



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA.

TITULO:

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN MUJERES VICTIMAS DE
VIOLENCIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE TACALÁ –
PIURA, 2017**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR:

BR. MARCELO MORALES, INA VICKI

ASESOR:

DRA. DÍAZ ESPINOZA, MARIBEL

PIURA- PERÚ

2018

DEDICATORIA

Al MAESTRO, que me bendijo con esa Luz maravillosa llena de amor y bondad y poder de esta manera concluir este un sueño tan deseado.

A Mis Padres porque sin ellos yo no hubiera podido estar aquí realizando esta meta.

A Mi Esposo Alejandro Cardoza, por el apoyo incondicional que me ha ofrecido desde el momento que empecé mi carrera hasta hoy momentos cumbre, que con su acompañamiento, paciencia y pude terminar este sueño.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, por darme la oportunidad de ser profesional.

A mis profesores que con sus experiencias, consejos y motivaciones me ayudaron a conocer, querer y amar más esta carrera.

A mis hijos Javier Alejandro, Renato, Alejandra, César Arturo, Pierina, y a mis hermosos pequeños Santiago y Valentina que con su paciencia pudieron sobrellevar los momentos de mi ausencia física, en la cual comprendieron mi anhelo y deseo.

También quiero dar las gracias a muchas de las amistades, las cuales formaron parte de mi vida que con su confianza también me ayudaron en esta hermosa y sacrificada meta cumplida.

Dios los guarde por siempre.

RESUMEN

La presente investigación titulada: Autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al Establecimiento de Salud de Tacalá – Castilla, 2017, con la finalidad de: Determinar la relación entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017. La Investigación es de tipo descriptivo correlacional con un diseño no experimental-trasversal, la muestra estuvo conformada por 90 mujeres víctimas de violencia que asisten al establecimiento de salud de Tacalá, el instrumento utilizado fue el Inventario de Autoestima de Copersmith, (SEI), consta de 25 ítems y el Inventario de Depresión de Zung WW, presenta 21 ítems, los datos fueron analizados con el programa IBM SSPSS versión 21 y como medio auxiliar el programa Excel 2012. Según los resultados se aprecia que el 53.3% presenta un nivel bajo de autoestima y además se evidencia que el 43.3% presenta un nivel moderado de depresión. Asimismo, se encontró que existe relación estadísticamente regular y altamente significativa $r = .655$ y $p = .002$ entre la autoestima y la depresión.

Palabras Claves: Autoestima, Social, Familiar, Depresión, Afectivo, Físico y Psicológico.

ABSTRACT

This research entitled: Self-esteem and depression in women victims of violence who come to the Health Establishment of Tacalá - Castilla, 2017, in order to: Determine the relationship between self-esteem and depression in women victims of violence who come to the health facility de Tacalá - Castilla, 2017. The investigation is descriptive correlational type with a non-experimental-transversal design, the sample consisted of 90 women victims of violence who attend the health facility of Tacalá, the instrument used was the Inventory of Self-esteem of Copersmith, (SEI), consists of 25 items and the Zung WW Depression Inventory, presents 21 items, the data was analyzed with the IBM SSPSS program, version 21 and as an auxiliary tool, the Excel 2012 program. According to the results, it can be seen that the 53.3% have a low level of self-esteem and it also shows that 43.3% have a moderate level of depression. Likewise, it was found that there is a statistically regular and highly significant relationship between $r = .655$ and $p = .002$ between self-esteem and depression.

Key words: Self-esteem, Social, Family, Depression, Affective, Physical and Psychological.

INTRODUCCION

La autoestima se ha estudiado como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico y se ha mostrado que una adecuada autoestima personal y social puede ser considerada un factor protector de la salud mental, según las investigaciones la autoestima es baja más en las mujeres que en los hombres, sobre todo en aquellas que viven en violencia familiar, donde las características principales se asocian con una autoestima devaluada y posición subordinada, además no proporcionan los recursos psicológicos adecuados para la solución de problemas. Es sabido a través de las diferentes investigaciones que la violencia doméstica es un problema social que afecta a millones de seres humanos de todo el mundo. Es reflejo de relaciones de poder que jerarquizan y colocan lo masculino como eje de toda experiencia en el saber y el quehacer a escala social y se reproduce a escala micro social en el espacio familiar, las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se manifiesta 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 en las mujeres que viven en entornos violentos. El presente estudio titulado “Autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al Establecimiento de Salud de Tacalá – Castilla, 2017”. Ha sido estructurado en 5 capítulos de los cuales contiene el desarrollo y proceso de la investigación.

En el primer capítulo “PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA” el cual contiene la descripción de la realidad problemática a nivel internacional, nacional, local, se plantea

el problema principal y específico; objetivos generales y específicos; hipótesis general y específicos, la finalmente la justificación de la investigación y sus limitaciones.

El segundo capítulo titulado “MARCO TEÓRICO” encontramos todas las investigaciones previas al estudio realizado, que tienen relación con las variables de dicha investigación. Así mismo encontramos las bases teóricas de las variables que consisten en la descripción con conceptos, teorías, características, tipos y dimensiones de las variables autoestima y depresión.

En el tercer capítulo titulado “HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN”, se formulan las hipótesis tanto general como las específicas; además se consideran las variables su operacionalización a través de cuadro.

En el cuarto capítulo titulado “METODOLOGÍA”, tenemos que el tipo de la presente investigación descriptiva correlacional y el diseño es no experimental. La población está compuesta por 90 casos de mujeres víctimas de violencia y la muestra es la misma. La técnica utilizada es encuesta y el instrumento es el cuestionario.

En el quinto capítulo titulado “RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN”, se describen las tablas de los resultados tanto descriptivos como las pruebas estadísticas de comprobación de hipótesis, asimismo se realiza la discusión de los resultados haciendo uso de los antecedentes y teorías usadas, finalmente se arriban a las conclusiones de la investigaciones las cuales permiten generar recomendaciones.

Finalmente se describen las referencias bibliográficas usadas.

ÍNDICE

Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen – Abstract	IV
Introducción	VII
INDICE	VIII
CAPULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Objetivos de investigación.....	15
1.4. Justificación de la investigación.....	16
1.4.1. importancia de la investigación.....	16
1.4.2. Viabilidad de la investigación.	16
1.5. Limitación del estudio.....	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas	22
2.3. Definición de términos básicos.....	50
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION	52
3.1. Formulación de hipótesis.....	52
3.2. Variables, dimensiones e indicadores.....	53

CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	55
4.1. Diseño metodológico.....	55
4.2. Diseño Muestral, población y muestra.....	56
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad.....	57
4.4. Técnicas del procesamiento de la información.....	58
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	58
4.6. Aspectos éticos.....	59
CAPITULO V: RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION.....	60
5.1 Análisis descriptivo.....	60
5.2 Análisis inferencial.....	62
5.3 Comprobación de hipótesis.....	66
5.4 Discusión y conclusiones.....	67
REFERENCIA.....	74
Anexos.....	77
Pruebas psicológicas, cuestionarios o escalas utilizadas.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	56
TABLA 2: Nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	57
TABLA 3: Existe relación significativa entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	58
TABLA 4: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión sí misma y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	59
TABLA 5: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión social y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	60
TABLA 6: Existe relación significativa entre la autoestima e su dimensión familia y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Táchala – Piura, 2017.....	61

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Muchas veces se muestra cierta indiferencia o las personas desconocen de la depresión que se puede presentar tanto en niños como en adolescentes, ya que mayormente se les asocia con un mundo lleno de alegría, movimiento, creatividad, esto sucede porque por su falta de madurez se le hace difícil describir sus emociones y lo que puedan sentir en ciertas situaciones que tienen que enfrentar en el día a día, ya sea en casa, en el colegio, etc.

En estos últimos años se ha incrementado la incidencia de actos violentos en mujeres víctimas, Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas cada año se registran 600 millones de suicidios de adolescentes, de los cuales muchos fueron víctimas de violencia (La Razón, 2014). Además, la OMS también reportó, en octubre de 2015, que a nivel mundial se producen cada año 200 000 homicidios entre los jóvenes de 10 a 29 años, y que por cada incidente mortal se producen muchos otros que generan lesiones con posterior hospitalización de los jóvenes afectados (OMS, 2015). Por otro lado el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef ,2014) indica que los adolescentes entre las edades de 13 y 15 años participaron en una o más peleas a nivel mundial.

De acuerdo a ello en las estadísticas encontradas acerca de la depresión en la infancia y la adolescencia se observa lo siguiente. El predominio de la depresión infantil y adolescente es parecido a la de la depresión en las personas adultas. Se ha constatado que un 3% de los infantes padece depresión, que representa entre el 10 y

el 15% de las consultas psicológicas y en adolescentes considerando mujeres y varones, en edades que oscilan entre los 10 y 19 años. Incluso se ha afirmado que a nivel mundial en el 2012 fallecieron 1,3 millones de adolescentes, lo cual nos invita a prestar una mayor atención a este tipo de situaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Por otro lado en Lima, Castillo, (2013) indicó que se han registrado en Lima 334 suicidios, 9% más que en el 2012, de los cuales el 15% fueron casos de niños y adolescentes”. (El comercio, 2014, agosto 12), lo cual indica que esta situación cada vez se está incrementando.

La familia, es considerada el núcleo base de la sociedad, es en ella donde se recibe la educación para la vida, es la primera escuela social donde se entregan los cimientos para la formación socioafectiva y de relaciones interpersonales (Gubbins, 2002) Cuando existen eventos de desequilibrio dentro del sistema familiar, se torna habitual que los miembros de la familia, consideren que los otros no cumplen con sus funciones y/u obligaciones, observando como efecto la disfuncionalidad familiar expresada en coaliciones, triangulaciones y escasa comunicación familiar, situaciones que obligan a pensar en; ¿qué es una adecuada funcionalidad familiar?, pues ésta parece ser muy importante en el desarrollo social, físico y psicológico de todos los que constituyen a la familia.

