

Universidad Nacional de Loja

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA MAYO – OCTUBRE 2013.

*Tesis Previa a la Obtención
del Título de Psicóloga
Clínica*

AUTORA: Patricia del Cisne Córdova Rodríguez.

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Verónica Vélez

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Verónica Vélez
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA
SALUD HUMANADE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA MAYO – OCTUBRE 2013. Realizado por la egresada Patricia del Cisne Córdova Rodríguez, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Noviembre del 2013



Dra. Verónica Vélez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Patricia del Cisne Córdova Rodríguez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional, Biblioteca virtual, de así considerarlo.

Firma:



Nro. de Cedula: 1104867492

Fecha:

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Patricia del Cisne Córdova Rodríguez, declaro ser autora de la tesis titulada "DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MAYO – OCTUBRE 2013, como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

La producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional: Los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 7 días del mes de Enero del dos mil catorce, firma la autora.

Firma:

Autora: Patricia del Cisne Córdova Rodríguez.

Cedula: 1104867492

Dirección: Av. 8 de Diciembre y Tribuno

Correo Electrónico: pattyu0208_@hotmail.com

Teléfono: Domicilio: 072615574 Celular: 0986275930

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Verónica Vélez.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE: Dra: Lupe Machado Paladines

VOCAL: Mgs. Ps. Clín. Zhenia Muñoz Vines

VOCAL: Ps. Clin. Fernando Sarmiento Lemus

DEDICATORIA

Dedico este logro con todo mi amor y cariño a:

A DIOS

Por la oportunidad de concederme la vida, por permitirme caer, levantarme y aprender día a día de todas las experiencias; así como compartir con todas aquellas personas que me han impulsado a seguir adelante.

A MI MADRE (Fanny)

Por darme la vida, por ser el apoyo incondicional de este logro alcanzado, siendo mi guía, mi más claro ejemplo de que el esfuerzo junto con la dedicación, la sencillez y el respeto son muy importantes para alcanzar las metas que se desea alcanzar en esta vida.

A MI Hija (Camilita)

Por ser el motor de mi vida, la razón para que luche día a día por ser alguien mejor, por todas esas horas de sacrificio que hoy están dando sus frutos, te adoro hija mía.

A MIS DEMAS FAMILIARES Y AMIGOS

Quienes con su apoyo han hecho de mi vida una gran experiencia, y que cada día sea mucho mejor. Especialmente a mis amigas Karina, Andría, Karla, Iliana y Jhuliana quienes con su amistad y compañerismo estuvieron a lo largo de todos estos años, siempre ahí para apoyarme en todo momento, a todos Uds. Va dedicado este logro nunca los olvidare son muy importantes para mí.

Patricia Córdova

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta etapa, deseo agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron siempre, porque fueron de gran ayuda y motivación para mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja, por haberme brindado la oportunidad de acogerme en sus aulas y darme la oportunidad de salir como profesional en beneficio propio y de la sociedad.

A los Directivos del Área de la Salud Humana por su gran profesionalismo en dirigir este importante centro de estudios.

A los excelentes Profesores de la Carrera de Psicología Clínica por compartir sus conocimientos y amistad.

A mi Directora de Tesis, Dra. Verónica Vélez por todo ese incondicional apoyo, tiempo y aprendizajes obtenidos durante la carrera y en especial en la formación de esta tesis.

A la Dra. Lupe Machado Paladines, al Psc.Cl. Fernando Sarmiento Lemus y a la Mgs.Psc.Cl. Zhenia Muñoz Vincés., miembros del tribunal de Revisión y Sustentación, por sus valiosas contribuciones que hicieron al trabajo final y por el tiempo que dedicaron para revisarlo, aún a pesar de tantas actividades que los ocupan.

¡A todos les agradezco por todo el amor y apoyos brindados para cumplir mi meta!

TABLA DE CONTENIDOS

Preliminares

Contenidos

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE	VII
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
3. ABSTRACT	3
4. INTRODUCCIÓN	4
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
6. MATERIALES Y MÉTODOS	47
7. RESULTADOS	52
8. DISCUSIÓN	60
9. CONCLUSIONES.....	63
10. RECOMENDACIONES	64
11. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA.....	68
12. BIBLIOGRAFÍA	101
13. ANEXOS	105

1.- TEMA:

DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MAYO – OCTUBRE 2013.

2. RESUMEN

La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. En Ecuador 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género.

Por lo tanto es imprescindible promover una detección oportuna por parte de los Profesionales de la Salud que se encuentran implicados en la atención primaria con este tipo de pacientes.

Para ello en la presente investigación se tomó una muestra de 50 pacientes que acudieron al servicio de Emergencias de Hospital Provincial General Isidro Ayora durante el periodo Junio –Julio 2013, con indicadores de “víctimas de Violencia de Género”.

Obteniendo como resultado que la mayoría de víctimas pertenecen al sexo femenino, que los agresores corresponden a esposos y convivientes, que la forma de violencia más frecuente es la física –psicológica y el nivel de detección en el servicio de Emergencia es bajo.

Por lo que se procedió a la ejecución de un Plan de Intervención Primaria dirigida al Personal Sanitario que labora en el Servicio de Emergencias de esta Unidad de salud, con la finalidad de disminuir la incidencia de estos casos mediante la detección y atención oportuna de las víctimas de violencia de género.

PALABRAS CLAVE: Violencia de Género, Detección de violencia, víctimas en Emergencias.

ABSTRACT

Violence is a human rights issue that deeply affects the project lives and affects the development of communities and society. In Ecuador 6 out of 10 women have experienced some form of violence that is approximately 53 % , of which only 17% are detected by Emergency Health Services in our country , Therefore it is essential to promote early detection by Health Professionals who are involved in primary care with these patients achieving proper care of them.

To do this in the present investigation a sample of 50 patients who presented to the Emergency Provincial General Hospital Isidro Ayora in the period June-July 2013 , with indicators to be victims of Domestic Violence to the clinical history was made was taken, and the Semi- Structured Interview Psychological applied .

The result being that the majority of victims are female with 95 % , 90% of perpetrators are spouses and cohabitants, the most common form of violence is physical - Psychology with 50% and the level of detection Emergency service is only 26 %.

There fore we proceeded to the execution of a Plan Primary Intervention addressed to Medical Staff working in the Emergency Service of the Health Unit, in order to decrease the incidence of these cases by detection and timely treatment of victims GBV.

KEYWORDS: Gender Violence, Detection violence victims in Emergencie.

3. INTRODUCCIÓN

La violencia de Género se caracteriza por ser un tipo de violencia ya sea física, psicológica o sexual ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico y psicológico.¹

En un estudio multipaís de la Organización mundial de la salud (OMS), el 15%-71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual, reproductiva y otros problemas de salud, así como aumentar la vulnerabilidad al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y muerte.

En el mundo cada año mueren 5 millones de personas por la misma razón y alrededor del 30 a 50 % son mujeres de Latinoamérica. Ocho de las quince principales causas de muerte en pacientes de 15 a 29 años están relacionados con algún tipo de violencia en la región de las Américas.² Ecuador no escapa a esta realidad, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de la enfermedad y muerte, Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de

¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2009) *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. (pp.7-8), Primera Ed.

