 6
No tolero la soledad	1 2 3 4 5 6
Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor de mi pareja	1 2 3 4 5 6
Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con él	1 2 3 4 5 6
Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja	1 2 3 4 5 6
Me divierto solo cuando estoy con mi pareja	1 2 3 4 5 6

Anexo 7: Memoria Fotográfica



Anexo 8: Certificado de traducción

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **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**, de la autoría de la Srta. María Soledad Carrión Rojas, con número de cédula 1900727973.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 30 de Julio de 2019.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

Anexo 9: Proyecto de tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**“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”**

AUTORA:

María Soledad Carrión Rojas

**Proyecto de Tesis previo a la obtención del
título de Psicóloga Clínica**

a) TEMA

“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”.

b) PROBLEMÁTICA

La violencia es una variable frecuente en el entorno de vida de muchas personas y da lugar a múltiples consecuencias que afectan a todos de un modo u otro, concibiéndola como un elemento inevitable de la condición humana cuyos efectos se observan bajo múltiples formas (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2002). De acuerdo al informe mundial sobre la violencia, cada año aproximadamente 500.000 personas son asesinadas, además de estas defunciones este fenómeno destroza la vida de millones de niños, mujeres y hombres que sufren las importantes consecuencias de la violencia en sus hogares, escuelas y comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Pese a los innumerables esfuerzos por reducir las tasas de violencia a nivel mundial, esta manifestación continúa en aumento; los datos indican que, en más de 80 países una de cada tres mujeres (35%) ha sido víctima de violencia física o violencia sexual (OMS, 2017); además, estudios recientes muestran que el 38% de los asesinatos a mujeres han sido cometidos por sus parejas (OMS, 2018).

También se revela que la violencia contra las mujeres y las niñas en América del Sur se ha convertido en una gran amenaza a los derechos humanos, la salud pública, la seguridad ciudadana y la autonomía física, política y económica de las mujeres en la región (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUND], 2013). De esta manera, América Latina representa la mayor tasa de violencia sexual ya sea dentro o fuera de la relación de pareja (OMS, 2013).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010) 6 de cada 10 mujeres ha vivido algún tipo de violencia de género. Del total de víctimas de

violencia física, el 87,3% se ha presentado durante las relaciones de pareja; en tanto que, a nivel regional, la violencia de género sobrepasa el 50% en todas las provincias del país. En la ciudad de Loja en los meses Diciembre 2017 a Marzo de 2018 en la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora se reportaron un total de 92 víctimas de violencia, de las cuales el 90.22% está representado por mujeres y el 9.78% restante por hombres; donde más de la mitad de las víctimas, específicamente el 66.30% son mujeres agredidas por su pareja, siendo la combinación de violencia física y psicológica la más frecuente, representada por el 50.82%, seguida de la violencia únicamente de tipo física con el 42.62% y en menor proporción de tipo psicológica que simboliza el 3.27% (HGIAL, 2018).

La mayoría de estos casos son víctimas violentadas por la pareja, ocasionando en ellas graves problemas de salud corporal, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo. Así como también produce secuelas en los hijos y su intervención tiene un elevado costo social y económico tanto para la mujer, la familia y la sociedad, llegando a producir consecuencias de tipo letales, como el homicidio o el suicidio (OMS, 2003).

Investigaciones revelan que, uno de los efectos más frecuentes de la violencia son las alteraciones de tipo emocionales, que sobrepasan la temporalidad del hecho violento y generan depresión en las víctimas; de esta forma se establece un amplio vínculo entre la depresión y la violencia infligida, determinando que, el riesgo de sufrir alteraciones del estado de ánimo siendo víctima de violencia es cuatro veces más elevado que en la población general (Rey, Juárez, Medina y Tiburcio, 2007; Trejo, Torres y Medina, 2009).

Según estudios recientes de la OMS (2018a) la depresión, al distinguirse de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, es una de las enfermedades más frecuente en todo el mundo, y se calcula que

afecta a más de 300 millones de personas, determinando que las mujeres presentan un riesgo mayor de padecer dicha alteración (5,1%) en comparación con los hombres (3,6%); siendo la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina. Pudiendo convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando su presentación es de larga duración, intensidad grave, y cuando constituye un estado de malestar que altera la esfera biopsicosocial de los individuos y conlleva al suicidio; se estima que cada año cerca de 800 000 personas se quitan la vida, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018b).