Ames (2015, Mayo 13) secretaria técnica de Progreso Social Perú, indicó que este índice pretende evaluar el nivel de bienestar o calidad de vida de las personas de

todas las regiones del Perú, el cual tiene en cuenta solamente indicadores sociales y ambientales, dejando de lado indicadores económicos, no porque se considere que estos no sean de vital utilidad, sino porque se evalúa que no se pueden obtener los resultados necesarios al promediar el índice, que como ya se había mencionado tiene el objetivo de medir la calidad de vida en esencia”. Los indicadores están compuestos por tres dimensiones, que miden las necesidades básicas humanas, los elementos del bienestar y las oportunidades que tiene la persona.

Según esta evaluación, el Índice de depresión va aumentando según las estadísticas en el 2015, el cual evaluó a 133 países a nivel mundial. Los resultados muestran que Perú se ubica en la media superior, obteniendo el puesto 55, por encima de varios países de la región, resultados que son similares en la evaluación que se realizó en América Latina a 21 países, debido a que ocupó el 11avo puesto. También encontramos que Uruguay, Chile y Costa Rica se encuentran en los tres primeros lugares, resultados que varían en el ránking global debido a que ocupan los lugares 24, 26 y 28, respectivamente, mientras que los países de Guyana, Cuba y Honduras se ubican en los tres últimos puestos. Estos resultados indican que si bien es cierto el país no se encuentra en los últimos lugares, aún está pendiente mejorar aspectos para lograr hábitos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas y de cierta forma poder escalar más puestos tanto a nivel mundial como en América Latina.

Recientemente se ha avanzado en la comprensión de la respuesta de la familia a los problemas estructurales de la sociedad como son la desigualdad, la injusticia social y la falta de oportunidades educativas y laborales los cuales inciden en las

dinámicas familiares. Una mirada más amplia de la familia debe abordarla no sólo como generadora de las situaciones de violencia sino desde su potencial rehabilitador aún en comunidades de alta vulnerabilidad, La familia, con base en modificaciones de su funcionamiento, puede ser un contexto desde el cual reconstruir expectativas de vida diferentes, de paz, autonomía, y armonía individual y familiar. (Zamudio, 2002)

Por su parte en nuestra Región, Valdiviezo García (2012) manifiesta que “la depresión sería el motivo principal del suicidio, con un 80% de casos presentados. Este problema de salud mental genera un deterioro en el estado anímico del sujeto, en Piura encontramos que al menos 20 personas intentan suicidarse al mes y dos logran hacerlo”. (Diario correo, 2012, Noviembre 14). Es importante hacer mención que en la actualidad son muy limitadas aquellas investigaciones referidas a este tema, ya que en estos últimos tiempos es que se está observando que la depresión infantil puede estar presente en la vida del niño y que si no es detectada a tiempo las consecuencias pueden ser graves.

El Establecimiento de Salud de Tacalá, se encuentra ubicado en el distrito de Castilla y presenta una gran problemática a nivel psicológico; uno de ellos es la presencia de casos de mujeres víctimas de violencia; las cuales llegan a la consulta por sentirse despreciadas, maltratadas psicológicamente y con escasa autoestima; situación que genera en ellas índices de depresión. Asimismo, se puede evidenciar que muchas de las mujeres que asisten al establecimiento de salud conforman grupos familiares disfuncionales, con 5 hijos, varias de ellas son madres solteras y otras

convivientes, además de ello sus parejas son violentas y algunos se encuentran reclusos en la cárcel de Piura.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Formulación General:

¿Cómo se relaciona la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017?

1.2.2. Formulación específicos.

¿Cómo se relaciona la autoestima en su dimensión sí mismo con la depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017?

¿Cómo se relaciona la autoestima en su dimensión social con la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017?

¿Cómo se relaciona la autoestima en la dimensión familia en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017?

1.3. Objetivos de investigación.

1.3.1. Objetivos general:

Determinar la relación entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

Establecer relación entre la autoestima en su dimensión sí mismo con la depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Identificar la relación entre la autoestima en su dimensión social con la depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Demostrar la relación entre la autoestima en la dimensión familia con la depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1. Importancia de la investigación.

La presente investigación se enmarca dentro de unos lineamientos que dan origen a la importancia de la investigación bajo estos enfoques. Teóricamente el estudio se basa en las teorías de la autoestima y depresión enfoques que explican la variable de estudio y como este se relaciona entre ellas.

Además, es necesario señalar que metodológicamente el estudio es importante, debido a que permitirá la aplicación de instrumentos a los pacientes y describir los

niveles de depresión, el estudio propone dos instrumentos a los cuales se les realizó el proceso de validez y confiabilidad, para que puedan ser utilizados en esta investigación.

De manera práctica el estudio a través de sus resultados contribuirá a proponer estrategias para el manejo adecuado de la autoestima y depresión en las pacientes atendidas en el establecimiento de salud.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

La presente investigación surge de la necesidad de realizar este estudio en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017, es viable porque se cuenta con las condiciones necesarias para llevarse a cabo, en consecuencia podemos decir que se cuenta con los recursos económicos y materiales para llevarlo a cabo, asimismo se cuenta con la autorización de la autoridad competente del Establecimiento de Salud para poder investigar sin dificultades y finalmente se cuenta con la disponibilidad del tiempo para la aplicación del instrumento.

1.5. Limitación del estudio.

Son pocas las limitaciones que se presentan en la presente investigación, una de ellas está asociada a la aplicación del instrumento por cuanto el horario de asistencia de las participantes en la investigación es oscilante, no es continuo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Rivas, A; García, H; Cruz, A, Morales, F, Martínez, M, (2012) en su tesis titulada: *“Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas violentadas”*, Universidad autónoma de México, Tuvo como Objetivo. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en personas violentadas. Tuvo una metodología de tipo descriptivo trasversal, Se midió con los instrumentos cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome Depresivo por Calderón y el inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. Según los resultados. El promedio de edad fue de 56.15 años de edad; el 55% son del sexo femenino y 44% del sexo masculino, en relación al nivel de ansiedad y depresión el sexo masculino sobresale con un estado de ansiedad alto de 54.5% y 50.9% en el sexo femenino. En relación para determinar el nivel de depresión el 47.3% padecen de depresión media en el sexo femenino y 40.9% depresión media en los hombres. En Conclusión. Los resultados obtenidos son congruentes a los reportados por quienes en sus resultados revelaron que el 43% de la muestra, presentaron algún grado de deterioro en aspectos emocionales como la ansiedad y depresión. Se pudo comprobar que en el nivel de ansiedad y depresión de las personas violentadas fueron más frecuentes en la población femenina que la masculina.

Por su parte en la investigación de Suarez, E. (2013), realiza el estudio titulado *“depresión y funcionamiento familiar en adolescentes en centros de salud pública”*. Santiago de Chile. Universidad de Chile. Esta investigación se centró en determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, atendidos en Centros de Salud Pública. Se empleó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes auto reportan bajos niveles en su Calidad de Vida relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. La depresión va Relacionada con la Salud en este grupo de adolescentes se encuentra significativamente relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el adolescente, así, aquellos que perciben una alta depresión con la Salud experimentan una peor percepción de funcionalidad familiar, lo cual confirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional, de las necesidades del individuo.

Por su parte Garay, J, (2016) en su estudio denominado: *“Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen*

un trabajo no remunerado (amas de casa)”. Universidad interamericana de México. El objetivo de la presente investigación fue estudiar dos grupos de mujeres: aquellas que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa); para conocer las diferencias y la relación que hay con respecto de los niveles de depresión, autoestima y estrés. Se trabajó con una muestra conformada por 444 mujeres, de la ciudad de Toluca; de las cuales 229 tenían trabajo remunerado y las otras 215 tenían trabajo no remunerado. Se utilizó la Escala para la Auto-medición de la Depresión de ZUNG, la cual se publicó por primera vez en 1965, para medir la autoestima se empleó el instrumento de Autoconcepto real e ideal de Valdez (1994), para medir el estrés se usó la Escala de Acontecimientos de Estrés de Caballo (1994). De los resultados más relevantes encontrados en esta investigación podemos mencionar los siguientes: existe una diferencia en cuanto a la depresión, entre las mujeres con trabajo remunerado y las mujeres con trabajo no remunerado presentando estas últimas mayor puntaje en depresión; en relación con el estrés el grupo más vulnerable fueron las mujeres con una escolaridad de licenciatura o más y las mujeres casadas de la muestra mostraron más tendencia a la depresión.

A nivel nacional

Se encontró la investigación por su parte Gonzales, I, Bartolli, E, (2016) en su tesis titulada: “*ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares en un Hospital regional Cayetano Heredia*”. Tuvo como Objetivos: analizar las relaciones entre los síntomas ansiedad y depresión, resiliencia y autoestima, con las características sociodemográficas y clínicas; correlacionar la resiliencia y autoestima con la edad y el tiempo de la enfermedad; analizar asociaciones entre

ansiedad y depresión con las medidas de resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Estudio de correlación, realizado. La población estuvo constituida por pacientes adultos internados con enfermedades cardiovasculares. Una muestra consecutiva y no probabilística fue constituida por 120 pacientes. Las variables de interés fueron evaluadas por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Resiliencia y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Resultados: los síntomas de ansiedad y depresión estaban presentes en 32,5% y 17,5% de los pacientes, respectivamente y fueron asociados al sexo femenino ($p = 0,002$; $p = 0,022$). Las manifestaciones de depresión fueron asociadas a la presencia de comorbilidades ($p = 0,020$). Pacientes más resilientes no presentaron síntomas depresivos ($p < 0,001$) y, las mujeres ansiosas, fueron menos resilientes ($p = 0,042$). Los mayores puntajes de autoestima estuvieron presentes en pacientes con ansiedad y depresión. Los hombres presentaron mayor resiliencia y menor autoestima cuando comparados a las mujeres. Conclusión: los pacientes con ansiedad y depresión fueron menos resilientes y presentaron mayor autoestima.

Orosco, C, (2015) realiza el estudio sobre: *“depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima”*, universidad de Lima. El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*. Las muestras estuvieron conformadas por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Por los

resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares.

