



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de
Psicóloga Clínica

TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del proyecto:

**Depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de
Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020**

Autoras:

Karol Yesenia Encalada Urgilez

Karla Lizeth Sánchez Rodríguez

Tutora: Ps. Cl. Cristina Alessandra Procel Niama Mgs.

Riobamba – Ecuador

2020

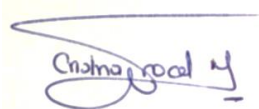
ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs., docente de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el informe final del proyecto de investigación titulado **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS ATENDIDOS EN LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE PALORA, 2020”**, realizado por las señoritas: ENCALADA URGILEZ KAROL YESENIA con C.C 1400660633 y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ KARLA LIZETH con C.C 0603931502, el mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, se encuentra **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA.**

Para constancia de lo expuesto firma:



.....
Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs

TUTORA

Riobamba, 25 de septiembre de 2020

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

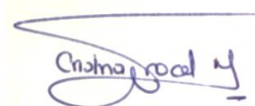
Los docentes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, Miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación titulado “**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS ATENDIDOS EN LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE PALORA, 2020**”, presentado por las estudiantes: ENCALADA URGILEZ KAROL YESENIA con C.C. 1400660633 y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ KARLA LIZETH con C.C. 0603931502, dirigido por la Ps. Cl. Cristina Alessandra Procel Niama. Mgs

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito, con fines de titulación, en el que se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentra APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs

Tutor



.....

Dra. Rocío Tenezaca Sánchez

Miembro de Tribunal



.....

Mgs. Alejandra Sarmiento Benavides

Miembro de Tribunal



.....

Riobamba, 25 de septiembre de 2020.

AUTORÍA DEL PROYECTO

Nosotras, KAROL YESENIA ENCALADA URGILEZ portadora de la cédula de identidad 1400660633 y KARLA LIZETH SÁNCHEZ RODRÍGUEZ portadora de la cédula de identidad 0603931502 declaramos ser responsables de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación sobre: **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS ATENDIDOS EN LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE PALORA, 2020”** y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Karol Yesenia Encalada Urgilez

1400660633



Karla Lizeth Sánchez Rodríguez

0603931502

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por bendecir mi camino y permitir que siga cumpliendo mis metas, a mi madre Mery Urgilez por ser mi pilar, guía e inspiración en cada paso que he dado a lo largo de mi vida, por su amor, dedicación y firmeza al no soltar mi mano a pesar de las adversidades. A mis hermanos: Viviana, Joel, Yamilex y David por ser mi apoyo constante, mi compañía, por brindarme amor y enseñarme el valor de la paciencia. A mi sobrina Anelis López que es como una hija para mí, ella es uno de los mejores regalos que Dios me brindó, por siempre darme ánimos en mis momentos malos con sus ocurrencias y permitirme ver que siendo tan pequeña se puede alcanzar grandes cosas, que la felicidad se obtiene de cosas muy pequeñas y que debemos disfrutar de cada momento que tenemos. A mi padrastro Segundo y a mi pareja Junior por estar ahí a pesar de todo y no dejarme decaer ante nada.

Agradezco a mi tutora Mgs. Cristina Procel y a los docentes de la institución que han impregnado en mi valores, principios y conocimientos.

Karol Yesenia Encalada Urgilez

Agradezco a Dios por el maravilloso regalo de la vida, a mi familia en especial a mis padres Cesibel y Gonzalo por ser siempre mi apoyo incondicional en cada paso y obstáculo superado, a mi querida Universidad Nacional de Chimborazo fuente de sabiduría y formación profesional de donde me llevo los mejores recuerdos, a cada uno de los docentes de la carrera por su enseñanza tanto personal como profesionalmente, a mi tutora Mgs. Cristina Procel por su guía en el desarrollo de este proyecto de investigación y a cada una de las personas que estuvieron junto a mí a lo largo de este camino para obtener mi título de psicóloga clínica.

Karla Lizeth Sánchez Rodríguez

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a mi madre, hermanos, a mi padrastro, mi sobrina y pareja por brindarme su apoyo incondicional, siempre estar ahí en cada paso que doy, ser el pilar fundamental para seguir adelante con mis estudios, por ayudarme a esforzarme día a día para conseguir mis propósitos y no decaer en el camino.

Karol Yesenia Encalada Urgilez

A mi familia en especial a mis padres por ser mi ejemplo a seguir, mi fuente de motivación e inspiración, por su fortaleza y por el gran trabajo que han realizado a lo largo de mi vida, inculcándome los mejores valores y principios.

Karla Lizeth Sánchez Rodríguez

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	- 2 -
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	III
AUTORÍA DEL PROYECTO	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS.....	18
General	18
Específicos	18
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	19
Antecedentes de la investigación.....	19
DEPRESIÓN	21
Definición.....	21
Causas	21
Tipos.....	22
Niveles.....	23
Consecuencias	23

ANSIEDAD.....	24
Definición.....	24
Causas	24
Tipos.....	26
Niveles.....	27
Consecuencias	28
Depresión y ansiedad en víctimas de violencia.....	28
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	30
Tipo de Investigación	30
Diseño de la Investigación	30
Nivel de la Investigación.....	31
Población y Muestra.....	31
Técnicas e Instrumentos	32
Técnicas para procesamiento e interpretación de datos	33
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
RESULTADOS.....	34
ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	43
Técnicas utilizadas para la depresión.....	43
1. Psicoeducación.....	43
2. Escucha Activa.....	44
3. Reestructuración Cognitiva	45
4. Asignación de tareas graduadas	46
Técnicas utilizadas para la ansiedad	47
1. Respiración con el diafragma.....	47
2. Imaginación guiada	47
3. Relajación muscular progresiva de Jacobson	49
4. Terapia Racional Emotiva	49
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES.....	55

RECOMENDACIONES.....	VII
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	VII
ANEXOS	VII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra en estudio.....	34
Tabla 2: Niveles de depresión.....	36
Tabla 3: Tipo de depresión en función al género y estado civil.....	37
Tabla 4: Tipos de depresión en función del tipo de violencia.....	38
Tabla 5: Niveles de ansiedad.....	39
Tabla 6: Tipo de ansiedad en función al género y estado civil.....	41
Tabla 7: Tipos de ansiedad en función al tipo de violencia.....	42

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora. El estudio fue documental y bibliográfico, de diseño transversal, no experimental y de nivel descriptivo. La población de estudio estuvo representada por los usuarios víctimas de violencia que acuden a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia, formada por una muestra no probabilística por conveniencia, donde se revisaron 50 expedientes de usuarios adultos hombres y mujeres víctimas de violencia que reposan en el departamento de estadística de la institución. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de observación en la que constan datos sociodemográficos y resultados de los instrumentos: Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE) y el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE); entre los principales resultados se evidenció que la violencia psicológica es la que prevalece entre los usuarios atendidos, con mayor incidencia en mujeres de estado civil soltera. En cuanto a los estados de depresión el 48% de los usuarios presentaron depresión rasgo en un nivel medio y el 56% un nivel alto de depresión estado. En cuanto a los estados de ansiedad, el 76% presentó ansiedad rasgo en un nivel alto y el 62% ansiedad estado en un nivel medio. Ante los resultados obtenidos se elaboraron estrategias psicológicas para prevenir la depresión y ansiedad para personas víctimas de violencia.

Palabras Clave: depresión, ansiedad.

ABSTRACT

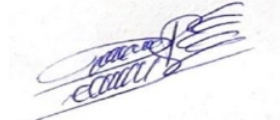
This work's objective was to analyze depression and anxiety in users who attended the Junta Cantonal de Protección de Los Derechos de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora. The study was documentary and bibliographic, with a cross-sectional, non-experimental design and a descriptive level. The study population was represented by users of violence who attended the Junta Cantonal de Protección de Los Derechos de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora.

It was made up of a non-probabilistic sample for convenience, where 50 files of adult users, men, and women victims of violence who rest in the institution's statistics department were reviewed. For data collection, an observation form was used, including sociodemographic data and results of the instruments: Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE) and the Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).

Among the main results, it was evidenced that psychological violence is the one that prevails among the users attended, with the highest incidence in women with a single marital status. Regarding the states of depression, 48% of the users presented trait depression at a medium level, and 56% a high level of state repression. Regarding anxiety states, 76% presented trait anxiety at a high level, and 62% state anxiety at a medium level. Based on the results obtained, psychological strategies were developed to prevent depression and anxiety in violence victims.

Key Words: depression, anxiety.

Translation reviewed by:



MsC. Edison Damian
English Professor

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un estudio sobre depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora, provincia de Morona Santiago, con el fin de analizar la depresión y ansiedad en usuarios víctimas de violencia y proponer estrategias psicológicas para los mismos. La depresión es un trastorno que se caracteriza por la existencia de un sentimiento de tristeza lo suficientemente intenso como para interferir en el desarrollo de las actividades habituales y/o por una reducción del interés o del placer en actividades que solían ser del agrado de la persona afectada (Coryell, 2018). La depresión presenta un conjunto de síntomas de predominio afectivos, aunque en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático.

La ansiedad es una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo. Tiene una importante función básica de supervivencia: la ansiedad es un sistema de alarma que se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza. A veces la ansiedad crea una sensación de fatalidad y aprensión que parece producirse sin ninguna razón. Es habitual en los que sufren de trastorno de ansiedad no saber qué está causando las emociones, preocupaciones y sensaciones que tienen (Lyness, 2013).

El presente trabajo de investigación consta de apartados como: resumen, introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos a cumplir, marco teórico que se compone de antecedentes de investigaciones previas y la descripción de cada una de las variables en este caso depresión y ansiedad, seguido del marco metodológico detallando el tipo, diseño y nivel de investigación, población y muestra, técnicas para el procesamiento de datos, los instrumentos previamente aplicados por la institución, la interpretación de los resultados obtenidos mediante cuadros estadísticos y su respectiva discusión de la temática planteada, además de las estrategias psicológicas propuestas para disminuir los niveles de los estados de depresión y ansiedad en usuarios víctimas de violencia, finalmente se encuentran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos del tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones psicológicas como la depresión y ansiedad son problemas que afectan a la población a nivel mundial. Los mismos que han desencadenado una serie de problemas entre ellos la violencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) menciona que: Los trastornos por depresión y ansiedad son problemas habituales de la salud mental que afecta a la capacidad de trabajo y la productividad, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones padecen trastornos de ansiedad.