Como se mencionó anteriormente, la vulnerabilidad a las alteraciones emocionales aumenta en mujeres que son víctimas de violencia, pero a pesar de lo patológico e insatisfactorio de las relaciones de pareja, el trauma que supone la ruptura es verdaderamente devastador, y constituye con frecuencia el acontecimiento precipitante de episodios depresivos y otras psicopatologías (Castelló, 2005). Etiológicamente la violencia se encuentra determinada por factores multicausales y componentes de riesgo que predisponen y mantienen el problema, entre ellas está la asociación a variables psicológicas como la dependencia emocional, ya que las víctimas pueden presentar vínculos afectivos denominados como adictivos o dependientes hacia el agresor y que conllevan a una relación de sometimiento voluntario de la persona, cuyo fin es la desintegración de las características personales del sujeto dependiente y la aceptación y desarrollo de la dinámica de la violencia (Sirvent, 2013) llegando a producir consecuencias que en conjunto con estilos y patrones de personalidad pueden generar una mayor ideación e intento suicida (Siabato y Salamanca, 2015).

Debido a la problemática observada, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre los niveles de depresión y la dependencia emocional en las víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja?

c) JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifica socialmente debido a que la violencia de pareja, es una forma y condición de vida en la población tanto a nivel mundial, regional como local, y en nuestro medio se ha convertido en una problemática tangible que ocasiona en las víctimas graves alteraciones en su salud física, sexual, y psicológica, que se encuentra predominantemente asociada con la depresión y al desarrollo de consecuencias letales extremas como el homicidio y suicidio. El riesgo de presentar alteraciones emocionales es relativamente mayor en mujeres víctimas de violencia, ya que la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente muchas de las veces son deficientes debido a que, dichas mujeres presentan vínculos afectivos dependientes hacia la pareja que las agrede, siendo este uno de los factores que incrementa la tolerancia a la violencia.

La investigación se justifica académicamente ya que permitirá obtener información significativa en el campo clínico y profesional, permitiendo establecer el grado de relación entre depresión y dependencia emocional en las víctimas de violencia de pareja. Así mismo es una temática de gran relevancia ya que sus resultados permitirán comprender la dinámica de la violencia de pareja, prevenir su aparición y disminuir sus consecuencias.

Los resultados de esta investigación ayudarán a la elaboración de una propuesta de intervención psicológica dirigida a aquellas víctimas de violencia de pareja, teniendo como finalidad obtener una mejor calidad de vida tanto individual, familiar y social. Además, los resultados obtenidos de esta investigación pueden servir como pauta referencial y base para futuras investigaciones en el contexto local.

d) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los niveles de depresión y la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de depresión prevalentes en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.
- Evaluar la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.
- Establecer la relación entre los niveles de depresión y dependencia emocional en víctimas acuden a la Sala de Primera Acogida.
- Realizar una propuesta de intervención terapéutica con la finalidad de promover el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida.

e) METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de enfoque

El presente proyecto se realizará utilizando un enfoque cuali-cuantitativo integrando sistemáticamente estos métodos, a través de la recolección de datos cuantificables y su posterior análisis estadístico, así como la interpretación de resultados no estandarizados como producto de la información en su conjunto, adaptándose a las necesidades y circunstancias de la investigación.

Tipo de diseño

El estudio empleará un diseño prospectivo con corte transversal, dado que se realizará en un periodo de tiempo único, de acuerdo al alcance de los resultados la investigación será descriptiva-correlacional, ya que inicialmente se caracterizará de forma independiente las variables de estudio para luego establecer el grado de relación entre las mismas.

LUGAR DE ESTUDIO

Sala de Primera Acogida de víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja (HIAL).

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará conformado por los usuarios que acuden a la Sala de Primera Acogida de víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, teniendo un promedio de 180 pacientes al mes según los datos obtenidos en el lugar de estudio. La muestra constará de 70 mujeres víctimas de violencia de pareja, según

la disponibilidad o apertura del profesional a cargo. Para la investigación, la muestra será elegida por muestreo no probabilístico por conveniencia, según los criterios de selección del estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.
- Mujeres en edades comprendidas entre 18 y 50 años.
- Mujeres que han firmado el consentimiento informado entregado durante la consulta.