A nivel local no se han encontrado estudios similares a la variable de investigación.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Autoestima

2.2.1.1. Definición

Branden, (1981), refiere que la autoestima “tiene dos componentes un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal”. En otras palabras, es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo, refleja un juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida y su derecho a ser feliz (p.77).

CooperSmith (1990) quien señala:

El término autoestima se refiere a las evaluaciones que una persona hace y comúnmente mantiene sobre sí mismo.; es decir autoestima global, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica la extensión en que la persona cree ser competente, importante y digno (p.33).

Según Valdez (1994), “menciona que hay una estructura mental de auto concepto o yo real y un yo ideal, implícitos, que al compararse en cuanto a su distancia, da como resultado una evaluación o juicio de valor, que es producto de una estructura llamada autoestima”. Es decir, que a mayor distancia entre el yo real y el yo ideal, menor autoestima, y a menor distancia entre ambas estructuras mayor autoestima (p. 99).

Por otra parte Reasoner (citado en Arrasque y Orellana, 1994) la ha descrito a la autoestima como una “autovaloración que las personas tienen de sí mismo y conlleva al sentimiento de auto respeto, de identidad, de pertenencia, de propósito y de competencia” (p. 22).

Branden, (1997 a) definió la autoestima “como lo que siente la persona, con respecto a sí misma; y esto dependerá de lo que cada quien quiera ser y hacer”. Por ello está determinada por la realidad y las potencialidades de cada individuo. Por tanto, la autoestima se define como: el aprecio de los propios méritos y el carácter para responder y actuar de forma responsable con los demás (p.122).

Bonet (1997) define a la autoestima “como el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos demuestro cuerpo y de nuestro carácter que configuran las actitudes que globalmente llamamos Autoestima”(p. 123).

Según Harter, (1999 p. 22) define “la autoestima como la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto”, La autoestima “es un fenómeno psicológico y social; una actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, conformada por un grupo de opiniones y sentimientos” (Burns, 2002 p. 55).

Por su parte Ramos, (2003) la autoestima “es la confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida” (p. 76).

Por otra parte Maldonado (2006, p.44) “Se ha descrito la autoestima como la dimensión afectiva del Autoconcepto y está ligada estrechamente a otros constructos cognitivos como el locus de control y expectativas de la propia eficacia”.

Según Oñate y García (2007, p.3) conceptualizan la autoestima como “la fuerza más profunda del hombre, en su tendencia a llegar a ser él mismo”. En este caso la autoestima es considerada como la fuerza interior en búsqueda de la autoafirmación y auto concepto de la persona.

Por otro lado Calero citado en López (2009) la autoestima “es el núcleo de la personalidad que garantiza la proyección hacia el futuro de la persona, ayuda a superar las dificultades que se presenta en la vida, condiciona el aprendizaje, compromete la responsabilidad y da seguridad y confianza en sí mismo” (p. 143)

Esta investigación asume la conceptualización de Coopersmith, (1969) quien considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos,

constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo en 1981, Coopersmith corrobora sus definiciones afirmando que la autoestima es como la evaluación que una persona realiza y mantiene comúnmente sobre sí mismo, se expresa a través de sus actitudes de aprobación y desaprobación, indicando el grado en que cada persona se considere capaz, significativa, competente y exitosa. Añade además que no está sujeta a cambios transitorios, sino más bien es estable al tiempo aceptando que en determinados momentos se dan ciertos cambios, expresado en las actitudes que toma sobre sí mismo”

2.2.1.2. Teorías:

Existen teorías importantes que tratan de explicar la autoestima de las personas, fundamentalmente en el adulto.

a) Teoría de Erickson

Henson y Ben (1999), el núcleo de la teoría de Erickson es su planteamiento de ocho etapas del desarrollo psicosocial, en cada una de las cuales la gente enfrenta y resuelve una crisis. (p.80)

Morrison (2005, p. 155), afirma que Erickson crea su teoría del desarrollo psicosocial basándose en la premisa de que los desarrollos social y cognitivo ocurren mano a mano y no pueden ser separados. De acuerdo con Erickson la personalidad de los niños y las habilidades sociales crecen y se desarrollan en el contexto de la sociedad y como respuesta a las demandas, expectativas, valores e instituciones sociales de la sociedad. Los adultos especialmente padres y maestros, son parte clave

de estos contextos y, por tanto juegan un papel muy importante a la hora de ayudar o impedir el aprendizaje de los niños en su personalidad y desarrollo cognitivo.

Según Henson y Ben (1999) afirman. Erickson creía que la gente pasa por ocho etapas de vida entre la infancia y la vejez, cada una de las cuales implica una crisis central. La resolución adecuada de cada crisis conduce a una mayor competencia personal y social así como a un fundamento más sólido para resolver las crisis futuras. Durante las primeras dos etapas el niño, debe desarrollar un sentido de confianza por encima de la desconfianza, y un sentido de autonomía por encima de la vergüenza y la duda. En la niñez temprana, el enfoque de la tercera etapa consiste en el desarrollo de la iniciativa y el despojo de los sentimientos de culpa. Durante los años de la escuela primaria, la cuarta etapa conlleva el logro de un sentido de productividad, por encima de los sentimientos de inferioridad. En la quinta etapa, identidad versus confusión del papel, los adolescentes intentan conscientemente consolidar su identidad. Según Marcia, estos esfuerzos pueden llevar al logro, a la difusión, a la exclusión o al aplazamiento de la identidad. Las tres etapas de Erickson sobre la adultez incluyen la lucha por lograr intimidad, productividad e integridad.

b) Teoría de Coopersmith

Según Coopersmith, el concepto de la autoestima utilizado Coopersmith, (1967) se centra en las perspectivas de la autoestima nivel general, más que sobre cambios específicos o transitorios en la evaluación que realiza el individuo. Sin embargo, a pesar de no considerarlos en su estudio, acepta el hecho que individualmente hay

cambios momentáneos, situaciones y limitados. Su investigación se centra en el estado general, dominante de autoestima referido por y para el individuo.

Coopersmith (1967) refiere que cuando el individuo se da cuenta que es una identidad separada, existiendo totalmente a parte de su medio ambiente se origina el establecimiento de sí mismo. El establecimiento de sí mismo da origen a la formulación del concepto de sí mismo. Este concepto está determinado por las interacciones sociales y las experiencias de éste. A través de las relaciones con sus familias y coetáneos, el niño aprende lo que puede o no hacer. Estas relaciones proporcionan una idea de cómo el niño tiende a percibirse a sí mismo. Una vez que el individuo ha establecido el concepto de sí mismo, a través de las experiencias del proceso o abstracción estará listo para determinar si está o no satisfecho con lo que ve de sí mismo.

Asimismo, Coopersmith (1967) refiere que para realizar una abstracción sobre sí mismo se debe descubrir, explotar y desarrollar sobre sí mismo, de manera que cada persona se conozca y utilice sus capacidades. Se trata de una abstracción que establecemos referida a nuestros atributos, capacidades y actividades. Se representa por el símbolo de “mi mismo” y si es la idea que tiene la persona sobre sí mismo, por sí mismo, es la representación de uno mismo. Los niños pequeños aún no han desarrollado su capacidad de abstracción y simbolización. Las abstracciones que tienden a formarse sobre sí mismo son vagas, simples y fortuitas. Su idea de sí mismo como un objeto es fragmentada y probablemente estará asociada con algunas partes

de su cuerpo, con información y experiencia adicional. Con la evolución, la capacidad de abstracción, la representación simbólica del niño es más completa y precisa.

Para Coopersmith (1967), la abstracción se forma y elabora sobre la base de intercambios sociales, reacciones del individuo hacia sí mismo, su habilidad para resolver problemas relacionados a su desarrollo y en base a su capacidad para enfrentar situaciones de la vida diaria, cubriendo mayores atributos y experiencias tornándose al mismo tiempo más selectivo de tal manera que aspectos de estas experiencias son asumidos como referidos directamente a sí mismo.

2.2.1.3. Dimensiones

Coopersmith, S (1969) quien considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo.

- Si mismo general: el cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

- Social: se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a la

vivencia en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

- Familiar: expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

2.2.1.4. Beneficios de la Autoestima

Son diversos los beneficios de la autoestima, en tanto se vinculan con los aportes que provee para el individuo que la posee en alto nivel.

Uno de los beneficios expuestos por McKay y Fanning (1999, p. 88), es la salud mental. Explican los autores que una alta autoestima es el resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Los individuos cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente, manifiestan síntomas psicósomáticos de ansiedad.

Otro beneficio de la autoestima es la competencia interpersonal y el ajuste social.

Se ha indicado según los autores antes señalados que, un pobre ajuste social que se relaciona con un bajo autoconcepto y una baja autoestima, se manifiestan en los niños y adolescentes de varias formas. No se les selecciona como líderes, no participan con frecuencia en clase, en clubes o en actividades sociales. No defienden sus propios derechos ni expresan sus opiniones.

Explican McKay y Fanning (1999 p. 55), que otro beneficio de la autoestima es el rendimiento escolar, pues existen cada vez más datos que apoyan la teoría de que hay una correlación entre la autoestima y el rendimiento escolar. Los estudiantes con éxito tienen un mayor y mejor sentido de valía personal y se sienten mejor consigo mismos.

La relación es recíproca, es decir, quienes han tenido una autoestima alta tienden a tener mayor rendimiento académico, y los que realizan su potencial académico tienen una mayor autoestima. Se ha considerado que la autoestima aparenta ser un valor muy personalista, sin embargo, todo aquello que perfecciona a los individuos como seres humanos, se pone al servicio de los demás; una vez que se ha recorrido el camino, es más sencillo conducir a otros por una vía más ligera hacia esa mejora personal a la que todos los individuos aspiran.