² Organización Mundial de la Salud. (Noviembre 2012). Violencia contra la mujer. Recuperado de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

violencia de género, y el 87,3% dice que los hechos han sido por parte de su pareja³.

En vista de la alta incidencia de casos de violencia de género que acuden a los servicio de emergencias de los hospitales de la ciudad y de las secuelas en la vida de estas víctimas he creído necesario realizar el siguiente trabajo investigativo titulado: DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA MAYO – OCTUBRE 2013, que tiene como objetivo principal promover la Detección Precoz de víctimas de Violencia de Género en población de 18 a 30 años, mediante un Plan de Intervención Primaria dirigido al personal sanitario que labora en la Unidad de Emergencias del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

En la presente investigación se estructuró el marco teórico en dos capítulos: el primer capítulo contiene conceptos y definiciones específicas de lo que es violencia de género, las formas en que se presenta, la dinámica de la misma, los factores de riesgo asociados y las consecuencias para la salud de la mujer. El segundo Capítulo hace referencia a la violencia de género desde los servicios de Emergencia, así como la detección, evaluación e Intervención por parte de los profesionales de la salud que laboran en estos servicios.

La presente investigación es un estudio cualitativo de corte transversal, descriptivo y analítico; se tomó como muestra un total de 50 pacientes que acudieron al servicio de Emergencias de Hospital Provincial General Isidro Ayora durante el periodo

³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (Septiembre 2010). 6 de cada 10 mujeres sufren Violencia de Género en Ecuador. Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/

Junio - Julio 2013 que presentaban indicadores de ser víctimas de violencia de género, a quienes se realizó la Historia Clínica Psicológica, seguido de la aplicación de la Entrevista Psicológica Semi-estructurada.

El resultado obtenido fue que el sexo femenino es más propenso a ser víctima de violencia de género ya que en su mayoría con un 95% las pacientes atendidas fueron mujeres, que el 90% de ellas se encuentran casadas o en unión libre, el 90% de los agresores corresponden a esposos y convivientes, la forma de violencia más frecuente es la física – psicológica con un 50%, y que el nivel de detección de los casos presentados es bajo puesto que solo el 26% de las víctimas de violencia fue detectado por los profesionales de la salud que labora en este servicio.

Es por esto que se procedió a la ejecución de la intervención primaria dirigida al personal sanitario la misma que se dio mediante una Charla de Psicoeducación con la finalidad de formar a los profesionales de la salud en la detección oportuna de estos casos.

Así mismo se plantea un Plan de Intervención Psicológica adecuado a las necesidades de las víctimas, con la finalidad de que el Psicólogo Clínico de la Sala de Primera Acogida para víctimas de violencia y delitos sexuales, pueda brindar una atención integral de las mujeres maltratadas.

Se concluye que es imprescindible la formación y capacitación a los profesionales que reciben este tipo de casos para lograr una detección y atención eficaz y oportuna de las víctimas de violencia de género, intentando de esta manera romper con los ciclos de la violencia.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1. VIOLENCIA

1.1.1 Definición y Concepto

“La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras”. (Ramírez, 2003)

El elemento esencial en la violencia es el daño, tanto físico como psicológico. Este puede manifestarse de múltiples maneras y asociado igualmente, a variadas formas de destrucción: lesiones físicas, humillaciones, amenazas, rechazo, etc.

Otro aspecto de la violencia que hay que tener en cuenta es que no necesariamente se trata de algo consumado y confirmado; la violencia puede manifestarse también como una amenaza sostenida y duradera, causante de daños psicológicos quienes la padecen y con repercusiones negativas en la sociedad.

Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser

de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.

Existen varios tipos de violencia, incluyendo el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual. Sus causas pueden variar, las cuales dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía.⁴

1.2 GÉNERO

1.2.1 Definición y Concepto

El término género se refiere a los aspectos sociales adscritos a las diferencias sexuales. El género está presente en toda la vida social y tiene una enorme influencia en la visión que tenemos de nosotros mismos, en nuestro intercambio con los demás y en cómo nos desenvolvemos en todas nuestras actividades y en la vida diaria.

Desde el punto de vista de la estructura social el género no implica una mera diferenciación entre individuos de distinto sexo, sino que implica una relación

⁴ Ramírez, M. (2003). Medios de comunicación y violencia contra las mujeres. *Dialnet Plus*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro>.

jerárquica en la que unos y otras ocupamos posiciones asimétricas en cuanto al acceso a los recursos sociales.

En este sentido el género estructura la sociedad, da forma a las relaciones entre hombres y mujeres y también sirve de base para la construcción social de las identidades femenina y masculina. Estas identidades no se pueden explicar simplemente por las diferencias biológicas precisamente porque están cargadas de significado.

“En todo caso la biología puede limitar o proporcionar ciertos impulsos, pero no son suficientes para determinar el modo en que las sociedades han construido las diferencias en torno al género. Aunque se trata de un tema en constante debate, no se puede decir que exista evidencia acerca de la existencia de causalidad biológica directa en el comportamiento humano” Fausto-Sterling, (1985), Sin embargo, las explicaciones que reducen las diferencias entre hombres y mujeres a algo "natural", no solo se mantienen, sino que son ampliamente aceptadas y muy populares. La razón estriba en que son especialmente apropiadas para justificar el orden social existente.

1.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

1.3.1 Definición y Concepto.

Es un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico y psicológico. De acuerdo a Naciones Unidas, el término es

utilizado «para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género».

Ésta presenta distintas manifestaciones e incluye, de acuerdo al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, actos que causan sufrimiento o daño, amenazas, coerción u otra privación de libertades. Estos actos se manifiestan en diversos ámbitos de la vida social y política, entre los que se encuentran la propia familia, la escuela, la Iglesia, entre otras.

Este tipo de violencia presenta diversas características diferentes a otros tipos de violencia interpersonal, y normalmente se la asocia a la violencia contra la mujer, aunque no son sinónimos debido a la amplitud que abarcan las distintas formas de violencia y a que no todos los estudios se enfocan en las definiciones, identidades y relaciones de género; así, no toda la violencia contra la mujer puede identificarse como violencia de género, ya que el término hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad, por lo que es habitual que exista cierta confusión al respecto y por ende, existe cierta falta de consenso.

De acuerdo a Naciones Unidas, el término es utilizado «para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género», el término hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad, por lo que es habitual que exista cierta confusión al respecto y por ende, existe cierta falta de consenso.

En 1993 la Agencia Gubernamental de las Naciones Unidas aprobó la declaración sobre la “eliminación de la violencia contra la mujer” en su art. N° 1 la define como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado en daño físico o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.”⁵

1.4 Formas de Violencia de Género:

Existen diversas formas de violencia que, con fines descriptivos y analíticos, se han clasificado como maltrato, físico, psicológico, sexual y económico. En general coexisten o se presentan sucesivamente.