Criterios de exclusión

- Hombres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.
- Mujeres que no acepten el consentimiento informado o no deseen participar de la investigación

Criterio de salida

- Mujeres víctimas de violencia de pareja que no deseen continuar con la investigación

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORIA	VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADORES	INSTRUMENTO
A	Variable Independiente Dependencia emocional	La necesidad extrema de afecto que una persona demanda hacia su pareja, que genera en los dependientes sentimientos intensos de sumisión,	Cuantitativa	Niveles de Dependencia: - Ausencia de dependencia - Tendencia a la dependencia - Dependencia emocional	Cuestionario De Dependencia Emocional, Lemos M. & Londoño, N.

		pensamientos obsesivos sobre la pareja, centrados en un sentimiento intenso de miedo al abandono.	Cualitativa	Subescalas: <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad de separación. - Expresión afectiva de la pareja. - Modificación de planes. - Miedo a la soledad - Expresión límite - Búsqueda de atención 	H. (2006)
B	Variable dependiente Depresión	La depresión es una alteración psicológica del estado de ánimo caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico psicológico de episodio depresivo. - Tratamiento Psicológico y Psiquiátrico 	Análisis del historial psicológico y psiquiátrico

		placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, etc.	Cuantitativa	Niveles de depresión: - Mínima - Leve - Moderada - Grave	Inventario de Depresión de Beck II
	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa	Años cumplidos	
	Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia o matrimonio.	Cualitativa	Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado Unión Libre	
	Nivel de instrucción	Grado obtenido de estudios realizados o en curso.	Cualitativa	Primario Secundario Medio Superior	
	Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona	Cualitativa	Empleo que la persona realiza en la actualidad	
	Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la	Cualitativa	Alto Medio-alto Medio Medio-bajo	

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		preparación laboral.		Bajo	Ficha sociodemográfica y de violencia
	Violencia experimentada	Acto que da lugar a daños físicos, psicológicos o sexuales.	Cualitativa	Tipo de violencia: Física Psicológica Sexual	
	Frecuencia de violencia.	Acto que da lugar a daños físicos, psicológicos o sexuales.	Cualitativa	Frecuencia Primera Subsecuente	
	Relación con el agresor	Acto que da lugar a daños físicos, psicológicos o sexuales.	Cualitativa	Relación con el agresor: Pareja Ex conviviente	
	Agresión asociada con	Acto que da lugar a daños físicos, psicológicos o sexuales.	Cualitativa	Agresión asociada con: Alcohol Drogas Ninguno	

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección información será necesario el uso de las siguientes técnicas e instrumentos:

- **Consentimiento Informado**

Descripción y objetivo. Con la finalidad de cumplir con los criterios éticos, el consentimiento informado garantizará que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido los objetivos del estudio, los beneficios, las alternativas, sus derechos y responsabilidades. La persona elegirá si desea participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. Por lo tanto, se procederá a actuar con total responsabilidad, consideración y respeto hacia los pacientes teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida.

- **Historial psicológico y psiquiátrico**

Descripción y objetivo. Se revisará minuciosamente el historial psicológico y psiquiátrico de las pacientes, con el objetivo de identificar a las pacientes femeninas víctimas de violencia de pareja que presenten diagnóstico de episodio depresivo, realizado en la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora, registrando además el tipo de episodio depresivo e intervenciones psicológicas y psiquiátricas recibidas.

- **Ficha Sociodemográfica**

Descripción y objetivo. Cuestionario diseñado para recabar información sobre datos económicos, sociodemográficos y nivel de educación de cada una de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala.

- **Escala de Dependencia Emocional Lemos & Londoño, 2006**

Descripción y objetivo. Este cuestionario fue diseñado para medir la dependencia emocional en hombres y mujeres de 16 a 55 años de edad, en población colombiana. El cuestionario está conformado por 23 ítems y 6 factores, los cuales son: Ansiedad de separación, Expresión afectiva de la pareja, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite y Búsqueda de atención.