Según el Congreso Nacional de Chile (BCN, 2018) estima que entre los años 2005 y 2015 el número total de personas con depresión aumentó en 18,4% llegando al 4,4% de la población global. De estos 322 millones de personas que sufren trastornos depresivos, el 15% (48,16 millones de personas) viven en América. Acorde con las tendencias a nivel mundial, la prevalencia de trastornos depresivos en la región es significativamente mayor en mujeres, incluso acercándose a las cifras de prevalencia de África, la más alta cifra regional (5,9%). Debido a la magnitud de este problema, la depresión se ha clasificado como el principal factor que contribuye a la discapacidad.

Un 3,6% de la población mundial sufre un trastorno de ansiedad y la cifra va en aumento. El número total de las personas con trastornos de ansiedad en el mundo se estimó en 264 millones en el año 2015, reflejando un aumento de 14,9% en la última década. De este número el 21% (57,22 millones de personas) residen en América, porcentaje sólo superado por la región de Asia Sudoriental con una representación del 23%. (BCN, 2018)

Según la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2019) mencionan que: A nivel regional la depresión es la primera causa de discapacidad con el 7,8% de discapacidad total. Así mismo, se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia, son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión.

En México los reportes revelan que 9,2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años y que los más jóvenes presentan tasas mayores. La depresión ha sido asociada a otras conductas como como adicciones, suicidio y violencia, particularmente en jóvenes (Wagner, González, Sánchez, García y Gallo, 2012). Las mujeres, las personas sin pareja y el bajo nivel de educación se asocian con mayor riesgo.

Según el BCN (2018) menciona que los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% versus el 2,6% a nivel mundial) número que aumenta al 7,7% para las mujeres de América (versus el 3,6% de los hombres). La nuestra es la única región en el mundo en donde la prevalencia de trastornos de ansiedad supera porcentualmente a la de los trastornos depresivos.

Además, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la región de América. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión. Todos los países sudamericanos, incluyendo a Ecuador y con excepción de Bolivia, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional. (OPS/OMS, 2019)

Un estudio realizado en Buenos Aires por la Asociación de psicólogos de MERCOSUR estima que alrededor de un 40% de la población femenina sufre maltrato físico y psíquico por parte de su pareja. De estas mujeres entre el 21% y el 60% desarrolla un trastorno de ansiedad y entre un 40% y 55% desarrolla depresión. (Vetere, Sánchez y Medina, 2016)

La Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora provincia de Morona Santiago, es una organización que tiene como función pública el proteger, garantizar y defender los derechos individuales y colectivos de los niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres. El problema que se presenta con mayor frecuencia es la presencia de mujeres y hombres adultos que han sufrido algún tipo de violencia tanto física, mediante golpes, empujones, jalones e incluso provocando heridas con armas blancas y violencia psicológica manifestada por insultos, amenazas, chantajes, provocados por su pareja, padres, amigos,

maestros u otra persona ajena a la víctima, causando así consecuencias negativas para su salud entre ellas la depresión y ansiedad.

Según referencias de la psicóloga de la institución los usuarios adultos acuden con manifestaciones de tristeza, llanto, desmotivación, problemas para dormir, disminución del apetito, cansancio, descuido en su apariencia personal, preocupación, sudoración, dolor del pecho, entre otros. Bajo estas circunstancias muchos de los usuarios han tenido que abandonar su trabajo, hijos y en algunos casos a su pareja, debido a las consecuencias físicas como problemas orgánicos, pérdida del deseo sexual, problemas para dormir, ganar o perder peso, dolor de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza, ritmo cardiaco acelerado; psicológicas entre ellas suicidio, angustia, baja autoestima, mal humor, pérdida cognitiva; conductuales como perturbaciones en el comportamiento, falta de voluntad y sociales como fracasos afectivos, financieros y sociales, aislamiento social, soledad, todas esas consecuencias derivadas del maltrato.

Por lo que es importante atender estas manifestaciones presentes en la población y evitar problemas en la salud mental y física de las personas víctimas de maltrato, por lo que se propone elaborar estrategias psicológicas para reducir los síntomas depresivos y ansiosos de los usuarios víctimas de violencia atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los estados de depresión y ansiedad presentes en los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020?

JUSTIFICACIÓN

Alrededor del mundo existe un alto índice de violencia que en muchos casos pasa por desapercibida, ésta es tolerada e incluso aceptada y a menudo ignorada por el entorno, las secuelas que deja van más allá de las lesiones físicas que ocasiona el maltrato, teniendo graves a corto y largo plazo, para su salud física y especial su salud mental.

En nuestro país a pesar de la reglamentación vigente la violencia es una de las problemáticas más alarmantes de atención en salud pública, aún existen personas víctimas de violencia que requieren una atención psicológica adecuada y estrategias para poder sobrellevar la situación que se encuentran atravesando, es por ello que se vio la necesidad de realizar la investigación con el tema: “Depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020” con el fin de analizar los estados de depresión y ansiedad y elaborar estrategias psicológicas que contribuyan a reducir la sintomatología de los trastornos mentales antes mencionados.

En la Provincia de Morona Santiago existen pocas investigaciones relacionadas al tema planteado, por lo que se convierte en un aporte valioso en el área de salud mental debido a que no existe información actualizada y específica en cuanto a estados de depresión y ansiedad en usuarios que han sufrido algún tipo de violencia. Los resultados de la investigación otorgarán aportes que servirán de base para futuras investigaciones afines al tema proporcionando datos relevantes en cuanto a la depresión y ansiedad relacionados junto con los datos sociodemográficos hallados en el cantón Palora. Así como también se beneficiará a los usuarios víctimas de violencia que acuden a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia y al personal de psicología clínica otorgándoles estrategias psicológicas que ayuden a prevenir los altos índices de depresión y ansiedad en la población.

La investigación es factible dado el interés que surge por estudiar la problemática existente en el cantón, además se cuenta con la predisposición y permiso del alcalde, así como el de las autoridades de la Junta Cantonal que permitieron el acceso total a los expedientes de los

usuarios. Se dispone de los recursos económicos necesarios, tiempo requerido y material bibliográfico con relación a las variables planteadas.

OBJETIVOS

General:

- Analizar la depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020.

Específicos:

- Identificar los estados y niveles de depresión en usuarios víctimas de violencia atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora.
- Determinar los estados y niveles de ansiedad en usuarios víctimas de violencia atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora.
- Relacionar los niveles de depresión y ansiedad con el género y estado civil en usuarios víctimas de violencia atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora.
- Seleccionar estrategias psicológicas orientadas a prevenir la depresión y ansiedad para usuarios víctimas de violencia.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Tras la revisión bibliográfica se encontraron diferentes estudios con relación a las variables entre los que destacan:

La investigación realizada en el Policlínico Rolando Monterrey por Barthelemy S, Jimenez M, De la Paz C, Pérez M y Figueredo E, (2009). Titulada: “Violencia ejercida a la mujer en la relación de pareja. Policlínica Rolando Monterrey. Enero – Diciembre 2009. Moa.” Fue un estudio descriptivo, se utilizó un diseño no experimental transversal en una muestra de 70 mujeres. Utilizaron el Inventario de Beck e Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), con el objetivo de caracterizar socio psicológicamente a las víctimas. Los autores encontraron como resultado que el tipo de violencia más empleada fue la psicológica, la cual se manifestó en mujeres entre 35 – 44 años de edad, con un nivel preuniversitario; donde las trabajadoras fueron las más afectadas. La mayoría presentó ansiedad como estado y depresión en niveles altos, sin embargo, la ansiedad como rasgo es bajo; poseen una autovaloración inadecuada y sus necesidades giran en torno a su seguridad, autorrealización y afecto o estima.

En el artículo publicado por la Universidad César Vallejo en Lima – Perú. Vasquez B, (2017). Titula su estudio como: “Violencia de pareja y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo en madres de un Hospital Nacional, 2017”. El cual tuvo como objetivo identificar la relación entre la violencia de pareja y la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en madres de un Hospital Nacional, 2017. Los autores realizaron un análisis estadístico de tipo descriptivo y correlacional, cuya muestra estuvo conformada por 287 pacientes que asisten a un Hospital Nacional del distrito de Comas en condición de madres de entre 16 y 43 años. Para ello utilizaron el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y la versión modificada de Conflict Tactics Scale (M-CTS). Los resultados mostraron que de acuerdo a la violencia de pareja existe una correlación directa y media con la variable ansiedad-estado, es decir a mayor indicación de violencia mayor es la ansiedad. Mientras que en relación a la primera subescala: Argumentación y ansiedad-rasgo existe una correlación inversa débil, en cambio con las subescalas de Agresión física leve y

Agresión física grave se observan correlaciones positivas medias y con la subescala Agresión verbal con Ansiedad-rasgo se aprecia una correlación directa considerable.

La investigación realizada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por Huerta R, Bulnes M, Ponce C, Sotil A y Campos E (2014), con el título: “Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima”, la cual tuvo como objetivo analizar la relación entre depresión y ansiedad según el tipo de convivencia en mujeres con y sin maltrato en la relación de pareja, de zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima, con una muestra de 428 mujeres agrupadas según condición de violencia en la relación de pareja (con y sin violencia). Utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión. Como resultados obtuvieron que existe correlación significativa entre la ansiedad estado y depresión y muy significativa entre depresión y ansiedad rasgo. Asimismo, se halló que la ansiedad estado difiere según la condición de maltrato, siendo las mujeres víctimas de maltrato quienes presentan mayor ansiedad, por otro lado, la ansiedad rasgo es una característica de diferencia en las mujeres maltratadas. En lo que respecta a la depresión, las mujeres maltratadas presentaron mayor depresión que las mujeres no maltratadas.

DEPRESIÓN

Definición

La depresión es una enfermedad severa que se presenta con mayor incidencia en las mujeres. Según la OMS (2020) menciona que: “La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, ausencia de placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” Existen muchas causas incluyendo factores genéticos, biológicos, ambientales, sociales y psicológicos.

Causas

Según la Clínica Universidad de Navarra, este trastorno se produce generalmente por la interacción de factores biológicos como: cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, componentes genéticos, etc. con factores psicosociales tales como circunstancias estresantes en la vida afectiva, laboral o de relación y de personalidad especialmente, sus mecanismos de defensa psicológicos (Maset, 2015).