Por consiguiente, se puede indicar que los beneficios de la autoestima incluyen un mayor control sobre los pensamientos, emociones e impulsos, un fomento de su responsabilidad sobre la vida y las consecuencias de sus actos, una mejora notable en la noción de los esquemas corporales al entrar en contacto con el cuerpo haciéndose consciente de sí mismo, una mejora en la estima hacia los demás miembros de su familia, compañeros de clase y amigos, y en general un aumento de la posibilidad de crecimiento y desarrollo personal.

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definiciones

Según Beck (1979), la depresión “es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático” (p.44).

Burton (1987, p. 155) y Verosine (1985, p. 189), señalan a la depresión como:

Uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes que sobreviene al hombre y que tienden a incrementarse por el aumento de la mortalidad y padecimientos crónicos que según se ha demostrado se asocia significativamente con los estados depresivos. Los autores manifiestan que depresión siempre está presente en los estados de morbilidad como el padecimiento crónico ya que se encontró un nexo con las manifestaciones de la depresión.

En cuanto a Márquez (1990), el cual dice que “la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, Energía psíquica es aquella que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con él y con uno mismo” (p. 189).

Zung, (1990); la depresión “es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo” (p. 91).

Por su parte Ávila, (1990), señala que:

La depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, falta de interés por actividades que resultaban gratificantes. Así mismo, las personas que padecen esta enfermedad tienen problemas con el sueño (insomnio), aumento o disminución del apetito y pérdida de interés por el sexo, molestias corporales (nauseas, jaquecas o dolores) y lentitud o agitación motriz. Es por tanto, una alteración que, por su presencia en la población y por sus consecuencias quien las padece, merece atención sanitaria (p. 178).

Por parte de Barrio (2006) quien manifiesta que:

La depresión es un trastorno emocional que está caracterizado por ciertas vivencias como los sentimientos de tristeza y el desgano y también conductas que se pueden observar como la apatía, cansancio y trastornos somáticos lo que impide el disfrute de la vida (p. 82).

Por otro lado también encontramos a Arévalo (2008, p- 44) quien refiere a la depresión como “una enfermedad muy habitual, que la padecen las personas adultas como niños y adolescentes la cual tiende a aumentar progresivamente, generando discapacidad en sus vidas cotidianas”.

Para la OMS (2012, p. 12), señala que la depresión es “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Las principales clasificaciones de diagnóstico psiquiátrico, el DSM-IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 1992), consideran a los trastornos depresivos como trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos, diferenciándolos del otro subgrupo de alteraciones afectivas, el de los trastornos bipolares, en base a la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos, distinción apoyada por la investigación en torno a aspectos genéticos y biológicos, así como de respuesta farmacológica y terapéutica que definen a los desordenes depresivos como entidades clínicas distintas (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001).

2.2.2.2. Teorías

En relación a las teorías citamos la siguiente:

a) Teoría biológica

Tenemos a la teoría biológica, la cual nos plantea que la depresión se origina básicamente por una alteración o desequilibrio neuroquímico existente en la comunicación neuronal, estas sustancias químicas que se encuentran en las neuronas se les denomina neurotransmisores las cuales señalaremos aquellas que desempeñan un papel determinante en la depresión las cuales son: la serotonina, que en su funcionamiento normal se encargar de regular los estados de vigilia, el sueño, el apetito, la actividad sexual entre otras, no obstante en su funcionamiento anormal, se producirían alteraciones en los estados de ánimo o humor, problemas en el sueño como el insomnio entre otras ; así mismo la dopamina que se relaciona con la obtención del placer, cuando el funcionamiento es anormal se asocia con problemas de atención, estados de alerta, entre otros ; finalmente tenemos a la noradrenalina o norepinefrina la cual su funcionamiento anormal al igual que la serotonina impacta en

los cambios de humos, los niveles de energía y la motivación (Rosas y López, 2011 p. 122).

b) Teoría interpersonal de los trastornos depresivos

Según Sanz y Vásquez (2009, p. 101), el enfoque interpersonal de la depresión resalta la trascendencia de los factores relacionales tanto del ámbito familiar como social en los factores etiológicos, mantenimiento y abordaje psicoterapéutico de la depresión. Coyne (1976, citado por Sanz & Vásquez, 2009) sostiene que la depresión se presenta como consecuencia de la ruptura del vínculo con personas que le brindaba soporte afectivo y apoyo social, y los síntomas depresivos se mantienen y acentúan cuando el individuo no encuentra apoyo en personas significativas de su entorno social, a pesar de la búsqueda persistente.

Por otro lado, Gotlib y Hammen (1992, p. 100) resaltan la importancia de los estilos cognitivos del individuo y los miembros de su ambiente social, y sostienen que un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, ya sea interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico, cuya gravedad depende de circunstancias externas, pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad, es por ello algunos individuos desarrollan depresión clínica como respuesta al estresor, mientras que otras personas podrían presentar depresión leve. Esta vulnerabilidad puede ser interpersonales (la calidad y red de apoyo social, la cohesión de la familia), o intrapersonales (esquemas cognitivos negativos, o conductuales como afrontamiento al estrés, habilidades sociales).

c) Teoría conductuales

Mencionamos a las teorías conductuales, entre las cuales las principales son: la disminución del refuerzo positivo, (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn, Youngren & Grosscup ,1979; Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1986) postulan que la depresión no es más que la reducción del refuerzo positivo que recibe la persona de los demás en respuesta a las conductas desadaptativas que este presenta. Por lo cual como señalan los autores, que estos refuerzos positivos giran en torno a cuatro factores principales los cuales son: la cantidad de experiencias reforzadoras para la persona el número de casos de depresión y por ultimo las habilidades sociales que posee la persona para generar conductas positivas y así obtener una mayor cantidad de refuerzos positivos.

d) Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma (p. 155).

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones pueden variar en alguna

de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978 p. 232).

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

e) Teoría de Beck

Beck desarrolló la terapia cognitiva que es un alcance directivo, activo, estructurado y limitado por el tiempo desde el cual se puede estudiar y tratar diversos problemas de salud mental, entre estos la depresión (Beck, 1979). Este modelo sugiere que hay una fuerte relación entre los eventos que vive una persona, su conducta y su estado emocional. Los modelos cognitivos, y por ende la teoría de

Beck sobre la depresión, enfatizan la importancia de la forma en que se procesa la información como causa de este trastorno (Vázquez-Barquero, 2008 p. 22).

El modelo de Beck sobre la depresión plantea una cadena de elementos causales, como se presenta a continuación (Vázquez-Barquero, 2008). En este, es importante resaltar tres elementos fundamentales para entender la depresión, estos son los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos (también conocidos como errores de procesamiento) y la tríada cognitiva (Beck, 1979).

El primer elemento son las experiencias tempranas, estas forman los sistemas cognitivos sobre los cuales se interpretará la realidad. Las experiencias tempranas se generan en la infancia y serán activadas a lo largo de toda la vida de la persona. Los niños elaboran sus creencias a partir de la interacción con el mundo, en especial con personas significativas (Beiling & Segal, 2004 p. 76).

El segundo elemento del gráfico son los esquemas cognitivos. El procesamiento de la información resulta fundamental para la supervivencia de un organismo, la información que se recibe del ambiente es tanta que, sin un adecuado filtro, no se podría focalizar la atención a los estímulos más relevantes. Esta información es procesada por estructuras que dan sentido. El resultado de este proceso es una interpretación particular de cada individuo. Estos filtros son los esquemas (Beiling & Segal, 2004 p. 77).

Sin embargo, un esquema es más que un filtro, Beck (1979) afirma que estos son la base sobre la cual se seleccionan, se diferencian y se codifican los estímulos. Estos son los elementos básicos de la representación interna del significado. La importancia del esquema está dada por el grado de interrelación que tiene con otros esquemas. Otra manera de entender los esquemas es verlos como planes mentales abstractos que sirven de guía para el comportamiento. Cada persona tiene un gran número de esquemas que usa a diario para procesar la información que llega del ambiente (Curwen, Palmer y Ruddell, 2000 p. 84).

Hay diversos esquemas y se evalúa cada situación usando un complejo número de estos. Además son los responsables de cómo responde la persona frente a las diversas situaciones. En la depresión, la conceptualización del paciente es distorsionada, de tal manera que puede encajar con sus esquemas disfuncionales.

Estas distorsiones se acentúan cuando la depresión es más grave puesto que los esquemas disfuncionales tienden a dominar todo el pensamiento del sujeto (Beck, 1979).

Clark y Beck (1999) clasifican los esquemas de dos formas distintas, en base a su grado de interrelación con otros esquemas y en base al tema sobre el cual hacen referencias. Según la primera clasificación hay tres tipos de esquemas, los pensamientos automáticos que contienen la mayoría de las creencias compartidas del ambiente y de nosotros mismo son el primer tipo. En el caso de la depresión, estos no tienen un valor fundamental en la aparición del trastorno puesto que no contienen metas personales. El segundo tipo de esquemas son las creencias intermedias, y suelen

presentarse en forma de reglas con las que las personas se evalúan tanto a sí mismas como a los demás. Estos a diferencia de los primeros son mucho menos concretos, más personales y son generalizables a muchas circunstancias. Por su característica muy personal, las creencias intermedias juegan un papel importante en la aparición del trastorno depresivo. El último tipo de esquemas según esta clasificación son las creencias nucleares, estas suelen ser sumamente generales y se refirieren al self, además suelen ser polarizadas. Las creencias nucleares por referirse al self también juegan un papel fundamental en la aparición de un trastorno depresivo. (Clark & Beck, 1999 p. 156)

Según el segundo tipo de clasificación propuesta por Clark y Beck (1999 p. 187) hay cinco tipos de esquemas. El primero son los esquemas cognitivo-conductuales. Estos se encargan del procesamiento de la información. En lo que se refiere a las creencias intermedias y las creencias nucleares, los esquemas cognitivo-conductuales incluyen las representaciones del self, las metas futuras y los valores. Por esta razón para la teoría cognitiva de la depresión, este tipo de esquemas juegan un rol de particular importancia. El segundo tipo de esquemas son los afectivos, estos se encargan de la percepción de los diversos estados afectivos.