Confiabilidad: El alfa total de la escala fue de 0.950. Al realizar el análisis de confiabilidad de las sub-escalas se encontraron alfas aceptables para las sub-escalas concepto de sí mismo, amenazas y estrategias interpersonales. Sin embargo, en todas se señalaron ítems que debían ser eliminados para aumentar la confiabilidad. La sub-escala concepto de otros tuvo un alfa muy bajo ($\alpha = 0.437$), que llevó a que se considerara pertinente pensar en eliminar esta sub-escala completamente. Las alfas finales para las sub-escalas fueron concepto de sí mismo 0.809, amenazas 0.903, y estrategias interpersonales 0.878.

Calificación: Cada ítem es valorado en una escala de Likert de seis puntos, que va desde uno (Completamente falso de mi) hasta seis (Me describe completamente). El puntaje se divide en tres categorías, de la siguiente manera: No dependencia (< 46), Tendencia a la dependencia (de 47 a 60) y Dependencia emocional (> 60). Además de los 6 factores que evalúa, los cuales son: Ansiedad de separación (2, 6, 7, 8, 13, 15, 17), Expresión afectiva de

la pareja (5, 11, 12, 14), Modificación de planes (16, 21, 22, 23), Miedo a la soledad (1, 18, 19), Expresión límite (9, 10, 20) y Búsqueda de atención (3, 4).

- **Inventario de Depresión de Beck II**

Descripción y objetivo: Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos.

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez: Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos 13,14,26-28 con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

Calificación: el cuestionario consta de 21 ítems que se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan

igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad, es un cuestionario autoaplicable que evalúa en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 63 puntos. Las categorías de evaluación son las siguientes: Mínima 0-13, Leve 14-19, Moderada 20-28, Grave 29-63.

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizará en a través de las siguientes fases para la obtención de cada uno de los objetivos anteriormente planteados.

En primera instancia, se visitará la institución para corroborar la existencia de la problemática a través del diálogo con la persona responsable de la Sala de Primera Acogida contra la Violencia Intrafamiliar del HIAL. Seguidamente se procederá a la elaboración de los correspondientes oficios y a la coordinación para la respectiva autorización dirigida al Director de Docencia del HIAL para la ejecución de la investigación.

Como segunda instancia, se establecerá el lugar y el horario de la evaluación según la disponibilidad asignada de los funcionarios, verificando que las participantes de la investigación cumplan con los criterios de inclusión. Posteriormente se dará a conocer el motivo del estudio a las participantes autorizando la investigación por medio del consentimiento informado, así mismo se continuará con la recolección de la información diagnóstica, correspondiente a episodios depresivos a través del historial psicológico y psiquiátrico el cual será verificado por el profesional a cargo de la Sala de Primera Acogida. Seguidamente se procederá a la aplicación de los instrumentos previamente seleccionados. La aplicación de técnicas e instrumentos se llevará a cabo de forma personal, respondiendo los

formularios, respetando con ello el anonimato de los participantes y confidencialidad de los datos.

Con los datos que se obtendrán se procederá a la organización y análisis de los resultados mismos que a través de un proceso síntesis e interpretación permitirán la elaboración de la discusión, y la corroboración de los objetivos, así como la elaboración de conclusiones y recomendaciones según los resultados arrojados.

Finalmente se elaborará la propuesta de intervención psicoterapéutica enfocada a la mejora del bienestar psicológico de las mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a la Sala de Primera Acogida, con la finalidad de reducir la sintomatología depresiva y dependencia emocional.

f) **CRONOGRAMA**

ACTIVIDADES - PERIODO 2018	OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Búsqueda de información para determinar la problemática a investigar	X	X	X	X																
Problematización del tema investigado					X	X	X													
Búsqueda de fuentes bibliográficas		X	X	X						X	X	X	X							
Elaboración de la justificación y operacionalización de variables							X	X	X	X				X	X	X	X	X		
Elaboración de marco teórico													X	X	X	X	X			
Búsqueda de instrumentos y elaboración de metodología																X	X	X	X	
Presentación del proyecto para la aprobación y pertinencia del mismo																				X