1.4.1 Violencia Física

La violencia física deja una huella en el cuerpo, aunque esta no siempre sea visible. Incluye una amplia gama de manifestaciones que van desde un pellizco o estirón de pelo hasta la muerte. Y esto es algo más que una metáfora.

La violencia física suele clasificarse de acuerdo con el tiempo que tardan las lesiones en sanar: levisima (cachetes, empujones, pellizcos, etc.)

Leve (fracturas, golpes con objetos, heridas con arma blanca, etc.), moderada (lesiones que dejan alguna cicatriz permanente, y que ocasionan discapacidad temporal) grave que pone en peligro la vida y deja una lesión permanente, muchas veces en órganos internos) y extrema (que ocasiona la muerte).

⁵ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2009) *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera Ed, p 10.

La violencia va minando la salud de las víctimas paulatina pero constantemente hasta el punto de que, tras años de abuso, quienes la soportan no tienen defensas para afrontar una enfermedad. Además la violencia va generalmente en aumento: cada vez es más frecuente y más intensa.

Muchos golpeadores aprenden a no dejar huella, y además minimizan el daño que causan. En síntesis la violencia física se dirige al cuerpo de la víctima y normalmente va seguida de una escala tanto en intensidad como en frecuencia.

1.4.2 Violencia Psicológica – emocional

La violencia psicológica también abarca un extenso abanico de expresiones: Insultos, ofensas, burlas actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, control, etc. Siempre que hay maltrato físico, físico, sexual o económico, hay también maltrato psicológico, pero éste se presenta de manera aislada.

Los siguientes son algunos ejemplos de violencia psicológica:

Asedio y control de los movimientos, celotipia excesiva, abuso verbal, amenazas, intimidación, uso del privilegio masculino (actuar como el señor del castillo), manipulación y chantaje a través de los hijos, infidelidad, comparación negativa con otras mujeres, etc.

Cuando en una pareja se insulta la violencia opera también diversos mecanismos para alejar a las mujeres de sus colegas y compañeros de trabajo, de sus amistades, y hasta de su familia más cercana. En ocasiones el aislamiento es físico y las mujeres están encerradas en el sentido más literal del término, pero a veces es psicológico y, simplemente no pueden hablar de su situación, no logran poner

en palabras las sensaciones de malestar, incomodidad angustia que se derivan de la violencia.

Podríamos continuar con ejemplos de actitudes y conductas de violencia psicológica, y llenaríamos innumerables páginas. No obstante, es importante subrayar algunos aspectos comunes, independientemente de la forma que adopte de la violencia. En primer lugar, el maltrato psicológico es un dardo directo a la autoestima de la víctima que busca generar en ella un sentimiento de inseguridad y de escasa valía personal. En segundo término, quien realmente puede ofender, humillar o descalificar a una persona es quien está cerca de ella, conoce sus puntos débiles y sabe derribar una defensa y descargar todo el veneno de la palabra (o el silencio) que lastima y lacera. Finalmente, la única persona que realmente puede aquilatar el daño es quien lo sufre. Por ello no deben desestimarse las quejas de violencia psicológica. El malestar que causan y el daño acumulado pueden resultar tan nocivos como la violencia física.

1.4.3 Violencia sexual.

Una forma frecuente de sometimiento y control dentro de la familia es el uso de la violencia sexual. En realidad sabemos muy poco por la escasez de denuncias y subregistro que existe. Cuando se habla del tema, se hace frecuente en relación con los menores, porque en la pareja la violencia sexual está naturalizada y, por ello, no se la percibe como tal. Hombres y mujeres asumen que en la relación sexual dentro del matrimonio es un derecho del marido y una obligación de la esposa. Hasta que no se conciba como un encuentro de dos voluntades

autónomas, no podrán reconocerse como derecho de las mujeres a decir no, ni tampoco se llamará por su nombre a la violencia dirigida a su sexualidad.

La violencia sexual abarca las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual, obligar a la víctima a prácticas que le resultan dolorosas, desagradables o que simplemente no desea practicar (sexo oral o anal, obligarla a mantener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostituirla, etc.)

La violencia sexual siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y muchas veces va acompañada de diversas formas de violencia física.

1.4.4 Violencia económica

Es muy reciente la consideración de que el control de los recursos económicos y sometimiento derivado de ese control constituyen violencia. El maltrato económico implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Su expresión más común es no dar dinero o darlo con cuentagotas, hacer que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su solicitud, etc. En ocasiones los hombres llegan a controlar la totalidad de los gastos de la casa y hasta las compras de los objetos más personales de la mujer: una blusa, una crema o un par de medias. Cuando las mujeres se han dedicado al cuidado del hogar, la crianza de los hijos, el cuidado del marido, y en función de ello han abandonado sus ejemplos remunerados, la situación de dependencia económica exacerba su vulnerabilidad, las hace más proclives a otras formas de violencia, acentúa el

aislamiento y les impide o dificulta tomar acciones concretas para salir de la relación de maltrato.

Para cerrar este apartado, cabe añadir que la violencia económica se presenta en todas las clases sociales; varían las formas concretas, pero las actitudes de control y sujeción son independientes del monto de los recursos y las dimensiones de la riqueza.

1.5 Dinámica de la Violencia

Una vez que la violencia se instala en una relación de pareja es muy difícil que las cosas mejoren si no interviene un especialista. Los cambios no se producen espontáneamente y la sola voluntad de las partes no basta para lograrlos. En la dinámica propia de la violencia una pareja puede permanecer varios años incluso decenios. La pregunta obligada es por qué: ¿Por qué los hombres golpean de manera reiterada a quienes dicen amar? ¿Por qué las mujeres se quedan al lado de quién las maltrata? ¿Qué es lo que hace que sigan juntos si ninguno de los dos está bien ni es feliz?

Cuando somos espectadores de una relación de violencia, hay muchas cosas que pueden generar indignación y repulsa, y entre ellas, en particular, la escalada del maltrato, tanto en intensidad como en frecuencia, y las reacciones de las víctimas. Nos gustaría que las lágrimas, las palabras incluso cariñosas y las sonrisas

complacientes se trocaren en furia, arrojó y sobre todo, en una decisión firme de salir de la relación.⁶

1.5.1 El Círculo de la Violencia

Es necesario entender que la violencia de género se basa en una dinámica que mantiene atrapadas psicológicamente a las mujeres maltratadas. Por decirlo de una forma burda digamos, que en un primer momento el maltratador prepara a su víctima, despojándola de su seguridad, confianza, autonomía, etc. con diferentes manifestaciones de maltrato psíquico, para que cuando llegue el maltrato físico (si se produce) la víctima se sienta sola, avergonzada, con sentimientos de culpabilidad y totalmente dependiente de su verdugo.

Esta dinámica presenta un patrón cíclico, que se desarrolla en tres fases, que se acuña como “el ciclo de la violencia” (Leonore Walter, 1984).