La activación de estos esquemas es lo que permite la experiencia afectiva en sí. El tercer tipo de esquemas, son los fisiológicos, estos son bastante más rudimentarios y se encargan de interpretar los estímulos provenientes de las vísceras y la musculatura. Usualmente estos esquemas suelen pasar desapercibidos. Luego se describen los esquemas conductuales, estos son la representación de los códigos de

respuesta y las actitudes de alerta que permiten las diversas respuestas motoras inmediatas y coordinadas. El último tipo de esquemas son los motivacionales, estos pueden ser similares a los conductuales debido a que muchos de ellos son impulsos automáticos e involuntarios. Sin embargo, otros esquemas motivacionales hacen referencia a las metas más personales. En general, en individuos deprimidos los esquemas están orientados negativamente, tanto en el procesamiento como en el tono con el que se evalúa la realidad, lo que genera emociones negativas y problemas de conducta. Las personas deprimidas; sin embargo, no interpretan erradamente toda la realidad, sino que tienden a encontrar en el ambiente una mayor cantidad de información que valida sus sentimientos de inadecuación (Beiling y Segal, 2004 p. 190).

El tercer elemento del gráfico es el evento estresor, este es un acontecimiento crítico que activa los esquemas disfuncionales ya presentes y desencadenará el trastorno (Vázquez, 2008). Clark y Beck (1999), entienden este evento como una sensación de pérdida de recursos personales.

El cuarto elemento del gráfico son los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas. Según Beck (1979), son errores sistemáticos en el pensamiento que mantienen y validan los pensamientos negativos que tiene la persona deprimida, a pesar de la evidencia contradictoria. Son formas primitivas de conceptualizar la realidad, puesto que tienden a hacer juicios generales, negativos, categóricos y absolutistas, en contraste a una visión más madura de la realidad, en donde las situaciones de la vida son integradas basándose en la calidad de las mismas, más que

en la cantidad de ellas. Esta forma esquemática de entender la realidad lleva al paciente a definir sus experiencias como deprivaciones totales e irreversibles, lo que los lleva a tener la mirada pesimista que los caracteriza (p. 192).

Cada persona tiende a usar predominantemente un grupo de estos posea o no un trastorno psicológico (Curwen, Palmer y Ruddell, 2000).

Beck (1979) reconoce que en la depresión son seis los pensamientos distorsionados presentes. La interferencia arbitraria, que es llegar a una conclusión específica sin fundamentos necesarios o inclusive con evidencia contradictoria; la abstracción selectiva, que es la focalización desproporcionada en un sólo detalle que tiene como consecuencia la conceptualización de la realidad en base a una mirada sesgada; la sobregeneralización, que se refiere a la creación de reglas generales en base a uno o más incidentes aislados y extrapolar esas conclusiones a otros contextos; la magnificación y minimización, que son errores en la evaluación de la magnitud de un evento; la personalización que es la tendencia a relacionar con uno mismo eventos externos; y por último el absolutismo o pensamiento dicotómico que está referido a la tendencia a evaluar las experiencias en polos de un mismo continuo (p. 182).

Otros autores reconocen más pensamientos distorsionados en las personas deprimidas, Curwen, Palmer y Ruddell (2000, p. 66) afirman que además de los ya mencionados las personas deprimidas suelen usar la catastrofización que es la tendencia a pensar que algo negativo va a ocurrir; el pensamiento emocional que se refiere a la tendencia a sacar conclusiones lógicas basándose en las emociones; las declaraciones de tipo debería...; la negación de lo positivo y el creer que pueden predecir el futuro y leer la mente de los otros.

El último elemento del gráfico es la tríada cognitiva, esta incluye patrones de pensamientos distorsionados basados en los sentimientos de pérdida y de privación que se generan puesto que las personas deprimidas interpretan estímulos ambiguos, que pasarían inadvertidos en personas sin depresión, como la confirmación de su desvalía. La frecuencia más alta de pensamientos negativos caracteriza a la persona deprimida; sin embargo, esto no significa que estas personas no presenten pensamientos positivos, pero los negativos suelen ser el doble de estos (Beiling & Segal, 2004 p. 27)

Estos tres patrones de pensamiento distorsionado que conforman la tríada cognitiva incluyen: los pensamientos relacionados a uno mismo, a las propias experiencias con el mundo y al futuro. El primer componente de esta tríada es aquel que se refiere a la mirada negativa del paciente sobre sí mismo. La persona con depresión suele criticarse en exceso y pensar que, por sus propios defectos, es poco apreciado y no merecedor de afecto (Beck, 1979). En ciertas ocasiones se puede observar que las personas deprimidas no siempre interpretan mal la realidad, muchas de las interpretaciones que hacen sobre sus propias características negativas pueden ser incluso más acertadas que las de personas sin este trastorno. Esto se conoce como realismo depresivo (Beiling y Segal, 2004 p. 83).

El segundo componente de la tríada es la tendencia de la persona deprimida a interpretar la realidad de una manera negativa, es decir, a desvalorizar sus propias experiencias. La persona deprimida tiende a sentir que el mundo es demasiado

exigente. También encuentra explicaciones negativas sobre los acontecimientos que le ocurren sin tener suficiente información y habiendo explicaciones alternativas más reales (Beck ,1979).

El tercer componente de la tríada cognitiva, es la mirada negativa de la persona deprimida hacia al futuro. Cuando una persona con este trastorno planifica su futuro, tiende a esperar más frustraciones y dificultades que una persona sin él. Por esta razón el paciente deprimido, cuando se encamina en una tarea, espera fallar (Beck, 1979).

Beck (1979) y con mayor detalle McCullough (2000) comparan el pensamiento de un adulto deprimido con el pensamiento de un niño normal, usando la teoría de Piaget (1970). Las personas deprimidas tienen una visión general del mundo bastante primitiva, que se refleja en como ellas resuelven los problemas. El pensamiento de las personas severamente deprimidas es similar al de un niño en el estadio preoperacional de Piaget que va desde los dos hasta los siete años. Esto se debe a que ambos grupos usan pensamientos globales, además el proceso de sus pensamientos no está influenciado por la lógica ni la razón. Otra similitud entre ambos grupos es el egocentrismo característico del pensamiento depresivo. Además, se encuentra que los monólogos son las formas más comunes de lenguaje en estos grupos. Otra característica de ambos es la falta de empatía que se relaciona con el egocentrismo. La última semejanza entre estos es el escaso control de emociones en ocasiones de gran estrés. Por esta razón Beck (1979) describe el pensamiento de una persona deprimida como primitivo.

2.2.2.3. Dimensiones

Tesiny (1980) después de largas investigaciones concluye que el enfermo con depresión clínicamente se ve afectado en cuatro áreas de su funcionamiento:

- **AFECTIVA:** Manifestación de pena y tristeza mucho más duradera y penetrante en algunos pacientes, irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes.
- **COGNITIVA:** manifestaciones de menosprecio hacia si mismo, la persona se siente indeseable e inútil, debido a su defecto se subestima y autocrítica por ello.
- **PSICOLÒGICO:** Caracterizado por un desempeño decreciente y desinterés por las actividades cotidianas.
- **FISICO:** caracterizadas por fatiga, trastorno del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda.

2.2.2.4. La depresión según el CIE 10 (1992)

El CIE, nos indica tres formas en la cual se presenta la depresión de los seres humanos: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

F32.0 Episodio Depresivo leve.

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos de los siguientes síntomas:

La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito. Ninguno de los síntomas debe estar presentes en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque es probable que no las deje por completo.

El episodio depresivo leve se manifiesta con síntomas típicos de la depresión como: el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de capacidad de disfrutar y el aumento de fatigabilidad, dos de estos tres síntomas, deben estar presentes para el diagnóstico.

Beck menciona que a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas

idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo este se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea que sus interpretaciones negativas son erróneas.

Mientras va incrementando la depresión esta se agrava y su pensamiento poco a poco se encuentra rígido por ideas negativas; aunque no exista una conexión lógica entre sus interpretaciones negativas; así mismo cuando existen errores sistemáticos en el pensamiento depresivo la persona se encuentra incapacitada para darse cuenta que sus interpretaciones negativas son erróneas.

F32.1 Episodio Depresivo Moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres y preferible cuatro de los demás síntomas: La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar a menos dos semanas. Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

Para considerar una persona con episodio depresivo moderado deben presentar de dos de los tres síntomas que son: el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de capacidad de disfrute y el aumento de la amigabilidad así como cuatro de los siguientes síntomas: La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito.

Así mismo, Beck cita que en los estados depresivos más graves el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas; o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independientemente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

El pensamiento de la persona depresiva se encuentra dominado por los esquemas idiosincráticos, la organización cognitiva del depresivo se encuentra desligado de los estímulos de su entorno, por ello no responde a los cambios que se manifiestan en su entorno.

F32. Episodio Depresivo Grave.

Durante un episodio grave. El enfermo puede presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de si mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sea importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante el episodio depresivo grave

En este episodio el enfermo presenta angustia, pierde la estima así mismo, se siente inútil y culpable, en este episodio el riesgo de suicidio es importante así mismo, están presentes síntomas somáticos.