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas por ejemplo desempleo, luto, traumatismos psicológicos, maltrato, tienen más probabilidades de sufrir depresión. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión y viceversa (OMS, 2020).

Existen las causas ambientales de la depresión, entendemos las causas de la depresión que actúan en nuestra mente, nuestro cuerpo y lo que nos rodea. Teniendo en cuenta que cada persona reacciona de manera distinta tanto a nivel de su mente como de su cuerpo a los sucesos dolorosos y devastadores. Es especialmente relevante en este caso las situaciones de abuso infantil o ambientes de violencia familiar. (Koeck, 2020)

Tipos

Para la investigación se tomará en cuenta la clasificación basada en el modelo de Spielberger. La cual divide en depresión rasgo y depresión estado:

Depresión rasgo

Se comprende como un estado emocional constante que persiste a lo largo del tiempo. La forma habitual que se comporta una persona que permite comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos (Spielberger, Agudelo y Casal se citó en Domínguez y Merino, 2018).

Las manifestaciones dependerán de la persona y su vulnerabilidad, la característica principal de este tipo de depresión vendría a ser la personalidad premórbida, que desde su infancia tuvo características depresivas que se pueden agravar hasta desencadenar episodios depresivos. Las manifestaciones son: humor depresivo, apatía, aumento de la fatiga, pérdida de confianza, sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo, sentimientos de culpa excesiva, incapacidad de concentrarse, alteraciones del sueño y del apetito (González, 2019).

Depresión estado

“Se entiende como un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo, la experiencia actual de persona y la afectación que tiene la persona según dicha sintomatología” (Duque y Quintero, 2008).

En la depresión estado la sintomatología difiere de acuerdo a la situación actual en la que se encuentra una persona, al sufrir alguna pérdida, maltrato, etc., después de que haya recibido tratamiento o a su vez que la sintomatología haya disminuido cambia su estado emocional.

Niveles

La depresión se puede manifestar de diferentes formas. Sobre la base de un diagnóstico y mediante conocimientos en lo referente a la sintomatología de la depresión, se pueden distinguir diferentes niveles de depresión como:

Bajo: Es un tipo muy frecuente y puede afectar a cualquier persona, ya que es muy frecuente y menos grave a los otros tipos. González (2007) refiere que deben presentar al menos 4 síntomas de la depresión (humor depresivo presente la mayor parte del tiempo y cada día, pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar las actividades que antes le resultaban placenteras, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad, que puede estar acompañado de uno de los siguientes síntomas, pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, disminución en la capacidad de pensar o de concentrarse y alteraciones del sueño y del apetito). Su puntuación en el test debe darse menor o igual a 34 puntos.

Medio: Se presenta cuando los síntomas no son tan graves y llega a interferir con las actividades que realiza en su vida diaria. González (2007) refiere que las personas que presentan depresión en un nivel medio deben al menos cumplir 6 de los síntomas mencionados en el nivel bajo, se presenta con una puntuación de 36 a 46 puntos.

Alto: Los síntomas en la depresión con un nivel alto pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana. González (2007) refiere que deben estar presentes al menos 8 de los síntomas antes mencionados o más, las ideas o actos suicidas se presentan con mayor frecuencia llegando a causar la muerte de la persona que lo padece. Su puntuación se presenta mayor o igual a 47 puntos.

Consecuencias

A continuación, se abordará una clasificación de las consecuencias que suelen tener las personas que padecen depresión dividiéndolas en cuatro grupos según (Bravo,2019).

- **Consecuencias físicas:** Problemas orgánicos, cansancio, pérdida del deseo sexual, problemas para dormir, pérdida de apetito, comer compulsivamente, ganar o perder peso, dolor de estómago, retortijones o estreñimiento, dolor de cabeza, ritmo cardíaco acelerado.
- **Consecuencias psicológicas:** Suicidio, angustia, apatía, susceptibilidad, baja autoestima, obsesiones, huir de la realidad, amargura, mal humor, pérdida cognitiva.
- **Consecuencias conductuales:** Perturbaciones del comportamiento, reacciones impertinentes, no luchan, falta de voluntad.
- **Consecuencias sociales:** Fracasos afectivos, financieros y sociales, soledad, indiferencia del amor, aislamiento social, pérdida de contacto con amigos y familiares.

ANSIEDAD

Definición

La ansiedad es una emoción que todo el mundo ha experimentado en algún momento de la vida y que ayuda al organismo a prepararse para hacer alguna cosa importante. (Forcadell, Fullana, Lázaro y Lera, 2019) refiere: La ansiedad produce una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo. Aparece cuando se ha de actuar en una situación que demanda un esfuerzo intenso o sostenido y que sirve para activar y hacer frente a una amenaza o peligro que está ocurriendo en el presente o que puede pasar en el futuro.

Causas

Según (Forcadell et al., 2019) mencionan que la ansiedad es ocasionada por:

Antecedentes familiares: Existe un componente familiar en el desarrollo de algunos trastornos de ansiedad, lo que implica que si una persona tiene alguno de estos trastornos sus familiares tienen más probabilidad de tenerlo también.

Tóxicos en el embarazo: Determinadas situaciones o el contacto con algunas sustancias durante el embarazo (problemas graves de nutrición, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, algunos fármacos o elevados niveles de cortisol, entre muchos otros) pueden provocar una vulnerabilidad a desarrollar algún tipo de trastorno, entre los que se encuentran los trastornos de ansiedad.

Estilos de crianza: También hay factores relacionados con el estilo de crianza que puede generar una predisposición a desarrollar un trastorno de ansiedad. Un vínculo inseguro entre el bebé y sus cuidadores (por ejemplo, no satisfacer las necesidades del menor cuando hace demandas, aplicar un estilo de crianza contradictorio o no transmitirle seguridad ni amor incondicionales), así como un estilo de crianza excesivamente autoritario o demasiado sobreprotector, están relacionados con una mayor vulnerabilidad a tener estos trastornos.

Estrés: Situaciones de estrés como los derivados por problemas en el trabajo, en las relaciones familiares o sociales, favorecen la aparición de síntomas de ansiedad.

Personalidad: Otro factor es la “forma de ser” de una persona. Personas con una tendencia a la inhibición y la timidez pueden tener una mayor tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad.

Traumas: Los niños que soportaron maltratos o traumas o que presenciaron eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas. Los adultos que atraviesan un evento traumático como el maltrato, también pueden manifestar trastornos de ansiedad.

Tipos

Para la investigación se tomará en cuenta la clasificación propuesta por Spielberger. La cual divide en ansiedad rasgo y ansiedad estado:

Ansiedad rasgo

Es una condición emocional en donde la persona es propensa a ser ansiosa con rasgos relativamente estables, que se mantiene a través del tiempo, que viene a ser innato en la misma.

Es un número relativamente estable de diferencias individuales respecto a la propensión a experimentar ansiedad. Las diferencias respecto a este tipo de ansiedad, se ven reflejadas en las manifestaciones comportamentales en lo relativo a frecuencias de elevaciones en un estado de intensidad a través del tiempo. Estos individuos perciben el mundo como más peligroso o amenazante. Son capaces de percibir un mayor número de situaciones como amenazantes y tienen mayor predisposición a sufrir de ansiedad-estado con más frecuencia. Son percibidos como molestos los altos niveles de ansiedad-estado, por ello, una persona hará uso de habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse al estrés que no pueda evitar (Spielberger, 1972).

Ansiedad estado

Es una condición emocional transitoria que se presenta en la persona por un período de tiempo en específico, que podría darse por una situación estresante para el mismo.

La persona que se ve desbordada por la ansiedad-estado podría iniciar un proceso defensivo que le ayude a disminuir el estado emocional irritante que experimenta. Éstos mecanismos defensivos influyen en el proceso psicofisiológico el cual posiblemente modifique o distorsione su percepción o valoración de la situación o situaciones. Si los mecanismos defensivos resultan exitosos, los hechos se verían como menos amenazantes y se reduce el estado de ansiedad (Spielberger, 1972).

Niveles

La ansiedad se puede manifestar de diferentes formas. Sobre la base de un diagnóstico y mediante conocimientos en lo referente a la sintomatología de la ansiedad, se pueden distinguir diferentes niveles de ansiedad como:

Bajo: La ansiedad en un nivel bajo no interfiere en su vida cotidiana, este tipo de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad. Villanueva y Ugarte (2017) afirman que se puede identificar en una persona debido a que se encuentra alerta, observa y oye dominando la situación antes que se produzca. Su puntuación en el test se observa menor a 30 puntos.

Medio: La ansiedad en un nivel medio se presenta cuando la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello. Villanueva y Ugarte (2017) afirman que presenta síntomas como una frecuente respiración entrecortada, tensión arterial elevada, estómago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión facial o de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, dificultad de dormir o relajarse, vómito. Su puntuación presente en el test se muestra entre 30 y 44 puntos.

Alto: La ansiedad en un nivel alto se presenta con una reducción significativa del campo perceptivo. González (2007) afirma: La persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad. Por lo que claramente influye en su desempeño en su vida diaria y las diferentes actividades que desempeñan. La puntuación en el test se presenta mayor de 45 puntos.

La atención se concentra en uno o varios detalles dispersos lo que ocasiona distorsión en lo que observa, dificultad para aprender nuevas cosas y para establecer secuencias lógicas. A nivel neurovegetativo, se presenta la respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofocación, movimientos involuntarios o temblor corporal, expresión facial de terror, hipertensión arterial, etc. Cuando las respuestas de ansiedad que tiene una persona se desbordan y no son las adecuadas para el momento vivido, se entiende que está presentando un trastorno de ansiedad. (Villanueva y Ugarte, 2017)

Consecuencias

A continuación, se va a abordar una clasificación de las consecuencias que suelen tener las personas que padecen ansiedad, dividiéndolas en dos grupos (Sánchez,2017).

- **Consecuencias físicas de la ansiedad:** A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica, taquicardia y dificultad para respirar. A largo plazo sería el padecer enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado.
- **Consecuencias psicológicas de la ansiedad:** Síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevarnos a una situación de aislamiento social, a recluirnos en casa paralizados por el miedo. Aunque la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata es la depresión. La ansiedad también puede llevarnos a padecer otros trastornos psicológicos como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar a nuestra vida social, laboral y familiar. Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y con uno mismo nos lleva a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones (drogas, alcohol o cualquier otro medio que nos permita evadirnos por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando nuestra vida).