Éste trata de un ciclo repetitivo, donde las diferentes fases cada vez se reproducen en espacios más cortos de tiempo y con mayor intensidad. La violencia de género suele manifestarse en primer lugar con agresiones verbales (maltrato psíquico) en sus formas más encubiertas; humillaciones, descalificaciones, insultos, pasando a las agresiones físicas (maltrato físico) con empujones, bofetones y en casos extremos palizas, violaciones e incluso la muerte.

⁶Sanmartín J. (2004). *El laberinto de la violencia: Causas tipos y efectos*. España, Ed. Ariel, pp, 35-42

Las fases del ciclo son tres:

- 1. Fase de tensión:** la agresividad se manifiesta con agresiones verbales (descalificaciones, ridiculización, insultos, etc.) o agresiones físicas “moderadas” (empujones, bofetones, etc.). La mujer como mecanismos para intentar racionalizar la situación y adaptarse a esta, desarrolla sentimientos de autoinculpación (“Yo lo he provocado, es culpa mía”), busca respuesta en factores externos (“Está nervioso por el trabajo”), o incluso quita importancia a la actitud violenta (“Bueno no ha sido tan grave. Es solo un bofetón”). Es un momento en el que la mujer extrema el cuidado para calmar la tensión, sintiéndose confundida y angustiada. En este período puede estar la relación mucho tiempo.
- 2. Fase de explosión violenta:** cada vez son más frecuentes los momentos de tensión, hasta que finalmente se producen los comportamientos violentos produciendo lesiones físicas y/o psíquicas y/o sexuales. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos y puede decidirse a contar lo que le está pasando.
- 3. Fase de conciliación “luna de miel”:** el agresor promete que no volverá a pasar. Se caracteriza por una situación de extrema amabilidad, donde el agresor manipula psicológicamente con el perdón y el arrepentimiento. Este momento actúa como una trampa ya que inclina a la mujer a

permanecer en la situación ante la ilusión del cambio. Es una fase de aparente tranquilidad que dura un poco más que la anterior.⁷

El ciclo de la violencia explica por qué algunas mujeres retiran su denuncia, que interponen en la fase de agresión, al encontrarse un hombre que se arrepiente, promete cambiar y que está en plena luna de miel.

Si este ciclo no se rompe a tiempo, pasaran muchos años y las agresiones se repetirán con más frecuencia y más intensidad, mayor gravedad y riesgo para la mujer.

1.5.2 Perfil De La Mujer Agredida

Las mujeres han sufrido maltrato físico, sexual y psicológico por parte de los hombres desde el principio de los tiempos como ponen de manifiesto numerosos documentos históricos. Sin embargo durante los últimos treinta años los psicólogos han empezado a estudiar el impacto que esta violencia tiene sobre la mujer, con el fin de ayudar a las víctimas a curarse de sus experiencias de maltrato (Walker, 1989)

Éste capítulo se centra en el impacto psicológico que la violencia masculino tiene sobre las mujeres, tanto en general como a nivel individual, aunque el término “víctima” no es tan popular entre los grupos de defensa y presión, no se puede considerar a una mujer superviviente hasta que no se recupere de los efectos de la violencia. Las mujeres que desafían las reglas y normas de la sociedad por

⁷ VILLAVICENCIO P, SEBASTIÁN J., Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Madrid, 1999

ejemplo: víctimas de violación que se han puesto ropa sexy para salir esa noche, las mujeres maltratadas que contestan a sus maridos, las niñas que se comportan de modo seductor con el novio de su madre; se les acusa implícitamente, de merecer esa violencia, incluso de pedirla. Esta actitud de culpar a la víctima aumenta la vergüenza a las que las víctimas se enfrentan y limita sus esfuerzos por buscar ayuda. Si hemos de prevenir este proceso de revictimización es importante dedicar mucho tiempo a ayudar a las víctimas a comprender que no son culpables de la violencia que sufren; no importa lo que hicieran el agresor es el único responsable.⁸

1.5.2.1 Indefensión Aprendida

Los estudios de Walker (2000) intentando repetir los estudios de Seligman, realizó una evaluación similar del funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de mujeres que habían afirmado ser víctimas de malos tratos aleatorios y variables por parte de su pareja. Los resultados indicaron que las mujeres habían aprendido a disminuir la intensidad del maltrato utilizando estrategias de afrontamiento, ellas también pasaron de la evasión a otras estrategias de afrontamiento cuidadosamente ideadas como complacer al agresor, mantenerlo calmado, acordar hacer lo que él quiere etc. Al igual que en otros estudios sobre desaprender la indefensión aprendida, se puede enseñar a las mujeres a comprender y romper el

⁸ Ruíz, I. (12 de abril del 2009) Violencia contra la mujer y salud. *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Recuperado en: http://www.eleusis.net/Alerta_Violencia.htm

ciclo de la violencia, mostrándoles como predecir una escalada de la violencia, haciéndoles comprender que la fase del amor y del arrepentimiento es un refuerzo del ciclo y enseñándoles habilidades para escapar como parte del proceso general para dotarlas de poder.

En las ocasiones en que la víctima es muy resistente y tiene una fuerte red de apoyo a su disposición, puede recuperarse sin necesidad de asistencia, sin embargo muchas mujeres maltratadas se recuperan antes si están en un grupo de apoyo o asisten a terapia individual de grupo o familiar. En cualquier caso, el primer paso y el más importante es garantizar su seguridad. La mujer víctima necesita de apoyo durante su paso por las diferentes etapas de la recuperación, los que mejor pueden prestar esta ayuda con los profesionales de la salud mental y los defensores de los derechos de la mujer, ambos grupos deben colaborar para procurar ayuda a la víctima.

Hasta que no se elimine el sexismo y se haga realidad la igualdad entre hombres y mujeres, la violencia de los hombres contra las mujeres será difícil, si no imposible, de parar.⁹

1.5.3 Perfil del Agresor

La violencia contra la mujer en la relación de pareja es un problema en alza y adquiere actualmente unas cifras alarmantes. Así, por ejemplo, en cuanto a la violencia en el hogar, según el estudio realizado por el Instituto de la Mujer en el año 2006 con una muestra de más de 32.000 mujeres, en España hay, al menos,

⁹ Sanmartín J. (2004). *El laberinto de la violencia: Causas tipos y efectos*. España: Ariel, pp.51-55.

un 3,6% de mujeres mayores de 18 años que resultan maltratadas por su pareja (alrededor de 680.000). Sin embargo, hay un 6% adicional (alrededor de 1.200.000) que, aun no considerándose maltratadas, sufren unas conductas vejatorias que son impropias en una relación de pareja sana.

Por ello, detectar los factores de riesgo de la violencia contra la mujer en la relación de pareja, así como los factores de protección, constituye hoy una tarea prioritaria (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008). Estas cifras alarmantes han provocado en la comunidad científica un aumento del interés por el estudio de los agresores. Ello ha generado un mayor conocimiento de las características clínicas de los hombres violentos contra la mujer.