2.2.2.5. La depresión según el DSM IV

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor. Los

síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones ICD-1032 y DSM-IV33. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

El DSM-IV utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Los criterios diagnósticos de una depresión mayor son:

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

2.3. Definición de términos básicos.

La autoestima: quien señala que la autoestima se refiere a las evaluaciones que una persona hace y comúnmente mantiene sobre sí mismo.; es decir autoestima global, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica la extensión en que la persona cree ser competente, importante y digno. (CooperSmith, 1990)

Si mismo general: el cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas. (Coopersmith, 1969)

Social: se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a la vivencia en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional. (Coopersmith, 1969)

Familiar: expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia. (Coopersmith, 1969)

Depresión: Es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático (Beck, 1979)

Afectiva: Manifestación de pena y tristeza mucho más duradera y penetrante en algunos pacientes, irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes. (Tesiny, 1980)

Cognitiva: manifestaciones de menosprecio hacia sí mismo, la persona se siente indeseable e inútil, debido a su defecto se subestima y autocrítica por ello. (Tesiny, 1980)

Psicológico: Caracterizado por un desempeño decreciente y desinterés por las actividades cotidianas. (Tesiny, 1980)

Físico: caracterizadas por fatiga, trastorno del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda. (Tesiny, 1980)

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

3.1.2. Hipótesis secundaria

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión sí misma y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión social y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión familia y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variables

Variable 1: Autoestima

Dimensiones:

- ✓ Sí mismo
- ✓ Social
- ✓ Familiar

Variable 2: Depresión

Dimensiones:

- ✓ Físico
- ✓ Afectiva
- ✓ Cognitivo
- ✓ Psicológico

3.2.2. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Autoestima	Coopersmith, S (1969) quien considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo	Es la autoevaluación de las mujeres víctimas de violencia sobre su autoestima, la cual será evaluada a través del Inventario de Autoestima de Coopersmit para Adultos	Si mismo	Ordinal
			Social	
			Familiar	
Depresión	Zung, (1990); Es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo.	Es la autoevaluación sobre su nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá, el cual será evaluado a través de la escala de autoevaluación para la depresión de Zung.	Afectiva	Escala Ordinal
			Cognitivo	
			Psicológico	
			Físico	

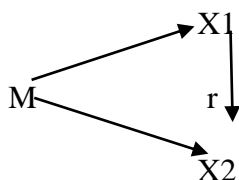
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.

4.1. Diseño metodológico.

El diseño a utilizar es de tipo descriptivo correlacional ya que con ella vamos a buscar especificar las características de personas, comunidades, grupos, proceso, objetos o cualquier otra circunstancia que se someta a un análisis, asimismo se busca correlacionar los factores: personales y organizativos y la presencia de estrés laboral, pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos y/o variables a las que se refieren y correlacionarlas (Hernández, Fernández & Sampieri, 2014)

El diseño es No experimental – transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento. (Hernández Sampieri, 2014)

El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Mujeres víctimas de violencia

X1 = Autoestima

X2 = Depresión

r = Relación.

4.2. Diseño Muestral.

4.2.1. Población:

La población de la investigación “es el conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones, o en sí, la serie de unidades o fuentes de datos que conforman un todo” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La población está conformada por todos los 90 casos de mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá.

4.2.2. Muestra:

Es una colección de individuos extraídos de la población a partir de algún procedimiento específico para su estudio o medición directa. Una muestra es una fracción o segmento de una totalidad que constituye la población. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La muestra fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico intencionado, ya que de manera intencional se ha trabajado con toda la población como muestra; es decir con las 90 mujeres víctimas de violencia que asisten al establecimiento de salud de Tacalá.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Pacientes que tienen más de una visita al Establecimiento de salud
- Pacientes víctimas de violencia familiar
- Pacientes sin discapacidad para contestar los cuestionarios

Exclusión

- Mujeres que no forman parte del diagnóstico con violencia familiar
- Mujeres que tengan su primera cita en el establecimiento de salud
- Mujeres que no desean participar del estudio

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad.

Para la presente investigación se utilizó como técnica la “Encuesta”, constituye un escrito que el investigador formula a un grupo de personas para estudiar constructos como percepciones, creencias, preferencias, actitudes, etc. (Bernal, 2000, p.222).

4.3.1. Instrumentos:

El instrumento a utilizar fue el Inventario de Autoestima de Copersmith, (SEI) versión Adultos a partir de la puntuación dimensional Función si mismo general, familiar y social. La escala constó de 25 ítems. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en las tres áreas antes mencionadas.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung WW. (1965) es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Confiabilidad de los instrumentos

En la presente investigación de la aplicación de los instrumentos se procedió a realizar la confiabilidad de las pruebas psicológicas utilizadas, cuyos resultados son:

Instrumento de autoestima, por ser dicotómico se utilizó la prueba de confiabilidad Kuder Richardson teniendo como resultados un .810 el cual se interpreta con confiable.

En lo que respecta al instrumento de depresión, cuya escala es Likert se ha utilizado la prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach siendo su resultado .850; siendo confiable para su aplicación.

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

Para efectos del análisis estadístico, y teniendo que comprobar las hipótesis planteadas en la presente investigación teniendo en cuenta que son puntajes ordinales se aplicó el análisis de correlación de Pearson la cual nos conllevó a demostrar las hipótesis empleadas. Todo ello se realizó con el programa IBM SSPSS versión 21 y como medio auxiliar el programa Excel 2012.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.

Para efectos del análisis estadístico, y teniendo que comprobar las hipótesis planteadas en la presente investigación teniendo en cuenta que son puntajes ordinales se aplicó un análisis de correlación de Pearson el cual nos conllevó a demostrar las hipótesis empleadas y a través de la regresión lineal se evaluó el grado de influencia. Todo ello se realizó con el programa IBM SSPSS versión 21 y como medio auxiliar el programa Excel 2012.

4.6. Aspectos éticos.

En primer lugar, dentro de los aspectos éticos se consideró importante respetar la confidencialidad de los nombres de las mujeres que participaron del estudio, la forma en la que se difundieron los resultados y las características necesarias para que ellos participen, todo lo mencionado está redactado en el consentimiento informado, respecto de las normas APA.

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivos

Tabla 01

Nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Depresión	Baja		Intermedia		Alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N ^a	%
Si mismo	35	38.9%	42	46.7%	13	14.4%	90	100.0
Social	45	50.0%	30	33.3%	15	16.7%	90	100.0%
Familiar	65	72.2%	25	27.8%	0	0.0%	90	100.0%
Autoestima	48	53.3%	32	35.6%	10	11.1%	90	100.0%

Fuente: Cuestionarios de autoestima aplicado a mujeres víctimas de violencia

Interpretación

Según los resultados que se muestran en la tabla 01, respecto al nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia, se evidencia que el 53.3% presenta un nivel bajo de autoestima, seguido de un nivel intermedio con el 35.6%, y el 11.2% nivel alto de autoestima. Respecto a sus dimensiones se ubicaron en el nivel bajo el área social y familiar y en un nivel intermedio el área si mismo.

Tabla 02

Nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Depresión	Normal		Ligeramente deprimido		Moderado		Severa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Afectivo	18	20.0%	20	22.2%	45	50.0%	7	7.8%	90	100%
Físico	20	22.2%	24	26.7%	42	46.7%	4	4.4%	90	100%
Cognitivo	15	16.7%	38	42.4%	31	34.4%	6	6.7%	90	100%
Psicológico	22	24.4%	29	32.2%	38	42.2%	1	1.1%	90	100%
Depresión	19	21.1%	28	31.1%	39	43.3%	4	4.4%	90	100%

Fuente: Cuestionarios de depresión de Zung aplicados a mujeres víctimas de violencia

Interpretación

Según los resultados que se muestran en la tabla 02, respecto al nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia, se evidencia que el 43.3% presenta un nivel moderado de depresión, seguido de un nivel ligeramente deprimido con el 31.1%, un 21.1% no presentan depresión y un 4.4% de las gestantes muestra depresión severa. En cuanto a sus factores: afectivo, físico, y psicológico se ubican en un nivel moderado y el factor cognitivo fue ligeramente deprimido.

5.2. Análisis inferencial

Los datos, presentaron una distribución simétrica para las puntuaciones de las variables medidas, tanto en el conjunto total de participantes como separados; por lo tanto, se asume que la distribución es normal para los constructos evaluados se emplearon pruebas paramétricas de correlación de Pearson la cual sirvió para medir la interdependencia existen entre las variables.

Hipótesis general:

Existe relación significativa entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Tabla 03
Correlaciones: Autoestima * depresión

		Autoestima	Depresión
Correlación de Pearson	Autoestima	1.000	.655**
	Coefficiente de correlación		
	Sig. (unilateral)	.	.002
	N	90	90

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

La tabla 03 muestra los datos de correlación; donde se evidencia que existe relación estadísticamente regular y altamente significativa $r = .655$ y $p = .002$ entre la autoestima y la depresión; pudiéndose observar que las mujeres que presentaron niveles bajos de autoestima presentan niveles regulares y altos de depresión.

Hipótesis específica 01:

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión sí misma y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Tabla 04
Correlaciones: dimensión si mismo * depresión

		Si mismo	Depresión
Correlación de Pearson	Si mismo	1.000	.840**
	Coefficiente de correlación		
	Sig. (unilateral)	.	.000
N		90	90

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

La tabla 04 nos muestra los datos de correlación; donde se evidencia que existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .840$ y $p = .000$ entre la dimensión sí mismo y los niveles de depresión; pudiéndose observar que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión si mismo presentan niveles regulares y altos de depresión.

Hipótesis específica 02:

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión social y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Tabla 05
Correlaciones: dimensión social * depresión

			Social	Depresión
Correlación de Pearson	Social	Coeficiente de correlación	1.000	.640**
		Sig. (unilateral)	.	.000
		N	90	90

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

La tabla 05 nos muestra los datos de correlación; donde se evidencia que existe relación estadísticamente moderadas y altamente significativa $r = .640$ y $p = .000$ entre la dimensión social y los niveles de depresión; pudiéndose observar que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión social se asocian a presentar niveles altos de depresión.

Hipótesis específica 03:

Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión familia y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Tabla 06
Correlaciones: dimensión familia * depresión

			Familia	Depresión
Correlación de Pearson	Familia	Coefficiente de correlación	1.000	.920**
		Sig. (unilateral)	.	.000
		N	90	90

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

La tabla 06 nos muestra los datos de correlación; donde se evidencia que existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .920$ y $p = .000$ entre la dimensión familia y los niveles de depresión; pudiéndose observar que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión familia se asocian a presentar niveles altos de depresión.

5.3.Comprobación de hipótesis

Después de haber analizado se comprueban las siguientes hipótesis:

Se acepta la hipótesis que dice: Existe relación significativa entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Se acepta la hipótesis específica 01 que dice: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión sí misma y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Se acepta la hipótesis específica 02 que dice: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión social y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017.