Depresión y ansiedad en víctimas de violencia

En general la violencia es un problema global que en los últimos años ha ido en ascenso, los casos que se han presentado en las distintas instituciones que atienden esta problemática han aumentado de forma significativa. La violencia no excluye género, etnia, clase social o grupos culturales, afectando así a cualquier persona por igual.

“La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tenga como consecuencia o no un traumatismo, daños

psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, 2020). Las mujeres no son las únicas víctimas de violencia, aunque no sea fácil de comprobar la violencia en contra de un hombre, hoy en día han existido denuncias de hombres que han sido maltratados por su familia, pareja, amigos u otra persona.

Las consecuencias de la violencia en la salud, se manifiestan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato; entre éstos se encuentran: ansiedad, depresión y conducta suicida. La violencia origina daños a la salud mental, considerándose un factor de riesgo para la aparición de cuadros depresivos que se constituyen en una causa de discapacidad y sufrimiento; la incidencia mayor parece ocurrir en la edad media de la vida donde se suman a los altos niveles de estrés psicosocial que las afectan en esta etapa. Cuando la persona es maltratada las secuelas pueden ser físicas o psíquicas; estas últimas tienen un carácter más duradero y provocan la perpetuación del sufrimiento, constituyendo una causa de discapacidad. (Vásquez, 2007)

Wilson, Drozdek y Turkovic (2006) mencionan que: Otros estudios señalan que las personas que han padecido violencia en el ámbito de la pareja difieren en procesos de atribución, afrontamiento, ideación suicida, identidad personal y psicopatológica (especialmente en el TEPT) respecto las que no han padecido este tipo de violencia. De todas estas repercusiones que se apuntan, son dos las que tienen una presencia más importante: el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. Además, los estudios comunitarios han demostrado que existe, en general, una alta comorbilidad entre los síntomas de estrés postraumático y depresión en personas que han padecido agresiones, incluyendo las personas víctimas de violencia de género (Santandreu, 2014).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Documental: Según Páramo (2018) afirma: “Radica en la selección y recolección de información mediante la lectura y juicio de documentos y materiales bibliográficos”. Esta investigación se desarrolló mediante la revisión de expedientes de usuarios hombres y mujeres adultos que han sido víctimas de violencia que reposan en el departamento de estadística de la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora.

Bibliográfica: Según Alvarado y Valencia (2015) afirman: La investigación bibliográfica es aquella etapa de la investigación científica donde se explora lo que se ha escrito en la comunidad científica sobre un determinado tema o problema”. En el estudio se utilizaron recursos bibliográficos como libros, artículos científicos, publicaciones de revistas, que tengan relación con las variables de estudio, depresión y ansiedad en usuarios víctimas de violencia que permitieron argumentar el sustento teórico de la investigación.

Diseño de la Investigación

Transversal: Hernández, Fernández y Baptista (1991) afirman: “La investigación se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo”. En este contexto la investigación recolectó datos en un periodo de tiempo establecido, durante el año 2020 en el cantón Palora.

No experimental: La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos varias intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, et al., 1991). El proyecto de investigación se desarrolló en un entorno natural, sin manipular ninguna de las variables de estudio.

Nivel de la Investigación

Descriptiva: Según Lerma (2009) propone: “Su objetivo es describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural, sin explicar las relaciones que se identifiquen”. En esta investigación se describe la problemática actual y sus datos más relevantes de las variables de estudio, depresión y ansiedad.

Población y Muestra

Población: La población de estudio se conformó por 100 expedientes de usuarios hombres y mujeres adultos que han sido víctimas de violencia registrados en la Junta Cantonal de Protección de la Niñez y Adolescencia del cantón Palora.

Muestra: La muestra fue no probabilística por conveniencia, escogiéndose de acuerdo al interés de las investigadoras, la misma que correspondió a 50 expedientes de usuarios hombres y mujeres adultos víctimas de violencia que fueron seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Usuarios entre el rango de 18 a 50 años de edad.
- Usuarios que hayan sido víctimas de violencia física y psicológica.

Criterios de exclusión

- Usuarios menores de edad y mayores a 50 años.
- Usuarios que hayan sufrido violencia sexual.

Técnicas e Instrumentos

- **Técnicas**

Observación: Según Hernández, et al. (1991) definen: “Es un método de recolección de datos que consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías”. En la investigación se revisó 50 expedientes de usuarios hombres y mujeres adultos víctimas de violencia que reposan en el departamento de estadística que han acudido a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora.

- **Instrumentos**

Ficha de observación: Según Soto (2014) afirma: “Son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, referido a un objeto específico, en el que se determinan variables específicas. Se usan para registrar datos a fin de brindar recomendaciones para la mejora correspondiente”. Se creó una ficha de observación con el fin de registrar datos sociodemográficos y resultados del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtenidos de los expedientes de los usuarios víctimas de violencia atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora. (Anexo 1)

Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Fue creado por M. Martín, JA. Grau, V. Ramírez y R. Grau. El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). Se aplica en adultos, supuestamente sanos, con diferentes grados de depresión, pacientes psiquiátricos y enfermos crónicos (González, 2007). Posee 42 preguntas cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. Tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. (Anexo 2)

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): Fue creado por C. Spielberger, R. Gorsuch y R. Lushene. Según González (2007) define: “El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada”. Se aplica en población con nivel educativo medio-superior en adelante. Posee 40 preguntas cuyas respuestas toman valores entre 1 y 4. Tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. (Anexo 3)

- **Técnicas para procesamiento e interpretación de datos**

Para procesar e interpretar los datos obtenidos mediante las pruebas psicológicas se empleó la hoja de cálculo del programa de Microsoft Excel para formular la base de datos que permitieron extraer conclusiones del proyecto de investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra en estudio.

Características	Hombres (n=22)		Mujeres (n=28)	
	fi	%	fi	%
Edad				
(18-25)	13	26	15	30
(26-35)	7	14	8	16
(36-50)	2	4	5	10
Nivel Escolar				
Educación básica	1	2	2	4
Bachillerato	17	34	20	40
Superior	5	10	5	10
Estado Civil				
Soltero	19	38	20	40
Casado	2	4	3	6
Unión de hecho	1	2	1	2
Divorciado	0	0	4	8
Número de hijos				
0	17	34	13	26
(1-2)	3	6	11	22
(3 o más)	2	4	4	8
Tipo de Violencia				
Física	6	9	14	20
Psicológica	22	31	28	40

Fuente: Ficha de observación tomada de los expedientes de los usuarios de la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Los datos sociodemográficos obtenidos indican que el 56% la muestra son mujeres, de ellas el 30% presentan una edad entre (18-25 años), el 16% una edad de (26-35 años) y el 10% una edad de (36-50 años), mientras que el 44% son hombres en el mismo orden de edad se presentan con

un porcentaje de 26%, 14% y 4% respectivamente. De acuerdo al nivel de instrucción de las mujeres el 40% se encuentra en un nivel de bachillerato, el 10% en un nivel superior y el 4% se encuentra en un nivel de educación básica; en cuestión a los hombres en el mismo orden se presenta con un porcentaje de 34%, 10% y 2% respectivamente.

En cuanto al estado civil el 40% de las mujeres son solteras, el 8% son divorciadas, el 6% son casadas y el 2% pertenecen a la unión de hecho; el 38% de hombres son solteros, el 4% son casados, el 2% pertenecen a la unión de hecho y ninguno de ellos se encuentra divorciado. En cuanto al número de hijos el 26% de mujeres no poseen hijos, el 22% poseen de uno a dos hijos y el 8% tienen tres o más hijos; el 34% de los hombres no poseen hijos, el 6% poseen de uno a dos hijos y el 4% poseen tres o más hijos.

De acuerdo al tipo de violencia física el 20% corresponde a las mujeres y el 9% a los hombres; en cuanto a la violencia psicológica el 40% corresponde a las mujeres y el 31% en los hombres. Como se pudo evidenciar el mayor porcentaje se encuentra en las mujeres, en cuanto a la violencia psicológica, en edades de (18-25 años), con un nivel de instrucción de bachillerato, solteras y que no poseen hijos.

Tabla 2

Niveles de depresión

Tipos de depresión	Nivel	fi	%
Depresión rasgo	Alto	16	32
	Medio	24	48
	Bajo	10	20
Depresión estado	Alto	28	56
	Medio	21	42
	Bajo	1	2

Fuente: Resultados del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

En lo que corresponde a los niveles de depresión rasgo se pudo encontrar que el 48% de los usuarios presentan un nivel medio, el 32% de los usuarios presentan un nivel alto y el 20% un nivel bajo. En cuanto a la depresión estado se logró observar que el 56% de la población presenta un nivel alto, el 42% de la población presenta un nivel medio y el 2% de la población presenta un bajo nivel de depresión estado. Al obtener los resultados se puede observar que en relación con la depresión se presenta con mayor relevancia en un nivel medio y en cuanto a la depresión estado se presenta con mayor relevancia en un nivel alto.

Citando a Amerikalei (2018) menciona varios síntomas los cuales presentan estos usuarios los cuales son: pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar las actividades que antes le resultaban placenteras, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad, que puede estar acompañado de uno de los siguientes síntomas, pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, disminución en la capacidad de pensar o de concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz y alteraciones del sueño y del apetito.

Tabla 3

Niveles de ansiedad

Tipo de ansiedad	Nivel	fi	%
Ansiedad rasgo	Alto	38	76
	Medio	12	24
	Bajo	0	0
Ansiedad estado	Alto	19	38
	Medio	31	62
	Bajo	0	0

Fuente: Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Con respecto a la ansiedad rasgo se obtuvo que el 76% presentan un nivel alto, el 24% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta ansiedad rasgo, el 62% de los usuarios presentan un nivel medio de ansiedad estado, el 38% un nivel alto, mientras que ningún usuario presenta un nivel bajo. Mediante los resultados obtenidos se evidencia que la mayoría de usuarios sufren altos niveles de ansiedad rasgo y niveles medios de ansiedad estado. Citando a Villanueva y Ugarte (2017) cuyos síntomas que manifiestan son los siguientes: frecuente respiración entrecortada, tensión arterial elevada, estómago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión fácil de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, entre otros.