Los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y sobre la justificación de la violencia), dificultades de comunicación y de resolución de problemas, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas (abuso de alcohol y celos patológicos) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Fernández Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005). Ha habido un esfuerzo considerable por identificar tipos de agresores, pero todavía se carece de datos empíricos sólidos en apoyo de una tipología. A falta de un perfil bien fundamentado, los maltratadores pueden ser: a) personas machistas; b) sujetos inestables emocionalmente y dependientes, que se vuelven peligrosos si la mujer corta la relación; c) personas adictas al alcohol o las drogas, en donde la adicción actúa como un desinhibidor; y d) hombres con un trastorno de personalidad que disfrutan pegando o que, al menos, no tienen inhibiciones para hacerlo. Así, los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados han

sido el antisocial, el límite y el narcisista. Se han dado, incluso, intentos de establecer una tipología de agresores en función de los trastornos de personalidad y de sugerir líneas de intervención terapéutica específicas acordes con ella. “Se trata, en último término, de proponer programas de intervención a la medida según el tipo de trastorno de personalidad experimentado” (White y Gondolf, 2000).

Desde una perspectiva terapéutica, se ha observado también un interés creciente por el tratamiento psicológico de los agresores, tanto en el medio comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) como en prisión (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; 2006).

De este modo, han surgido algunos programas específicos de intervención con este tipo de agresores. Los resultados obtenidos en alguno de ellos (especialmente con los hombres que completan totalmente el programa de intervención) son claramente esperanzadores.

Los agresores son personas que en la mayoría de casos proceden de familias donde ha habido maltratos, habiendo sido víctimas o testigos de esa violencia. Suelen tener una conducta violenta, impulsiva, inmadura y con tendencias depresivas. Presenta altos niveles de estrés cotidiano.

Interactúa con la víctima humillándola, coaccionándola, denigrándola con intimidaciones constantes. Es alguien con baja autoestima y suele manifestarla con actitudes amenazantes y omnipotentes. Es manipulador y nunca reconoce sus errores. Utiliza la agresividad para conseguir sus objetivos. Es celoso hasta extremos patológicos, la mayoría de sus actos violentos se inician ante el miedo de

que su víctima lo abandone. Genera en su víctima miedo (con amenazas) y dependencia económica, creyendo que así no lo abandonará.

Además, considera a su víctima como alguien de su propiedad y no como una persona con vida propia. Aspira por medio de la violencia a ejercer poder y control absoluto sobre ella. Se considera con derecho a saber todo sobre lo que le acontece y por eso la vigila obsesivamente, la acosa telefónicamente, la espía constantemente.

Hay mucho por avanzar. Las autoridades respectivas, tanto del sector público como privado han creado diversas instancias para recibir las denuncias de violencia ejercidas por la pareja. Un hecho así no debe dejarse pasar, debe ser denunciado, y la Policía Nacional, la Fiscalía de Familia u otras instancias hacer un seguimiento del caso y detener al agresor. ¹⁰

1.6 Factores de Riesgo en la Violencia De Género

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes:

¹⁰ Hernández, J & Echeburúa, E. (2006) *Violencia de pareja: Perfil psicológico del agresor y programas de intervención*, España, Ariel, pp.112-116.

1. Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia (lo que está asociado a que en el futuro los niños sean perpetradores de violencia mientras las niñas experimenten violencia contra ellas)
2. Abuso de sustancias (incluyendo alcohol), asociado a una mayor incidencia de la violencia;
3. Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos.
4. Limitadas oportunidades económicas (factor agravante para la existencia de hombres desempleados o subempleados, asociado con la perpetuación de la violencia; y es un factor de riesgo para mujeres y niñas, de abuso doméstico, matrimonios forzados, matrimonios precoces, la explotación sexual y trata.
5. La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima
6. Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio
7. El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras.
8. Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes.
9. Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina (por ejemplo, la dote, pagos por la novia, matrimonio precoz)
10. Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo.

11. Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos;
12. Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia;
13. Falta de sanción (impunidad) para perpetradores de la violencia; y ,
14. Bajos niveles de concientización por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006; Bott, et al., 2005)

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja cabe citar:

1. Los antecedentes de violencia (autores y víctimas);
2. La discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas).
3. Un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual);
4. El trastorno de personalidad antisocial (autores);
5. El uso nocivo del alcohol (autores y víctimas);
6. El hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores);
7. Las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).

Y entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual destacan:

1. La creencia en el honor de la familia y la pureza sexual;
2. Las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre.
3. La levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual. La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso normativo de la violencia

para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.¹¹

1.7 Consecuencias en la Salud de las Mujeres Maltratadas.

La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social.

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos y se extienden, además al conjunto de la sociedad. La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para una mala salud, ya que sus consecuencias se traducen en una amplia gama de efectos en la salud de la mujer.

De este modo, será posible comprender con más claridad sus múltiples consecuencias para la salud, las sinergias que existen entre ellas y los posibles beneficios que pueden obtenerse con los distintos tipos de actividades preventivas.

Asimismo, podrá identificarse diferentes ámbitos del sistema de salud a los cuales pueden acudir las mujeres que necesitan ayuda, que no será solo los servicios de urgencias sino también, por ejemplo, los servicios de salud mental, consultas prenatales y clínicas para enfermedades de transmisión sexual.

¹¹ Cruz, M, S. & Portillo N. (2007) *Agresores y agredidos: Factores de Riesgo en la violencia*, Argentina. Ed. Pirámide.p

la violencia disminuye la propia valoración e induce a un menor cuidado personal, favoreciendo el descuido hacia una misma y la entrada en conductas perjudiciales para la salud.

El estrés crónico que implica el maltrato implica una alteración del sistema inmunológico y neurohormonal que favorece la aparición de diferentes enfermedades (infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes...) como el empeoramiento de las existentes (asma, diabetes, angina de pecho) es decir que estar sometida a violencia tanto en la infancia como en la edad adulta es un factor de riesgo para padecer enfermedades.

1.7.1 Consecuencias en la Salud Mental de las Mujeres Maltratadas

Muchas mujeres consideran que las consecuencias en la salud mental que deja como secuela la violencia de género, tiene más importancia para ellas que los efectos físicos.

Hay un deterioro de la autoestima, un cuestionarse y culparse ellas mismas. Y a medio plazo problemas de salud mental que van desde la ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y disfunciones sexuales hasta el trastorno por estrés posttraumático, el suicidio y el abuso de tabaco, alcohol y tranquilizantes.

Son numerosos los estudios realizados en diferentes países que nos muestran una alta prevalencia de problemas psíquicos en la mujer maltratada.

“Los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en mujeres maltratadas que en las que no lo han sido y es de cuatro a cinco veces probable

que esten en tratamiento psiquiatrico que las mujeres de la población general”
(Stark y Flitcraft, 1991)

1. Ansiedad

La ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro. Por ello no es de extrañar que las mujeres maltratadas presenten síntomas de ansiedad (trastornos del sueño, palpitaciones, temblor, “nudo en la garganta”, etc) casi desde el comienzo del maltrato.