Se acepta la hipótesis específica 03 que dice: Existe relación significativa entre la autoestima e su dimensión familia y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017

5.4. Discusión y Conclusiones

5.4.1 Discusión

Con respecto al objetivo general: Determinar la relación entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá – Castilla, 2017. Se encontró que nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia, según el 53.3% presenta un nivel bajo de autoestima. Concuerdando lo dicho por CooperSmith (1990) el término autoestima se refiere a las evaluaciones que una persona hace y comúnmente mantiene sobre sí mismo.; es decir autoestima global, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica la extensión en que la persona cree ser competente, importante y digno. Resultados diferentes se evidencian en el trabajo de Gonzales, I, Bartolli, E, (2016) titulada: “*ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares en un Hospital regional Cayetano Heredia*”. Conclusión: los pacientes con ansiedad y depresión fueron menos resilientes y presentaron mayor autoestima.

En cuanto al nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia, según el 43.3% presenta un nivel moderado de depresión; es decir presentan sintomatología depresiva regularmente intensa y con más alteraciones en el trabajo, familia y con sus relaciones interpersonales, presentan un cuestionamiento frecuente de su actuar, pueden presentar sintomatología con dolor de cabeza, sufrir de mareos sin causa física alguna y dolores estomacales; por lo que estas pacientes requieren atención psicológica. Coincide con Beck (1979), la depresión es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático. Resultados similares se encontraron en el

estudio de Rivas, García, Cruz, Morales y Martínez (2012) titulada: “Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas violentadas”, Universidad autónoma de México. En relación para determinar el nivel de depresión el 47.3% padecen de depresión media en el sexo femenino y 40.9% depresión media en los hombres.

Con respecto a la hipótesis general: Existe relación significativa entre la autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá; se evidencia que existe relación estadísticamente regular y altamente significativa $r = .655$ y $p = .002$ entre la autoestima y la depresión; es decir que las mujeres que presentaron niveles bajos de autoestima presentan niveles regulares y altos de depresión; esto implica pues que en las mujeres víctimas de violencia familiar se ve afectado fundamentalmente su autoestima y esta repercute en sus estados depresivos siendo un generador de posibles conductas que alteran el estado de ánimo de estas mujeres los cuales se reflejan en su autoevaluación negativas que hacen de sí mismo y que está acompañado en una desvalorización como persona. Los hallazgos concuerdan con lo mencionado por Ramos, (2003) la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. En cuanto a Márquez (1990), manifiesta que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, Energía psíquica es aquella que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con él y con uno mismo. Resultados similares se encontraron en el estudio de Orosco, C, (2015) sobre: “depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima”, universidad de Lima. Por los resultados obtenidos se observó que

existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados.

La hipótesis específica 01: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión sí misma y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá; donde se evidencia que existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .840$ y $p = .000$ entre la dimensión sí mismo y los niveles de depresión; es decir que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión si mismo presentan niveles regulares y altos de depresión; esto pues implica que la mayor parte de las mujeres del estudio muestran una autopercepción negativa y regular valoración por su aspecto físico y psicológico acompañado a momentos depresivos. Esto coincide con lo que refiere Coopersmith (1969); aquellas personas que muestran regulares niveles son muy críticas consigo mismo baja autopercepción y escasa valorativa sobre sus características físicas y psicológicas; por su parte Zung, (1990); refiere que la depresión es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo. Resultados diferentes se encontró en el estudio Gonzales, I, Bartolli, E, (2016) titulado: “ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares en un Hospital regional Cayetano Heredia”. Los mayores puntajes de autoestima estuvieron presentes en pacientes con ansiedad y depresión.

La hipótesis específica 02: Existe relación significativa entre la autoestima en su dimensión social y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al

establecimiento de salud de Tacalá; se evidencia que existe relación estadísticamente moderadas y altamente significativa $r = .640$ y $p = .000$ entre la dimensión social y los niveles de depresión; es decir que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión social se asocian a presentar niveles altos de depresión; el 50% de las mujeres evaluadas tiene un comportamiento social bajo, carecen de condiciones personales para el manejo de sus relaciones interpersonales además podemos ver que su mundo es un solo grupo de personas que no socializa mucho dado al tipo de violencia familiar a la que está expuesta; esto se refleja en su diagnóstico de niveles regulares de depresión. Según Coopersmith, (1969) lo Social: se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a la vivencia en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional. Por su parte Ávila, (1990), señala que la depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, falta de interés por actividades que resultaban gratificantes. Resultados similares se evidencio en la investigación de Garay, J, (2016) en su estudio denominado: “Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)”. Universidad interamericana de México. De los resultados más relevantes encontrados en esta investigación podemos mencionar los siguientes: existe una diferencia en cuanto a la depresión, entre las mujeres con trabajo remunerado y las mujeres con trabajo no remunerado presentando estas últimas mayor puntaje en depresión.

La hipótesis específica 03: Existe relación significativa entre la autoestima e su dimensión familia y la depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al establecimiento de salud de Tacalá; se evidencia que existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .920$ y $p = .000$ entre la dimensión familia y los niveles de depresión; es decir que las mujeres que presentaron niveles bajos en la dimensión familia se asocian a presentar niveles altos de depresión; podemos ver que el 72% de estas mujeres presentan bajos niveles de autoestima en relación a su familia evidenciándose en problemas como tener una percepción de que su familia espera mucho sobre ella, ser incomprendida por la familia y sentirse presionada por su grupo familiar. Por otra parte, Coopersmith (1969) lo Familiar: expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia. Coincide lo dicho por Barrio (2006) quien manifiesta que la depresión es un trastorno emocional que está caracterizado por ciertas vivencias como los sentimientos de tristeza y el desgano y también conductas que se pueden observar como la apatía, cansancio y trastornos somáticos lo que impide el disfrute de la vida. Resultados desiguales se observa en el estudio de Rivas, A; García, H; Cruz, A, Morales, F, Martínez, M, (2012) tesis titulada: “*Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas violentadas*”, Universidad autónoma de México. Los resultados obtenidos son congruentes a los reportados por quienes en sus resultados revelaron que el 43% de la muestra, presentaron algún grado de deterioro en aspectos emocionales como la ansiedad y depresión. Se pudo comprobar que en el nivel de ansiedad y depresión de las personas violentadas fueron más frecuentes en la población femenina que la masculina.

5.4.2 Conclusiones

- ❖ El nivel de autoestima de las mujeres víctimas de violencia, es bajo según el 53.3%; evidenciándose las dimensiones más afectadas como la valoración de sí mismo y el ámbito familiar. Tabla N°1

- ❖ El nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia, es moderado según el 43.3%, señalándose las áreas como lo afectivo, físico y psicológico las más afectadas. Tabla N°2

- ❖ Existe relación estadísticamente regular y altamente significativa $r = .655$ y $p = .002$ entre la autoestima y la depresión. Tabla N°3

- ❖ Existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .840$ y $p = .000$ entre la dimensión sí mismo y los niveles de depresión, por ende se acepta la hipótesis planteada. Tabla N°4

- ❖ Existe relación estadísticamente moderadas y altamente significativa $r = .640$ y $p = .000$ entre la dimensión social y los niveles de depresión, por ende se acepta la hipótesis planteada. Tabla N°5

- ❖ Existe relación estadísticamente alta y altamente significativa $r = .920$ y $p = .000$ entre la dimensión familia y los niveles de depresión, se acepta la hipótesis planteada. Tabla N°6

5.4.3 Recomendaciones

- ❖ Al área psicológica del establecimiento de salud, brindar talleres o charlas en la sala de espera sobre la autoestima y depresión, utilizando material visual como trípticos o afiches con frases reflexivas e información básica, la cual puede ser explicada mediante casos de la vida cotidiana, con el fin de concientizar a las personas que asisten al establecimiento de salud sobre lo importante que es fortalecer su autoestima y que aprendan a reconocer los síntomas depresivos para que puedan prevenir futuros problemas psicológicos.

- ❖ Al área de psicología del establecimiento de salud, promover la proyección de talleres de autoestima y habilidades sociales en la comunidad para prevenir problemas de baja autoestima y altos niveles de depresión en la población.

- ❖ A las demás áreas, referir al servicio de psicología a las pacientes que presentan síntomas depresivos o de poca valoración a su persona, con el fin de que puedan recibir apoyo psicológico para que logren fortalecer su autoestima y superar el cuadro depresivo en el que se encuentren.

REFERENCIAS

Abramson, L, Seligman, M y Teasdale, J (1978) *Incapacidad aprendida en los humanos: Crítica y reformulación*. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

Arévalo, M (2008) *Soledad en las personas mayores*. En: Yuste, N. Rubio, R. y Aleixandre, M. Introducción a la psicogerontología. España: Pirámide

Arrasque, M y Orellana, L (1994) *El poder de la autoestima*. México: Paidós.

Ávila, A. (1990). *Psicodinámica de la depresión*. Consultado el 22 de agosto 2014 en Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España 6(1), 37-58. <http://revistas.um.es/analesps/search/results>.

Barrio, V (2006). *La depresión infantil*. Malaga: ALJIBE.

Beck, A (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*. Nueva York: Guilford Press.
Recuperado abril del 2014 en línea:
<http://terapiacognitivabogota.blogspot.pe/2011/05/reestructuracion-cognitiva-en-depresion.html>.

Bieling, P. y Segal, Z. (2004) *Modelos cognitivos y problemas en la depresión*. Trastornos del estado de ánimo: un manual de ciencia y práctica. Edimburgo: John Wiley & Sons, Incorporated.