Tabla 4

Tipo de depresión en función al género y estado civil

Tipo de depresión	Género						Estado Civil					
	Hombre		Mujer		Soltero		Casado		Unión de hecho		Divorciado	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Depresión estado												
Alto	11	22	17	34	24	48	0	0	1	2	3	6
Medio	10	20	11	22	14	28	5	10	1	2	1	2
Bajo	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Depresión rasgo												
Alto	3	6	13	26	14	28	0	0	0	0	3	6
Medio	14	28	10	20	19	38	2	4	2	4	1	2
Bajo	5	10	5	10	7	14	2	4	0	0	0	0

Fuente: Resultado del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

En lo que corresponde a los niveles de depresión estado se puso evidenciar que el 22% de los hombres presenta un nivel alto, el 20% un nivel medio y un 2% un nivel bajo; el 34% en cuanto a las mujeres presenta un nivel alto, el 22% presenta un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta depresión estado. De acuerdo a la depresión rasgo el 28% de hombres presenta un nivel medio, el 10% un nivel bajo y el 6% un nivel alto; el 26% de mujeres presenta un nivel alto, el 20% un nivel medio y el 10% un nivel bajo.

La depresión estado en función del estado civil en usuarios solteros el 48% presenta un nivel alto, el 28% un nivel medio y el 2% un nivel bajo; el 10% de usuarios casados presentan un nivel medio y en un nivel alto no se presenta depresión estado; en cuanto a la unión de hecho en un nivel alto y medio se presenta con el 2% y en un nivel bajo no se presenta depresión estado;

el 6% de usuarios divorciados se encuentran en un nivel alto, el 2% en un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta depresión estado.

La depresión rasgo en función del estado civil en usuarios solteros el 38% presenta un nivel medio, el 28% un nivel alto y el 14% un nivel bajo; el 4% de usuarios casados presentan un nivel medio y bajo y en un nivel alto no se presenta depresión rasgo; con respecto a la unión de hecho el 4% presenta un nivel medio y en un nivel alto y bajo no se presenta depresión rasgo; el 6% de usuarios divorciados presentan un nivel alto, el 2% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta depresión rasgo. Se puede evidenciar un mayor porcentaje en los usuarios que sufren depresión estado y rasgo en las mujeres, con un estado civil soltero.

Tabla 5

Tipo de ansiedad en función al género y estado civil

Tipo de Ansiedad	Género				Estado civil							
	Hombre		Mujer		soltero		Casado		Unión de Hecho		Divorciado	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ansiedad estado												
Alto	10	20	9	18	14	28	4	8	1	2	0	0
Medio	12	24	19	38	25	50	1	2	1	2	4	8
Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ansiedad rasgo												
Alto	17	34	21	42	30	60	4	8	1	2	3	6
Medio	5	10	7	14	9	18	1	2	1	2	1	2
Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Resultados del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendido en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Con respecto a la ansiedad estado se obtuvo que el 24% de hombres presentan un nivel medio, el 20% un nivel alto y no se presenta ansiedad estado en un nivel bajo, el 38% de mujeres presentan un nivel medio, el 18% presentan un nivel alto y en un nivel bajo no se presenta ansiedad estado, en cuanto al estado civil el 50% de usuarios solteros presentan un nivel medio de ansiedad estado, el 28% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta ansiedad rasgo, el 8% de los usuarios presentan un nivel alto de depresión estado, el 2% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta.

Con respecto al estado civil el 8% de usuarios casados presentan un nivel alto, el 2% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta ansiedad estado, el 8% de usuarios divorciados se encuentran en un nivel medio, en un nivel alto y bajo no se presenta.

En cuanto a la ansiedad rasgo el 8% de usuarios casados presentan un nivel alto, el 2% un nivel medio y bajo, los usuarios que se encuentran en unión de hecho el 2% se presenta en un nivel alto y medio y en un nivel bajo no se presenta, el 6% de usuarios divorciados se presentan con un nivel alto, el 2% en un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta. Mediante los resultados reflejados se pudo evidenciar que se presenta un mayor porcentaje en las mujeres en niveles medios de ansiedad estado y en niveles altos con respecto a la ansiedad rasgo, con mayor predominancia en usuarios solteros.

Tabla 6

Tipos de depresión en función al tipo de violencia

Tipo de Depresión	Tipo de violencia			
	Física		Psicológica	
	fi	%	fi	%
Depresión estado				
Alto	10	15	28	40
Medio	10	15	21	30
Bajo	0	0	1	2
Depresión rasgo				
Alto	7	10	16	23
Medio	9	13	24	34
Bajo	4	6	10	14

Fuente: Resultados del inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

En los niveles de depresión estado se pudo evidenciar que el 15% de los usuarios con respecto a la violencia física presentan un nivel alto y medio de depresión estado, en un nivel bajo no se presenta, el 40% de los usuarios en cuanto a la violencia psicológica se presenta en un nivel alto de depresión estado, el 30% en un nivel medio y el 20% un nivel bajo. En cuanto a la depresión rasgo el 13% de los usuarios adultos con respecto a la violencia física presentan un nivel medio, el 10% un nivel alto y el 14% un nivel bajo.

Como se pudo observar en cuanto a la depresión rasgo y estado, se presenta con un mayor porcentaje en un nivel alto y medio, siendo la violencia psicológica la de mayor porcentaje en los dos tipos de depresión. Por lo tanto, una persona que ha sufrido violencia física y psicológica, desencadena secuelas como la depresión estado, en cambio una persona que presenta depresión rasgo es propensa a sufrir violencia física y psicológica por los rasgos depresivos que presenta.

Tabla 7

Tipos de ansiedad en función al tipo de violencia

Tipo de Ansiedad	Tipo de violencia			
	Física		Psicológica	
	fi	%	fi	%
Ansiedad Estado				
Alto	8	12	19	27
Medio	12	17	31	44
Bajo	0	0	0	0
Ansiedad Rasgo				
Alto	15	22	38	54
Medio	5	7	12	17
Bajo	0	0	0	0

Fuente: Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) obtenido de los expedientes de los usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Con respecto a la ansiedad estado, en cuanto a la violencia física se obtuvo que el 17% de usuarios presentan un nivel medio, el 12% un nivel alto y en un nivel bajo no se presenta ansiedad estado, el 44% de los usuarios en cuanto a la violencia psicológica se presenta en un nivel medio, el 27% un nivel alto y en un nivel bajo no se presenta. En cuanto a la ansiedad rasgo el 22% de los usuarios en cuanto a la violencia física se presenta en un nivel alto, el 7% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta.

En cuanto a la violencia psicológica con un 54% se presenta en un nivel alto, el 17% un nivel medio y en un nivel bajo no se presenta. Como se pudo evidenciar la ansiedad rasgo se presenta con un mayor porcentaje en niveles altos en cuanto a la violencia psicológica. Por lo tanto, una persona que presenta ansiedad rasgo es propensa a sufrir violencia física y psicológica.

ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Introducción:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se evidenció que la depresión y ansiedad tanto estado como rasgo se presentan en niveles altos y medios, por lo que se va a proponer estrategias psicológicas basados en los modelos cognitivo, conductual y humanista, dirigido a víctimas de violencia física y psicológica, la administración se da de forma individual o grupal, las mismas que deberían ser aplicadas por profesionales en salud mental.

Objetivo:

Proponer estrategias psicológicas para reducir los niveles de depresión y ansiedad en usuarios víctimas de violencia.

Técnicas utilizadas para la depresión

- 1. Psicoeducación:** La psicoeducación, es llevada a cabo por el profesional a cargo del tratamiento, constituye la antesala de muchos de los tratamientos psicológicos aplicados en las consultas y hospitales. Esto no quiere decir que la psicoeducación se tenga que utilizar únicamente al inicio del proceso terapéutico, sino que se puede dosificar para asegurar que se comprenda el problema por parte del paciente o del cliente (o de grupo de pacientes). (Uliaque, 2020)

Así pues, la psicoeducación consiste en la explicación por parte del psicólogo encargado del tratamiento de distintos constructos psicológicos y variables que explican el problema del paciente o de grupo de pacientes. En general, se explica en qué consiste el trastorno (aunque en muchos casos no es necesario etiquetar el problema como “trastorno” de cara al paciente, sino explicar las características del mismo para que él o ella lo entiendan y puedan afrontarlo de forma más adaptativa), como afecta el trastorno a la vida del paciente, síntomas frecuentes, que tratamientos existen, que se puede hacer

para mejorar, etcétera (Uliaque, 2020). En ocasiones, llamaremos psicoeducación a toda aquella información técnica que expliquemos en terapia que consideremos necesaria para la mejora del paciente.

- 2. Escucha Activa:** Se entiende como la capacidad de saber escuchar con un alto grado de atención y participación comunicativa. La escucha activa es una técnica de comunicación asertiva, basada en la aceptación y empatía, útil no solo para promover la capacidad de expresar correcta y efectivamente sus emociones o argumentos, sino también para saber escuchar y percibir las razones y sentimientos de los demás, estableciendo ese contacto auténtico que puede convertirse en una base para relaciones enriquecedoras y efectivas. (Bellver, 2020)

De este modo, la observación y la escucha se incorporarán a una espiral positiva que favorece no solo el desarrollo de la escucha activa, sino también la mejora de la competencia de la comunicación interpersonal. Una escucha activa entonces se obtiene mediante la integración de la capacidad de recepción, la comprensión y la asimilación con los de percibir y observar el interlocutor. (Bellver, 2020).

Otro elemento fundamental que favorece la capacidad de escuchar activamente es la gestión de los comentarios en la comunicación. Esto se logra a través de la capacidad de hacer pregunta abiertas o alternativas o de verificar y aclarar. Esta capacidad favorece el logro de una competencia transversal importante que permite el establecimiento de relaciones interpersonales positivas, es decir, la empatía. (Bellver, 2020).

De acuerdo a Bellver (2020) la escucha activa presenta características como:

- **Características cognitivas de la escucha activa:** Sondeo, parafraseo y resumen. Hacer preguntas para hacer un seguimiento o una aclaración, parafrasear las comunicaciones individuales y resumir la conversación son todas las actividades que muestran el compromiso cognitivo del oyente en la conversación, lo que indica tus intentos de comprender e interpretar correctamente los mensajes que se transmiten.