Las mujeres maltratadas tienen más riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. Si bien, hay algún estudio que halla la misma prevalencia de trastorno de pánico tanto en las mujeres maltratadas como en las no maltratadas en los matrimonios con discusiones frecuentes. A veces, estas mujeres desarrollan fobias secundariamente a la situación de maltrato. La agorafobia (miedo a salir del domicilio) es una de las fobias más frecuentes en estos casos.

Habitualmente, el inicio de la ingesta de tranquilizantes es facilitada por profesionales, ante la presencia de síntomas de ansiedad. Con el paso del tiempo y dada la cronicidad del maltrato y la dificultad de salir del mismo, es frecuente que la mujer se habitúe a ellos y persista en su uso, añadiendo así un nuevo problema.

2. Depresión

Las mujeres maltratadas presentan depresión, en general asociada, de mayor o menor intensidad. El hecho de que las mujeres sufran dos veces más depresión

que los hombres parece tener que ver no tanto con la biología sino con la violencia de género y la discriminación que sufren las mujeres.

Se han estudiado en las mujeres maltratadas los factores que influyen en el desarrollo y gravedad de la depresión, habiéndose encontrado que la depresión aumenta con la falta de recursos personales, el haber recibido poca ayuda institucional y respuestas de evitación por parte de familiares y amistades.

Otro dato significativo es que muchas veces la depresión aparece o aumenta de intensidad cuando las mujeres ya han abandonado la relación. En ello parece influir factores como recursos económicos, la pérdida de amigas, la soledad, las dificultades jurídicas, las amenazas de ex marido etc.

La mayoría de las mujeres maltratadas sufren depresión. Las mujeres víctimas de violencia interpersonal demuestran muchas de las características asociadas con un diagnóstico de depresión:

- “ Sensaciones de falta de esperanza.
- “ Sentirse sin fuerzas.
- “ Baja autoestima.
- “ Respuestas emocionales limitadas.
- “ Altos niveles de autocrítica.
- “ Estrategias ineficaces para resolver los problemas de la vida diaria.
- “ Dificultades para formar y retener relaciones íntimas.

Se sabe que sufren depresión el doble de mujeres que de hombres. Este dato es igual sea cual sea el nivel social, el país la cultura y el grupo étnico al que se

pertenezca. La razón no está del todo clara pero empieza a sospecharse que puede deberse entre otras razones al aumento de violencia interpersonal que experimentan las mujeres.

3. Suicidio

Para las mujeres, la experiencia de maltrato es tan dura y ven tan pocas posibilidades de salir de su situación, que llegan a atentar contra sus vidas.

Es más frecuente el intento de suicidio en mujeres que fueron víctimas de abusos sexuales durante la infancia.

4. Trastorno por Estrés Postraumático

Es el término que designa la respuesta prolongada a un estímulo traumático anormal, tiene tres grupos de síntomas que indican su presencia:

1. Una alta activación física y mental
2. Altos niveles de respuestas de evitación
3. Recuerdos intrusivos y distorsionados del suceso traumático

Además de los problemas en estas tres áreas, las mujeres expuestas a la violencia masculina también presentan problemas como patrones anormales en las relaciones interpersonales, cambios en la imagen corporal, y cambios en la respuesta a las relaciones íntimas sexuales.

5. Abuso de Alcohol, Tranquilizantes y otras Drogas

El consumo excesivo de alcohol o tranquilizantes es una consecuencia frecuente del maltrato, Bergman encontró que un 65% de las mujeres alcohólicas habían sido golpeadas por sus maridos. En un estudio longitudinal de dos años Kilpatrick demostró que las conductas de abuso de alcohol son posteriores al maltrato.¹²

1.7.2 Consecuencias en la Salud Física

La violencia origina a si mismo síntomas físicos variados que si por algo se caracterizan es por que son bastante inespecíficos, difíciles de encuadrar, crónicos, con escasa o nula respuesta a los tratamientos habituales y acompañados de cansancio y síntomas ansiosodepresivos.

Es decir los síntomas físicos aparecen entremezclados con los psíquicos y aparentemente desconectados de su origen..

“La mujer maltratada tiene mas problemas de salud en general, su funcionamiento físico está reducido, pasa más días en la cama que otras mujeres ; así mismo empeoran aquellos problemas de salud o enfermedades que tenía anteriormente”
(Mc Cauley,1999)

Entre los principales síntomas físicos la mujer maltratada puede referir:

1. Síntomas Ginecológicos: menstruaciones irregulares o dolorosas, síndrome premenstrual , dificultades y dolores en el examen pélvico.

¹² Blanco, P.P. (2005) Atención y prevención desde los servicios sanitarios. *La violencia contra las mujeres*. pp.104-106.España: Ed. Díaz de Santos.

2. Síntomas sexuales: muy a menudo la mujer maltratada no tiene deseo, la relación sexual es un sacrificio para ella, no tiene orgasmos puede haber dispareunia, vaginismo y acepta la relación por miedo a que su pareja la insulte o a una mayor violencia.
3. Lesiones : la violencia física es la causa principal de lesiones en las mujeres, que van desde pequeños cortes o contusiones hasta incapacidad severa y muerte. Las lesiones son de tipo y ubicación variada, si bien las más frecuentes son en cara., cuello, pechos y abdomen.

“Muchas de las mujeres, a pesar de presentar lesiones importantes, no van a los servicios sanitarios por vergüenza, por amenazas del agresor, por temor a que se comunique al juzgado el origen de sus lesiones y se puedan tomar medidas que puedan afectar a la familia” (Jiménez Casado, 1999). Otro dato significativo es que, “La mayoría de mujeres que deciden a ir a los servicios médicos, cada vez que vuelven a acudir lo hacen con lesiones más graves” (Koss *et al*, 1991) .

1.7.3 Consecuencias sobre la Salud Reproductiva

El maltrato sexual y físico está detrás de algunos de los grandes y difíciles problemas de salud de nuestro tiempo: embarazos no deseados, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

En diversos estudios se ha observado que las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres y su descendencia son importantes : mayor probabilidad de embarazos no deseados, retraso en buscar cuidado prenatal, peso insuficiente,

Infecciones vaginales, cervicales y renales, sangrado durante el embarazo. Hay aumento del riesgo de aborto, parto prematuro y distrés fetal.¹³

¹³ Blanco P, P. (2005) *La violencia contra las mujeres: Prevención y Detección.*, (pp.103-109). España: Ed. Díaz de Santos,

CAPITULO II

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DESDE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Las víctimas de violencia de género no suelen manifestar ni hablar de su situación de maltrato espontáneamente y resulta difícil de identificar situaciones donde el resultado no sean lesiones físicas.

Un 17% son identificadas por los profesionales sanitarios. El 80% de ellas afirmo que no le importaría que el médico le preguntara por el tema. El 66% no suele plantearse la violencia domestica como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria.

La violencia contra las mujeres es un proceso normalizado e invisibilizado, tiene lugar en todo el mundo y en los diferentes ámbitos de la vida personal y social, tiene repercusiones graves sobre su salud y autoestima. El centro de salud puede ser un lugar clave para prevenir y detectar precozmente las situaciones de maltrato. Para ello es imprescindible la formación de las y los profesionales, que incluya no solo conocimientos teóricos, sino sobre todo el análisis y la reflexión sobre las propias creencias, prejuicios y formas de relación. Aprender a escuchar y establecer relaciones de apoyo.