- Bonet, J (1997) *Como educar la autoestima*. Barcelona. Aula práctica. Editorial CEAC.
- Burton, P (1987) *La naturaleza afectiva del dolor crónico*. *Psicothema*. 2002; 14:511-5.
- Branden, N (1981) *Los seis pilares de la autoestima*. Gallito.
- Branden, N (1997) *La autoestima en el trabajo*. Barcelona, España. Paidós.
- Burns, D (2002) *Sentirse bien*. México Edit. Paidós.
- Curwen, B., Palmer, S. y Ruddell, P. (2000) *Breve terapia de comportamiento cognitivo*.
Detroit: Sage Publications Ltd.
- Coopersmith, S (1969) *Los antecedentes de la autoestima Universidad de California, Davis*. San Francisco: W. H. Freeman and Company. 1967. Págs. 44-50.
- Coopersmith, S. (1997) *Los antecedentes de la autoestima Consulting*. Estados Unidos:
Psychologist Press.
- Coopersmith, S (1990) *Inventario de Autoestima*. Palo Alto. Consulting Psychologists
Press, Inc.
- Clark, D. y Beck, A. (1999) *Fundamentos científicos de la terapia cognitiva y la terapia de la depresión*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.

Depresión infantil puede conducir al suicidio (2010) *Recuperado el 18 de Noviembre del 2015* de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/depresion-infantil-puede-conducir-al-suicidio-noticia-289539>.

El comercio (2014) "*La depresión es un mal oculto y se va formando en la infancia*" <https://elcomercio.pe/lima/depresion-mal-oculto-formando-infancia-351796>

Garay, J, (2016) "*Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)*". Universidad interamericana de Mexico.

Gonzales, I, Bartolli, E, (2016) "*Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares en un Hospital regional Cayetano Heredia*".

Gotlib, I. H., y Hammen, C. (1992). *Aspectos psicológicos de la depresión*. Hacia una integración cognitivo-interpersonal. Chichester: John Wiley & Sons.

Gubbins, V (2004) *Pensar el Desarrollo Familiar*. Una perspectiva transdisciplinaria. Centro de Estudio de la Familia. Universidad Alberto Hurtado. Santiago. [en línea] <psicología.uahurtado.cl/vgubbins/?page_id=7> [consulta: 21 junio 2010]

Harter, S. (1999) *La construcción del yo: una perspectiva de desarrollo*. Nueva York: The Guilford Press.

Henson, K y Ben, E (1999) *International Thonson Psicología para la Enseñanza eficaz*, editores, SA de C. V. México, Londres, España.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill/ Interamericana editores.

La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. (2014). Recuperado el 19 de Noviembre del 2015 de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>.

La depresión en los niños (2015) [En línea] Recuperado el 16 de Noviembre del 2015 de <http://rpp.pe/lima/actualidad/la-depresion-en-los-ninos-noticia-788753>

Lewinsohn, P (1975). *El estudio conductual y el tratamiento de la depresión*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progreso en la modificación del comportamiento*, vol. 1 (págs. 19-5). Nueva York: Academic Press.

Lewinsohn, P, Youngren, M y Grosscup, S (1979). *Refuerzo y depresión*. En R.A. Depue (dir.), *La psicobiología de los trastornos depresivos: Implicaciones para los efectos del estrés* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.

Lewinsohn, P, Muñoz, R, Youngren, M y Zeiss, A (1986). *Controle su depresión*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall

López, J. (2009) *Relación entre los hábitos de estudio, la autoestima y el rendimiento académico de los estudiantes de la escuela profesional de medicina veterinaria de la Universidad Alas Peruanas*. Tesis [Magister] Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.

Noticias, Piura: (2012) “depresión” Recuperado el 29 de Octubre del 2015 de <http://rpp.pe/peru/actualidad/piura-15-de-la-poblacion-sufre-depresion-noticia-514680>.

Diario correo, (2012) *Salud mental de piuranos en riesgo por depresión*. Recuperado el 28 de Octubre del 2015 de <http://diariocorreo.pe/ciudad/salud-mental-de-piuranos-en-riesgo-por-depres-216332/>.

Maldonado, M. (2006) *Sé trabajar, me sé ganar*. La Paz, Bolivia: Plural Editores.

Márquez, R (1990) *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Morrison, G (2005) *Educación preescolar*. 9na Edición, Madrid, España.

McKay, M. y Fanning, P. (1999) *Autoestima. Evaluación y Mejora*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.

McCullough, J. (2000) *Tratamiento para la depresión crónica Sistema cognitivo de análisis conductual de la psicoterapia*. Nueva York: The Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud (2012) *Informe: La Depresión una crisis mundial*.

Recuperado el 12 de marzo del 2014, en línea en:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Violencia juvenil*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud del adolescente*. Recuperado de:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/

Orosco, C, (2015) “*Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*”, universidad de Lima.

Oñate, F. y García, K. (2007) *El autoconcepto en el niño*. España: Paidós Ibérica.

Peterson, C, Maier, S y Seligman, M (1993). *Indefensión aprendida*. Una teoría para la edad del control personal. Nueva York: Oxford University Press.

Piaget, J (1970) *La construcción de lo real en el niño*. Buenos Aires: Proteo

Ramos de Oliveira, D. (2003). *Identidad étnica, autoestima colectiva, valores y bienestar:*

Estudios en Brasil, Argentina, Polonia y Portugal. Series doctorales. País Vasco.

Espana: ~ Servicio Editorial de Universidad del País Vasco.

Rivas, A; García, H; Cruz, A, Morales, F, Martínez, M, (2012) “*Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas violentadas*”, Universidad autónoma de México.

Rosa, E y López, E (2011). *La depresión: nuevas herramientas psicoterapéuticas*. (1a ed.). México: trillas.

Sanz, J y Vásquez, C. (2009) *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Á. Belloch, S. Bonifacio, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (pp. 271-298). Madrid: Mc Graw Hill.

Seligman, M (1975) *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. San Francisco: Freeman.

Suarez, E. (2013) “*depresión y funcionamiento familiar en adolescentes en centros de salud pública*”. Santiago de Chile. Universidad de Chile.

Tesiny, L (1980) *Sintomatología depresiva*.

UNICEF (2014). *Convención sobre los derechos del niño*. Disponible en: www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf.

Valdez, J (1994) *El autoconcepto del mexicano, estudios de validación*. Tesis de Doctorado Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Vázquez-Barquero, J. (2008) *Los trastornos depresivos*. Barcelona: Masson

Verosine, L (1985) *Las Depresiones*. Progresos en su diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Toray.

Zung, W. (1965) "*Una escala de depresión de autoevaluación*". Archives of General Psychiatry 12: 63-70. Doi: 10.1001 / archpsyc.1965.01720310065008. PMID 14221692.

ANEXOS

FICHA TÉCNICA

Nombre : Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión Adultos.

Autor : Stanley Coopersmith

Administración : Individual y colectiva.

Duración : Aproximadamente 15 minutos.

Niveles de aplicación: De 16 años de edad en adelante.

Finalidad : Medir las actitudes valorativas hacia el SI MISMO, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO:

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, de acuerdo al análisis del inventario en referencia se puede observar que a diferencia de la versión Escolar (original), el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes al de las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” (06 reactivos), y unifica las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que denomina “Area Social” (07 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, éstos son similares a los que se mencionan en el inventario original

Está compuesto por 25 Ítems, en los que no se encuentran incluidas ítems correspondientes a la escala de mentiras. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con

cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en Tres áreas:

SI MISMO GENERAL: El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

SOCIAL: Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a la vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

FAMILIAR: Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

ADMINISTRACION

La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal (colectivo). colectiva y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.

PUNTAJE Y CALIFICACION.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4 (CUATRO)

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación (JOSUE TEST ha elaborado una plantilla y protocolo para ser utilizado en la calificación individual o grupal). El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

CLAVE DE RESPUESTA:

Ítems Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.

Items Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

SUB ESCALAS:

I. SI MISMO GENERAL: (13 ÍTEMS) 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25.

II. SOCIAL: (6 ÍTEMS) 2,5,8,14,17,21.

III. FAMILIAR: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22.

CATEGORIAS

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24	Nivel de Autoestima Bajo
25 a 49	Nivel de Autoestima Medio bajo
50 a 74	Nivel de Autoestima Medio alto
75 a 100	Nivel de autoestima Alto.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

En las investigaciones realizadas para la elaboración del presente Manual, no se han encontrado antecedentes relacionados a la aplicación de la prueba en nuestro medio que permitan dar a conocer la validez o confiabilidad de la misma. Aunque actualmente se viene trabajando en la Universidad de Lima un estudio con muestras significativas.

Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, Adultos Forma “C”

1. Usualmente las cosas no me molestan.
2. Me resulta difícil hablar en frente de un grupo.
3. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiese.
4. Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad.
5. Soy muy divertido (a).
6. Me altero fácilmente en casa.
7. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva.
8. Soy popular entre las personas de mi edad
9. Generalmente mi familia considera mis sentimientos.
10. Me rindo fácilmente.
11. Mi familia espera mucho de mí.
12. Es bastante difícil ser “Yo mismo”.
13. Me siento muchas veces confundido.
14. La gente usualmente sigue mis ideas.
15. Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo.
16. Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de casa.
17. Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo.
18. No estoy tan simpático como mucha gente.
19. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
20. Mi familia me comprende.
21. Muchas personas son más preferidas que yo.
22. Frecuentemente siento como si mi familia me está presionando.
23. Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago.
24. Frecuentemente desearía ser otra persona.
25. No soy digno de Confianza.

SEI

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE Y APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:
FACULTAD:
FECHA DE HOY:

EDAD:
CICLO:

- | | |
|---------|---------|
| 1. V F | 16. V F |
| 2. V F | 17. V F |
| 3. V F | 18. V F |
| 4. V F | 19. V F |
| 5. V F | 20. V F |
| 6. V F | 21. V F |
| 7. V F | 22. V F |
| 8. V F | 23. V F |
| 9. V F | 24. V F |
| 10. V F | 25. V F |
| 11. V F | |
| 12. V F | |
| 13. V F | |
| 14. V F | |
| 15. V F | |

SI MISMO GENERAL:

SOCIAL :
HOGAR :
TOTAL : x 4 =

Ficha técnica de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

Nombre: Escala de autoevaluación para la depresión

Autor: Zung WW. (1965)

Objetivo: evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

Descripción: La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 Normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.

POR W. W. K. ZUNG

Edad: ____

Trimestre de embarazo: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					

17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						