- **Características afectivas de la escucha activa:** Enfoque de la atención, aceptación y empatía. El oyente afectivo también puede señalar su compromiso afectivo en la conversación al convertirla en el único foco de atención y al recibir comunicaciones con aceptación y empatía. Recibir comunicaciones con empatía requiere que el oyente intente evitar proyectar sus propias opiniones, sentimientos o prejuicios sobre el hablante, y el oyente acepte las comunicaciones del hablante sin tratar simultáneamente de elaborar una respuesta.
 - **Características de comportamiento de la escucha activa:** Comportamiento no verbal y observación. La acción también es parte de la escucha afectiva. El oyente debe comunicar su atención a través de medios no verbales como contacto visual, postura erecta, asentimiento y lenguaje corporal positivo. El oyente también puede demostrar compromiso al ampliar el rango de conversación, por ejemplo, preguntando o sugiriendo alternativas al tema o las conclusiones en cuestión.
- 3. Reestructuración Cognitiva:** Es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. (Brados y García, 2010)

“La reestructuración cognitiva comienza con la identificación de los pensamientos negativos irracionales (distorsiones cognitivas). No es una tarea fácil, ya que las distorsiones cognitivas se producen de forma automática e instantánea, puede decirse que de forma refleja” (Psicopedia, 2020).

Está claro que los pensamientos juegan un papel importante en la determinación de como las personas se sienten y se comportan. Si los pensamientos son negativos con mucha probabilidad nos sentiremos mal, y al contrario si son positivos. Este tipo de pensamientos son llamados distorsiones cognitivas. Y aunque todo el mundo tiene

algunas distorsiones cognitivas, un exceso de ellas se vincula de manera directa con determinados trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión. (Psicopedia, 2020).

El registro de pensamientos es una herramienta básica de la Reestructuración Cognitiva. Se trata de un registro de experiencias junto con los pensamientos, emociones y conductas que las acompañan. A menudo incluyen también los pensamientos alternativos pertinentes a cada registro. Esta tarea ayudará a los pacientes a ser conscientes de las distorsiones cognitivas que antes pasaban desapercibidas, y que por lo tanto jamás eran cuestionadas. Con la práctica aprenderán a identificar las distorsiones cognitivas en el momento en que aparecen, para así enfrentarlas de inmediato. (Psicopedia, 2020)

- 4. Asignación de tareas graduadas:** La asignación de tareas graduadas es una técnica conductual muy utilizada en la terapia cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de los trastornos depresivos. La asignación de tareas graduadas se usa sobre todo en las primeras fases de la terapia, y/o cuando el paciente está muy deprimido, con objetivo de sacarlo de ese estado de apatía y abulia absoluta (Ruiz, 2020).

El objetivo del terapeuta será reestablecer el nivel de funcionamiento previo del paciente antes de la depresión. La técnica consiste en asignar al paciente tareas con diferente grado de dificultad, que supongan un reto para él, pero con una alta probabilidad de éxito. Las tareas serán graduadas, es decir, su nivel de dificultad irá de menos a más, y cada vez serán más complejas para el paciente (Ruiz, 2020).

El terapeuta deberá registrar las expectativas de dificultad y eficacia del paciente acerca de las diferentes tareas o actividades, así como el grado de realismo en cuanto a estas expectativas. También será importante, a medida que avanza la terapia, ir contrastando las evaluaciones del paciente acerca de su desempeño (Ruiz, 2020).

Técnicas utilizadas para la ansiedad

- 1. Respiración con el diafragma:** Muchas veces. El simple hecho de modificar el modo en el que respiramos hará que se desencadenen una serie de procesos en nuestro cuerpo que harán que la ansiedad disminuya significativamente. Esto, sumado al hecho de que las técnicas de relajación relacionadas con la respiración son muy fáciles de realizar, hace que la respiración diafragmática sea un ejercicio ideal para iniciarse. El objetivo de esta técnica es hacer que aprendas a prestar atención a tu respiración y te entrenes para llegar a respirar de manera óptima. (Torres, 2020)

La respiración diafragmática puede ayudarle a respirar fácilmente, inspirar más aire, relajarse, hacer ejercicio y estar más activo (Torres, 2020). Pasos de como debes realizarlo:

- Siéntese en una silla cómoda o acuéstese boca arriba con una almohada debajo de su cabeza. Asegúrese de que su espalda este apoyada.
- Coloque una de sus manos sobre su pecho y la otra sobre su abdomen, la zona que se encuentra arriba de su estómago.
- Inhale lentamente a través de su nariz, cuente hasta 2, a medida que inhala su abdomen debe levantar su mano.
- Expulse el aire lentamente con sus labios juntos (casi cerrados). Cuente hasta 4, a medida que expulsa el aire, debe sentir que su estómago se hunde.
- Practique esta técnica de respiración durante 5 a 10 minutos al principio. Trate de hacerlo de 3 a 4 veces al día. Luego aumente la cantidad de tiempo y la frecuencia de la práctica.

- 2. Imaginación guiada:** Esta técnica de relajación toma prestado el método seguido en la respiración diafragmática, pero en este caso tu atención se dirigirá hacia un escenario imaginado que transmita paz y calma. Por ello cuando quieras abordarlo es mejor que hayas practicado antes con la respiración diafragmática, debido a que es un ejercicio más fácil. (Torres, 2020)

La imaginación guiada o visualización guiada se basa en dirigir los pensamientos a través de sugerencias que hacen que la imaginación nos lleve a un estado mental relajado y concentrado. Se puede usar de muchas maneras, desde autoinducido (una vez que conocemos la técnica) hasta haciendo uso de grabaciones, el internet, instrucciones escritas o maestros. (Torres, 2020)

Pasos a seguir para realizar esta técnica: (Torres, 2020).

- Utiliza el primer minuto para seguir las instrucciones dadas para la respiración diafragmática. Puedes poner música relajante de fondo o bien utilizar grabaciones con sonido de lluvia.
- Con los ojos cerrados imagina un entorno natural que te ayude a estar relajado, como un jardín lleno de flores. Procura que esta imagen sea muy vivida y detallada de modo que capte toda tu atención mientras sigue respirando profundamente.
- Recorre el entorno imaginado y explóralo con todos tus sentidos. Piérdete en cada uno de los detalles de esta escena: los colores de una flor, el tacto de las hojas, los rayos del sol en el horizonte, el sonido de los pájaros, etc. Muévete lentamente por el escenario como si tuvieras una ruta fijada.
- Al cabo de unos minutos, haz que este entorno se desvanezca lentamente mientras tu atención vuelve a centrarse gradualmente en tu respiración. Cuando ya no quede nada de esa imagen, abre los ojos y da el ejercicio por terminado.

La imaginación guiada afianza nuestros sentimientos de bienestar y reducir las sensaciones de estrés y ansiedad, además de reducir la presión sanguínea y algunos efectos adversos de la quimioterapia, ya que el cáncer, en muchas ocasiones, además de las molestias propias de la misma enfermedad, causa mucho estrés.

3. Relajación muscular progresiva de Jacobson: Consiste en ir relajando progresivamente los grupos musculares del cuerpo de manera progresiva, como si se tratase del recorrido de un pequeño tren imaginario. Es un ejercicio muy útil para reducir la ansiedad relacionada con procesos físicos como el deporte o el seguimiento de horarios estrictos. (Torres, 2020)

Para realizar esta técnica de relajación, sigue estos pasos (Torres, 2020):

- Tumbate o siéntate en un lugar cómodo, haciendo que piernas y brazos estén en paralelo. Si decides sentarte, haz que las palmas reposen sobre tus muslos. Puedes usar grabaciones con sonidos relajantes. Cierra los ojos.
- Dedica unos segundos a respirar profundamente con el diafragma.
- Concéntrate en las sensaciones que te produce tu pie derecho. Visualízalo mediante la imaginación y, cuando notes que toda tu atención está puesta en él, contrae con fuerza los músculos de esa parte del cuerpo haciendo que tu pie se tense durante 5 segundos.
- Vuelve a hacer que todos los músculos del pie queden totalmente relajados. Concentra tu atención en sensación de calma que produce esa parte del cuerpo durante unos 20 segundos.
- Repite este proceso con tu otro pie, los gemelos y los muslos de cada una de las piernas, tu abdomen, los pectorales, los brazos, las manos, la espalda, el cuello, la mandíbula, la cara y el cuero cabelludo.
- Respira profundamente durante 20 segundos y abre los ojos.

4. Terapia Racional Emotiva: Modelo A-B-C de Ellis tiene como objetivo dar a conocer el proceso cognitivo, emocional y conductual por el cual atraviesa una persona con ansiedad. La individualidad de cada persona la dota de características propias con las cuales interactúa con el medio, es así que, en base a su perspectiva ve el mundo de diferente forma y manera. (Andrade y Cabezas, 2019)

Componentes de este modelo: El modelo ABC de Ellis propone tres componentes a la hora de explicar y entender la forma de comportarse de un individuo y su grado de ajuste psicosocial. (Montagud, 2019)

- **Acontecimiento activador:** Dentro del modelo, se entiende por acontecimiento activador (en inglés, “activating event”) aquel fenómeno que le ocurre a un individuo o que él mismo ha propiciado que ocurra que hace que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas. Esto puede ser una situación externa al individuo, como un accidente, la enfermedad de un familiar, una discusión con otra persona, o algo interno de la persona, como un pensamiento, fantasía, conducta o emoción propia de la persona.

Hay que entender que dentro del modelo se contempla la idea de que un mismo evento puede ser percibido de forma muy diferente por dos personas, y que el grado en el que el mismo suponga algún tipo de conducta disfuncional es muy variable de individuo a individuo.

- **Sistema de creencias:** Se entiende por sistema de creencias (“belief system”) a toda la serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona. Realmente, dentro de este componente se incluyen pensamientos, recuerdos, supuestos, inferencias, imágenes, normas, valores, actitudes, esquemas y otros aspectos que moldean la forma de percibir tanto las amenazas como las oportunidades. Estos pensamientos suelen ser automáticos, cruzándose por la mente como si de un rayo se tratara y sin tener un control consciente sobre ellos.

Las creencias pueden ser o bien racionales o, por el contrario, irracionales. Las primeras, independientemente de si son positivas o negativas, contribuyen a sentirse conforme con uno mismo. En cambio, en el caso de las creencias irracionales, estas suelen fundamentarse en base a cosas poco lógicas o exageraciones que hace el individuo de su aspecto de su personalidad o de sus capacidades, Suelen ser

pensamientos falsos, los cuales provienen de inferencias demasiado exigentes que se formulan en términos de “debería” o “tendría que”.