“La formación no es suficiente, quienes están en los puestos de gestión tienen por delante la tarea de transformar los servicios sanitarios. Proporcionar tiempo para las consultas, reconocimiento y apoyo para el trabajo comunitario y la coordinación de servicios; favorecer la participación profesional y de la población; y modificar los criterios de evaluación profesional.” (Consue Ruiz –Jarabo Quemada).

2.1 DETECCIÓN

La mayoría de las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida: embarazo, parto o cuidado médico de sus hijos.

El ámbito sanitario sería el ideal no solo para la detección, sino para la prevención y posibles medidas de intervención.

En la práctica clínica no se suele tener en cuenta la existencia de posibles malos tratos porque en la mayoría de los casos pasan desapercibidos por no haberse indagado más acerca de ellos.

La mayoría de los y las profesionales de la salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas.

Sin embargo, podrían aprender a detectar a las mujeres maltratadas, ofrecerles seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, ayudarlas en la toma de decisiones y saber derivarlas a otros servicios.

2.1.1 Detección Precoz en la Consulta

Como la violencia tiene muy pronto repercusiones en la salud, las mujeres suelen acudir a los centros de salud. Los estudios realizados por Cauley en 1999, muestran que hasta un 44% de las mujeres que acuden a los centros de atención primaria han sido sometidas a violencia en algún momento de sus vidas.¹⁴

¹⁴ Blanco P, P. (2005) *La violencia contra las mujeres: Prevención y Detección*. p.110 .España: Ed. Díaz de Santos

Para poder detectar precozmente la violencia de género es preciso, además de centrarnos en los síntomas o en la demanda aparente de la paciente también interesarse por sus relaciones, por su ambiente familiar, estudios o trabajo.

Dada la alta prevalencia de violencia se recomienda preguntar sistemáticamente a todas las pacientes: en las consultas ordinarias, en las visitas para actividades preventivas y en las de utilización de contracepción.

En los antecedentes familiares es importante recoger la presencia de violencia en la familia de origen:

1. ¿Cómo era el ambiente en su familia?
2. ¿Su padre y su madre discutían a menudo?
3. ¿Qué pasaba entonces?

Y en los antecedentes personales la existencia de abuso sexual:

1. ¿Alguna vez ha tenido experiencias sexuales desagradables?
2. ¿Alguna vez le han forzado en contra de su voluntad?

En la mayoría de casos donde la mujer tiene novio o esposo se recomienda averiguar si existen indicios de maltrato.

2.1.2 Formas de Presentación

La mujer maltratada puede presentarse en consulta con diferentes síntomas físicos y psíquicos, en general entremezclados. Es probable que las primeras veces nos pase completamente inadvertido, pues los síntomas están aparentemente desligados de su origen.

2.1.3 Señales de Alarma

“Dada la alta prevalencia de maltrato en las mujeres, actualmente se recomienda preguntar a toda mujer que acude a consulta de Atención Primaria. Y se considera imprescindible en algunos servicios como los de Atención Materno –Infantil, Salud Mental y Urgencias”. (Heise, 1999)

Existen algunas situaciones o conductas de las pacientes que nos deben alertar y nos deben hacer preguntar:

1. Cuando los síntomas referidos son crónicos, vagos y no cuadran con un diagnóstico de enfermedad física clara.
2. Cuando hay aislamiento social.
3. Cuando la mujer refiere a su pareja como colérico, agresivo o temperamental.
4. Cuando hay depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico o fobias, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol, hipervigilancia o intentos de suicidio.
5. Antecedentes de violencia entre sus padres
6. Cuando no responde al tratamiento físico de una enfermedad (dolor pélvico crónico, cefaleas crónicas, síndrome de colon irritable, infecciones urinarias)
7. Conducta agresiva o grosera por parte de su pareja, o bien cuando presenta una conducta excesivamente controladora y atenta y no quiere dejar ni un momento sola.
8. En relación con los embarazos: cuando acuden tardíamente al control prenatal, “accidentes” o lesiones físicas.

2.1.4 Obstáculos y Dificultades para la Detección

¿Por qué nos está costando tanto a las personas profesionales de la salud detectar la violencia? ¿Están las dificultades solo en las pacientes o también en nosotros?

Algunos de los obstáculos son:

1. Los estereotipos culturales y actitudes sociales negativas

Las personas profesionales de salud somos miembros de esta sociedad y por lo tanto compartimos los mismos valores y creencias. Tenemos los mismos prejuicios y dificultades hacia las mujeres maltratadas que el resto de las personas. Así podemos creer que algunas mujeres merecen que se las maltrate o que es obligación de las mujeres estar sexualmente disponibles para sus esposos en cualquier momento.

Nuestras creencias y actitudes personales son las que determinan habitualmente nuestra actuación, y así en un momento determinado podemos decir a una mujer: << Tiene usted que dejar a su marido>>, o bien <<es mejor que siga con él, al menos tiene un techo y medios económicos para que sus hijos puedan ser educados como les corresponde>> sin darnos cuenta que le estamos transmitiendo nuestros propios valores y prejuicios.

Igualmente, nos resulta más difícil descubrir el maltrato en pacientes de nivel sociocultural similar al nuestro, pues creemos que el maltrato se da en las capas socioeconómicas más inferiores.

2. Falta de competencia técnica en los profesionales de la salud.

Para atrevernos a abordar un tema es imprescindible que contemos con la preparación suficiente. Ello nos da seguridad y comodidad. Si no contamos con una buena formación, es fácil que neguemos el problema, lo rechacemos o pensemos que no es nuestra labor. La formación en violencia doméstica apenas está iniciada en nuestro país y se está centrando sobre todo en el maltrato físico, que no es más que la punta del iceberg del problema.

La formación centrada en los síntomas físicos más que en la persona como globalidad, es también un obstáculo en la detección y abordaje de la violencia.

2.2 EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2.2.1 Como preguntar sobre el Maltrato

Aunque con frecuencia es la mujer quien empieza a hablar cuando le ofrecemos un entorno de confianza, y lo fundamental por nuestra parte es una escucha abierta, sin interrupciones sin juicios. Como profesionales de atención primaria podemos jugar un papel importante e imprescindible en detectar a las mujeres en situación de violencia y a las que están en riesgo. Así como a prevenir y/o frenar las consecuencias del maltrato en la salud y bienestar de la mujer.

El simple hecho de preguntar revela a la mujer que consideramos la violencia como un problema en la relación con su salud y no una falta de ella. Las investigaciones realizadas por Cauley y Saller con mujeres maltratadas revelan que les gustaría

que las y los profesionales de salud preguntáramos sobre el maltrato, y responden cuando son interrogadas con empatía y sin prejuicios.

Un primer paso importante es pensar cómo abordar el tema después desarrollar una manera de preguntar que iremos probando hasta hacernos una forma propia de abordar el tema.