Suelen implicar versiones muy negativas de uno mismo, o autoexigencias demasiado poco realistas, las cuales pueden contribuir en que la persona se perciba así misma como una inútil o que no lo vale. Esto tiene, como resultado, al sentir profundas emociones negativas asociadas a la depresión y ansiedad, además de favorecer el llevar a cabo conductas dañinas como son adicciones, agresiones y suicidio.

- **Consecuencias:** Como último eslabón de la cadena A-B-C tenemos la C de consecuencias, tanto emocionales con conductuales (“Consequences”). Estas son las respuestas que da un individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias. Como cada persona tiene sus propias cogniciones, las consecuencias que implica un determinado evento activador, varían de individuo a individuo, siendo positivas para algunos y negativas para otros.

Manifestaciones de la ansiedad: A: acontecimiento activador, es un suceso o situación interna o externa percibida como desagradable o traumática. B: Creencias, ideas, pensamientos, es la interpretación que la persona genera a partir del acontecimiento activador (A), la misma se da en base a los esquemas mentales. C: Consecuencias emocionales y conductuales, son el conjunto de respuestas que la persona da en base a los acontecimientos activadores que están mediados por las creencias individuales de cada persona, por ende, la reacción es diferente en cada persona. D: Es el debate cognitivo hacia la idea generada previamente y además de la emoción que siente ese momento. Puede haber un cambio de roles. E: Es el nuevo pensamiento o emoción creada a partir del debate, es un efecto positivo que obtuvo a partir de cuestionarse (Andrade y Cabezas, 2019).

DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad son dos de las principales condiciones psicopatológicas más comunes entre las personas que han sido víctimas de violencia, pueden existir diversas maneras de expresión de la depresión y ansiedad, ya sean como estados emocionales reactivos o como rasgo que son predisposiciones relativamente estables de la personalidad a padecer depresión o ansiedad; estas formas de expresión de las dos patologías se pueden manifestar de manera diferente en función de las situaciones estresantes las mismas que pueden iniciar con un insulto, discusión, pelea, etc. hasta llegar a sufrir algún tipo de agresión ya sea física y/o psicológica.

En el presente estudio se investigó acerca de la depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020; con el objetivo de analizar la depresión y ansiedad. Los resultados obtenidos dentro de los datos sociodemográficos y en relación a la violencia reflejan una concordancia con la investigación de (Barthelemy, Jiménez, De la Paz, Pérez, y Alfonso, 2009) en donde los usuarios que tienen un nivel de instrucción secundaria son quienes padecen más violencia y el sexo femenino es el más afectado, ya que en especial la violencia en contra la mujer está presente en la mayoría de sociedades, viviendo una condición de subordinación culturalmente asignada en el sexo masculino, siendo en ocasiones intimidadas y desprotegidas tanto en lugares públicos como en su hogar, repercutiendo en su bienestar físico y psicológico.

Con respecto al tipo de violencia y según la misma investigación se concuerda que la violencia psicológica es la más empleada. Según (Vázquez, 2007) manifiesta que: “Las consecuencias de la violencia en la salud se manifiestan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato; entre estos se encuentran: ansiedad, depresión y conducta suicida”. Un dato relevante de la investigación que difiere es de acuerdo a la edad, en donde existe mayor frecuencia de violencia entre los 18 a 25 años. La violencia psicológica se manifiesta mediante insultos, acoso, aislamiento, etc., las víctimas llegan a pensar incluso que se creen merecedoras del maltrato que están sufriendo, en ocasiones se avergüenzan de la situación y prefieren mantenerlo en secreto, viviendo años y años de violencia que en muchos casos esta violencia es un precedente para sufrir violencia

física. En la edad que corresponde entre los 18 a 25 años en donde se encontró más víctimas de violencia se puede intervenir de manera oportuna con el fin de romper el patrón de abuso que están sufriendo al poder recibir un adecuado tratamiento psicológico y así evitar que sufran otros tipos de violencia.

En cuanto a la depresión se evidenció que el 48% de los usuarios presentaron depresión rasgo en un nivel medio, mientras que el 56% presentaron depresión estado en un nivel alto, en donde por la situación en la que se encuentran atravesando (violencia) en comparación con la depresión rasgo, se encuentra más latente que ésta última, en donde Duque y Quintero (2008) definen a la depresión estado como: "...un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo, la experiencia actual de la persona y la afectación que tiene la persona según dicha sintomatología." La violencia degrada la integridad de la persona, provocando así una baja autoestima, inseguridad, desesperanza, desvalorización, puede disminuir su autonomía impidiendo su desarrollo personal y originando la depresión.

Datos similares se obtuvieron una investigación de (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos, 2014), los cuales mostraron que la mayoría de pacientes sufren depresión en comparación con las personas que no han sido víctimas de violencia, por lo que en base a los resultados de las dos investigaciones se puede deducir que las personas que han sido víctimas de violencia tienen una probabilidad alta de padecer depresión encontrándose una asociación entre la depresión y algunos factores psicosociales como el nivel escolar, estado civil y la violencia.

En relación a la ansiedad tanto estado como rasgo y los datos sociodemográficos se encontró que el sexo femenino es el más representativo mientras que de acuerdo al tipo de violencia, la psicológica es la más empleada. De acuerdo al estado civil en donde la población casada es la más afectada según las investigaciones de (Vázquez, 2017) y (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos, 2014), se contradice con este estudio mostrando que la población soltera sufre más violencia.

En cuanto a la ansiedad el 76% de los usuarios presentaron ansiedad rasgo en un nivel alto, mientras que el 62% presentó ansiedad estado en un nivel alto. Concordando con los resultados

obtenidos por (Barthelemy, Jiménez, De la Paz, Pérez, y Alfonso, 2009), en donde la mayoría de la población investigada sufrió ansiedad estado en un nivel alto, definiendo la ansiedad estado como una condición emocional transitoria que se presenta en la persona por un periodo de tiempo en específico, que podría presentarse ante una situación estresante para el mismo. Se puede deducir que los usuarios que en algún momento han sido víctimas de violencia va más allá de padecer ansiedad de manera transitoria, sino que su manifestación anímica es más permanente y constante en el tiempo.

CONCLUSIONES

- A través de los expedientes que reposan en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia y la recolección de los mismos, se pudo determinar que el 100% de los usuarios de la muestra han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, lo que ha conllevado a los mismos a padecer depresión estado y rasgo, en donde los resultados que resaltaron son que el 48% de los usuarios han sufrido depresión rasgo en un nivel medio y el 56% de los usuarios han sufrido depresión estado en un nivel alto.
- La violencia provoca daños físicos, psicológicos, conductuales y sociales producto de la violencia, uno de los daños importantes a nivel psicológico vendría a ser la ansiedad estados y rasgo, en donde el 76% de los usuarios presentaron ansiedad rasgo y el 38% ansiedad estado en un nivel alto.
- Con los datos estadísticos obtenidos en la investigación obtuvimos que el 34% de los usuarios que han sido víctimas de violencia han sufrido depresión estado y el 26% depresión rasgo, presentándose los dos tipos de depresión en un nivel alto, efectuándose con mayor prevalencia en mujeres solteras. En cuanto a la ansiedad estado el 38% se presenta con ansiedad estado en un nivel medio y el 42% de los usuarios presentaron ansiedad rasgo en un nivel alto, efectuándose con mayor prevalencia en mujeres solteras.
- Con los datos estadísticos obtenidos en el estudio se propone brindar estrategias psicológicas, para así poder prevenir y disminuir los niveles de depresión y ansiedad estado y rasgo altos existentes en la muestra, y así poder ejecutar adecuadamente una intervención eficaz, proporcionando una mejor salud mental para los usuarios de la Junta Cantonal de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que la psicóloga de la institución brinde charlas psicoeducativas acerca de la depresión y ansiedad a la población que acuda a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia.
- Realizar un seguimiento a los casos que han acudido por violencia para controlar los estados de depresión y/o ansiedad.
- Implementar en la institución un departamento que se especialice en casos de violencia debido a los múltiples casos existentes para poder brindar un tratamiento psicológico adecuado a los usuarios que así lo requieran.
- Ejecutar las estrategias psicológicas propuestas a los usuarios víctimas de violencia que acudan a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa presente en la población con el fin de mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, K. y Valencia, I. (2015). *La investigación bibliográfica*. Recuperado de: https://prezi.com/1_t4ohwvumc2/la-investigacion-bibliografica/
- Andrade, B y Cabezas, G. (2019). *Propuesta de acciones psicológicas para el afrontamiento de ansiedad en niños con dislalia*. Riobamba, 2018-2019. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.
- Bados, A y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España.
- Barthelemy, S., Jiménez, m., Paz, C., Pérez, M y Figueredo, E. (2011). Violencia ejercida a la mujer en la relación de pareja. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 8(2).
- Bravo, M. (2019). *¿Cuáles son las consecuencias de la depresión?* Recuperado de: <https://blog.cognifit.com/es/consecuencias-depresion/>
- Bellver, E. (2020). *La escucha activa: características y técnicas para practicarla*. Recuperado de: <https://depsicologia.com/la-escucha-activa/>
- Congreso Nacional de Chile. BCN. (2018). Salud mental en las Américas, “no hay salud sin salud mental”. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/observatorio/americas/noticias/salud-mental-en-las-americas-201cno-hay-salud-sin-salud-mental201d>
- Coryell, W. (2018). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Forcadell, E., Fullana, M., Lázaro, L y Lera, S. (2019). *¿Qué es la Ansiedad?* Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>
- Funk, M., & Drew, N. (2015). *Instrumentos de Calidad y Derechos de la OMS*. Ginebra.

- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica/ Felicia Miriam González Llanera*. 1era Edición. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. 1era Edición. México: Mc GRAW-HILL.
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A., y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema - UNMSM*, 1(1), p.1-14.
- Koeck, P. (2020). *¿Causas de la depresión?* Recuperado de: <https://www.mis15minutos.com/depresion/causas/>
- Lerma, H. (2009). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto, proyecto*. 4ta. Edición. Bogotá, Colombia: Eco Ediciones. Recuperado de: <http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/3244/1/METODOLOGIA%20DE%20LA%20INVESTIGACION%20PROPUESTA%20ANTEPROYECTO%20Y%20PROYECTO.pdf>
- Lyness, D. (2013). *¿Qué es la ansiedad?* Recuperado de: <https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html#:~:text=Pueden%20ser%20s%C3%ADntomas%20de%20un,un%20peligro%20o%20una%20amenaza>.
- Maset, J. (2015). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/sintomas-y-enfermedades/enfermedades-psicologicas/depresion/>
- Montagud, N. (2019). *Modelo ABC de Ellis: ¿qué es y cómo describe los pensamientos?* Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-abc-ellis>
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. 2020. *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- OMS. (2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (2020). *Violencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/violence/es/#:~:text=La%20violencia%20es%20el%20uso,de%20desarrollo%20o%20la%20muerte.>
- Organización Panamericana y Mundial de la Salud. OPS/OMS. (2019). *Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión*. Recuperado de: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>.
- Páramo, P. (2018). *La Investigación en Ciencias Sociales: Técnicas de recolección de la información*. Universidad Piloto de Colombia. Colombia.
- Psicopedia. (2020). *La Reestructuración Cognitiva paso a paso (Y una guía en PDF)*. Recuperado de: <https://psicopedia.org/877/la-reestructuracion-cognitiva-paso-a-paso-pdf/>
- Ruiz, L. (2020). La técnica de asignación de tareas graduadas para tratar la depresión. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-asignacion-tareas-graduadas>
- Sánchez, L. (2017). *Consecuencias de la ansiedad: protégete de sus efectos*. Recuperado de: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/ansiedad/consecuencias-de-la-ansiedad-protegete-de-sus-efectos/>
- Santandreu, M. (2014). *Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género*. (Tesis Doctoral). Universidad de las Islas Baleares, Palama de Mallorca, España.
- Soto, M. (2014). *La Ficha de Observación*. Recuperado de: <https://prezi.com/uinnphpdjtuz/la-ficha-de-observacion/>

- Torres, A. (2020). *6 técnicas de relajación fáciles para combatir el estrés*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/vida/tecnicas-relajacion-combatir-estres>
- Uliaque, J. (2020). *La psicoeducación en terapia psicológica*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/psicoeducacion>
- Vasquez, B. (2017). “*Violencia de pareja y ansiedad-estado, ansiedad-rasgo en madres de un Hospital Nacional, 2017*”. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- Vázquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Rev. de Neuro-Psiquiat*, 70 (1-4).
- Vetere, G., Sánchez, M., y Medina, V. (2016). *Asociación entre depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género*. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-044/285.pdf>
- Villanueva, L., y Ugarte, A. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Av. psicol.* 25(2), p. 153-169.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Scielo.* 35(1), p. 2.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de observación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nombre del proyecto de investigación: "Depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020"

FICHA DE OBSERVACIÓN

Nº de ficha:	Sexo:	Edad:	Procedencia/ Residencia	Nivel de escolaridad:	Estado civil:	Nº de hijos	Resultados (IDERE)		Resultados (IDARE)	
							Depresión rasgo	Depresión estado	Ansiedad rasgo	Ansiedad estado

Anexo 2: Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO – ESTADO IDERE

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

N°		NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación	1	2	3	4
2	Estoy preocupado	1	2	3	4
3	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
4	Siento que me canso con facilidad	1	2	3	4
5	Creo que no tengo nada de que arrepentirme	1	2	3	4
6	Siento deseos de quitarme la vida	1	2	3	4
7	Me siento seguro	1	2	3	4
8	Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo	1	2	3	4
9	Me canso más pronto que antes	1	2	3	4
10	Me inclino a ver el lado bueno de las cosas	1	2	3	4

11	Me siento bien sexualmente	1	2	3	4
12	Ahora no tengo ganas de llorar	1	2	3	4
13	He perdido la confianza en mi mismo	1	2	3	4
14	Siento necesidad de vivir	1	2	3	4
15	Siento que nada me alegra como antes	1	2	3	4
16	No tengo sentimientos de culpa	1	2	3	4
17	Duermo perfectamente	1	2	3	4
18	Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	1	2	3	4
19	Tengo gran confianza en el porvenir	1	2	3	4
20	Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir	1	2	3	4

IDERE

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

N°		CASI NUNC A	ALGUNAS VECES	FRECUEN TEMENTE	CASI SIEMPR E
1	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo	1	2	3	4
2	Creo no haber fracasado más que otras personas	1	2	3	4
3	Pienso que las cosas me van a salir mal	1	2	3	4

4	Creo que he tenido suerte en la vida	1	2	3	4
5	Sufro cuando no me siento reconocido por los demás	1	2	3	4
6	Pienso que todo saldrá bien en el futuro	1	2	3	4
7	Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones	1	2	3	4
8	Me deprimó por pequeñas cosas	1	2	3	4
9	Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4
10	Me inclino a ver el lado bueno de las cosas	1	2	3	4
11	Me siento aburrido	1	2	3	4
12	Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen	1	2	3	4
13	He logrado cumplir mis propósitos fundamentales	1	2	3	4
14	Soy indiferente ante las situaciones emocionales	1	2	3	4
15	Todo me resulta de interés	1	2	3	4
16	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
17	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
18	Me siento lleno de fuerzas y energías	1	2	3	4
19	Pienso que los demás me estimulan adecuadamente	1	2	3	4
20	Me ahogo en un vaso de agua	1	2	3	4
21	Soy una persona alegre	1	2	3	4
22	Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago	1	2	3	4

Anexo 3: Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN IDARE

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

N°		NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Me siento a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Estoy agitado	1	2	3	4

14	Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15	Me siento relajado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy preocupado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INSTRUCCIONES: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

N°		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy una persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4

30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Estoy satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 4: Resolución de aprobación del tema del proyecto de investigación



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 17 de enero de 2020
Oficio No. 0045-RD-FCS-2020

SEÑORITAS
ENCALADA URGILEZ KAROL YESENIA
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ KARLA LIZETH
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
De mi consideración:

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al día viernes 17 de enero de 2020.

RESOLUCIÓN No. 0045-D-FCS-17-01-2020: Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Psicología Clínica. Oficio No. 024-DPSCL-FCS-20, aprobación Comisión de Carrera y CID de la Facultad:

Nombres y apellidos de los estudiantes	Tema aprobado por Comisión de Carrera y CID	Observación sobre el tipo de estudio	Tutor y miembros del Tribunal, según Artículo 173 del RRA	Tribunal según Artículo 174 del RRA
Encalada Urgilez Karol Yesenia Sánchez Rodríguez Karla Lizeth	Depresión y ansiedad en pacientes atendidos en la Sala de Primera Acogida del Hospital General Provincial Docente de Riobamba, 2020	Proyecto de investigación	Tutor: Mgs. Cristina Procel Niama Miembros: Mgs. Rocío Tenezaca Sánchez Mgs. Alejandra Sarmiento Benavides	Dra. Isabel Cando Pilatuña (Delegado del Decano) Miembros: Mgs. Rocío Tenezaca Sánchez Mgs. Alejandra Sarmiento Benavides

Atentamente,


Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
Adj.: Archivo
c.c. Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato: 17-01-2020: Msc. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato: 17-01-2020: Jessica Bonifaz
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 21 de julio de 2020
Oficio No. 0831-RD-FCS-2020

SEÑORITAS
ENCALADA URGILEZ KAROL YESENIA
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ KARLA LIZETH
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
De mi consideración. –

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al día martes 21 de julio de 2020.

RESOLUCIÓN No. 0831-D-FCS-21-07-2020: Aprobar el cambio de población en el proyecto de investigación de la carrera de Psicología Clínica. Oficio No. 494-DPSCL-FCS-TELETRABAJO-2020. Referencia resolución No. 045-D-FCS-17-01-2020:

Nombres y apellidos de los estudiantes	Tema aprobado por Comisión de Carrera y CID	Tema propuesto	Observación sobre el tipo de estudio	Tutor y miembros del Tribunal, según Artículo 173 del RRA	Tribunal según Artículo 174 del RRA
Encalada Urgilez Karol Yesenia Sánchez Rodríguez Karla Lizeth	Depresión y ansiedad en pacientes atendidos en la Sala de Primera Acogida del Hospital General Provincial Docente de Riobamba, 2020.	Depresión y ansiedad en usuarios atendidos en la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia de Palora, 2020.	Proyecto de investigación	Tutor: Mgs. Cristina Procel Niama Miembros: Mgs. Rocio Tenezaca Sánchez Mgs. Alejandra Sarmiento Benavides	Dra. Isabel Cando Pilatuña (Delegado del Decano) Miembros: Mgs. Rocio Tenezaca Sánchez Mgs. Alejandra Sarmiento Benavides

Atentamente,


Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
Adj.: Lo indicado
e.c. Archivo



RECEPCION DE DOCUMENTOS

Fecha: 21 JUL 2020 Hora: 14:02


REGISTRAR DE ESCUELAS

Elaboración de Resoluciones Decanato 21-07-2020: MsC. Ligio Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato 21-07-2020: Jessica Benítez
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla

Anexo 5: Autorización de la Junta Cantonal de Protección de Derechos de la Niñez y Adolescencia para la ejecución del proyecto de investigación.



JUNTA CANTONAL DE PROTECCION DE DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE PALORA

Palora, 19 de mayo 2020

Srtas.

Karol Yesenia Encalada Urgiles

Karla Lizeth Sanchez Rodriguez

ESTUDIANTES EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

Presente. -


De nuestras consideraciones:

Los Miembros pertenecientes a la Junta Cantonal de Protección de Derechos de Palora, autorizamos acceder a la información pertinente a los casos de Violencia de Género, de usuarios atendidos en dicha institución para la ejecución de un proyecto de investigación con el tema: "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN USUARIOS ATENDIDOS EN LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS PALORA 2020" a las señoritas :Karol Yesenia Encalada Urgilez, con número de cédula de identificación: 140066063-3 y Karla Lizeth Sanchez Rodriguez, con número de cédula:060393150-2, estudiantes egresadas de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo. Mismas se comprometen a mantener reservada la información emitida por esta Autoridad, y dejar una copia del trabajo elaborado para que sirva de guía para la Junta Cantonal de Protección de Derechos.

Dicha información será utilizada para fines académicos.

Atentamente.


Ing. Lonin Castro B.


Psi. CI. Nancy Miranda


Lic. Diana Peralta




JCPDNA-P

Dirección: calle Eloy Alfaro y Policía Nacional
jcpdna-palora@hotmail.com
Tel: 032-313-035