Si bien la violencia tiene lugar en todos los ámbitos de la vida social, no referimos a la que se sufre en la relación de pareja por ser la más frecuente en nuestro medio.

Detectar e intervenir sobre todo con mujeres jóvenes es impedir que el maltrato se acentúe, se cronifique, se deteriore la salud y más tarde sea difícil recuperarse e iniciar un proyecto de vida diferente si existen indicios de maltrato es necesario:

1) Buscar todas las formas de violencia, para la mujer es difícil hablar de estos temas y es habitual que espontáneamente solo refiera una parte de lo que está ocurriendo:

- a) **Violencia Verbal.**_ ¿Le grita a menudo? ¿Le habla de manera autoritaria?
- b) **Violencia Psicológica.**_ ¿La insulta? ¿La chantajea? ¿La amenaza? ¿Es celoso? ¿La acusa de serle infiel? ¿Le dificulta tener relaciones con sus amigas o familia? ¿Controla constantemente o donde va y que hace?
- c) **Violencia Sexual.-** ¿La fuerza a tener relaciones que Ud. no desea?
- d) **Violencia Física.**_ ¿Qué ocurre cuando Uds. Pelean? ¿La ha empujado o zarandeado alguna vez? ¿Bofetadas?

2) Explorar las creencias y valores, en especial lo que se refiere a los roles de mujeres y hombres sobre el amor, su propio autoconcepto y autoestima.

Las mujeres han sido socializadas para hacer del hombre el eje fundamental de sus vidas: consagrarse al bienestar de él, perdonar y justificar todo en nombre del amor, sentir que nada tiene sentido si no es con él, que cualquier sacrificio está justificado.

Son ideas que no han ido inculcando que en mayor o menor medida las mujeres interiorizamos. _ En esta sociedad los hombres aprenden a creerse superiores a las mujeres y las mujeres a sentirnos inferiores.

3) Explorar la historia personal y familiar de la paciente

- a) Buscar historia pasada de violencia (infancia – relación anterior)
- b) Existencia de vulnerabilidad o precariedad (discapacidad – inmigración)
- c) Funcionamiento de la familia de origen (roles muy rígidos y marcados entre su padre y madre, resolver los problemas de forma violenta)
- d) Explorar como son las relaciones con su pareja (si se siente escuchada y cuidada cuando lo necesita, como resuelve la situación cuando hay un conflicto)¹⁵

¹⁵ Pérez, J.M. & Montalvo, A. (2011).Violencia de género: prevención, detección y atención. Madrid: Ed. Grupo 5, pp. 62-71.

2.3 INTERVENCIÓN EN MUJERES MALTRATADAS

Escuchar a la mujer sin juicios es en sí misma ya una intervención terapéutica.

2.3.1 Informar a la paciente

- a) Si la paciente ha sido o es víctima de violencia:
- b) Le aseguramos la confidencialidad de su consulta.
- c) Le haremos saber que creemos lo que está diciendo. Y que el maltrato es un problema que afecta a muchas mujeres.
- d) Decirle que ella no es la responsable, que nadie merece ser maltratada.
- e) Le explicaremos que la violencia es un delito penado por la ley y que es conveniente que no comente esta conversación con su pareja.
- f) Le explicaremos la posible relación que existe entre los síntomas que presenta y el maltrato.

Si no estamos capacitados para hacernos cargo de esta situación o no tenemos el tiempo para ello, remitamos a profesionales con experiencia en el maltrato. A ser posible concertaremos al menos una segunda cita con ella, para seguir valorando con la paciente la situación asegurando su derivación.

2.3.2 Actitudes a Evitar

1. Recomendar la terapia de pareja está contraindicada
2. Dar falsas esperanzas, banalizar
3. Hacer creer que basta con tratar a la pareja o con separarse
4. Culpabilizar a la mujer

5. Justificar la violencia
6. Ser omnipotente o paternalista. Imponer nuestros criterios
7. Citar al agresor (puede aumentar el peligro de la víctima).
8. Prescribir de forma excesiva medicamentos sedantes.

2.3.3 Intervención desde el Sector Salud

Desde el sector podemos ayudar si aprendemos a preguntar a nuestras pacientes sobre el maltrato, si tenemos presentes los síntomas y los signos que nos pueden ayudar a detectar, si ayudamos a las mujeres a protegerse y contribuimos un entorno de apoyo.

Todos y todas podemos ayudar a nuestro alrededor a promover relaciones no violentas, favoreciendo el diálogo y las relaciones.

Como profesionales de la salud podemos ser parte del problema en los siguientes casos:

1. Si violamos la confidencialidad: entrevistando a la mujer en presencia de su pareja u otro familiar, comentando a compañeros los que la mujer nos ha contado confidencialmente, sin su consentimiento, llamando a la policía o comunicando al juez los hechos, sin el consentimiento de ella.
2. Si trivializamos o minimizamos el maltrato: no tomando en serio el miedo o peligro que ella siente, asumiendo que si ella ha aguantado el maltrato durante años no puede ser tan malo.

3. Si culpamos a la mujer: preguntándole que es lo que hizo para provocarle, señalándola a ella como el problema.
4. Si no respetamos su autonomía: prescribiéndole que se separe o divorcie, tranquilizantes, que vaya a una casa de acogida, terapia de pareja o intervención de la policía. Castigándola o negándole nuestra atención si no hace lo que le aconsejamos.
5. No teniendo en cuenta su necesidad de seguridad: no preguntando si cree que puede volver a su casa o si tiene un lugar donde pueda ir si la situación empeora.
6. Si nos parece normal la victimización: no dando importancia cuando nos revela algún tipo de maltrato al que ha sido sometida. Aceptando que las amenazas o insultos habituales forman parte de las relaciones. Creyendo que el abuso es normal cuando las mujeres desobedecen a sus maridos.

O podemos ser parte de la solución ayudándole a la paciente a promover su autonomía y autoestima así:

1. Respeto a la confidencialidad: dialogando con la mujer a solas, sin otros miembros de la familia presentes, es necesario para ir construyendo confianza y asegurar su seguridad.
2. Validando sus experiencias: escucharla y creerle, validar sus sentimientos e informarla de que no es la única que muchas mujeres están siendo violentadas.
3. Reconociendo la injusticia: ella no es culpable de la violencia, que nada la justifica y que nadie merece ser maltratado.

4. Respetando su autonomía. Respetando su derecho a tomar decisiones propias cuando esté preparada.
5. Ayudándole para su futura seguridad: ¿Qué ha realizado en el pasado para preservar su seguridad? ¿Ha funcionado? ¿Tiene un lugar donde refugiarse en caso de ser necesario?
6. Promoviendo el acceso a los servicios de la comunidad: conocer los recursos de nuestra zona, conocer los teléfonos de urgencia y derivación.

2.4.1 Seguimiento

Si nos es posible, podemos ofrecer seguimiento, constituyéndonos en el profesional de referencia a quien la mujer puede acudir siguiendo el proceso, casi siempre con la ayuda de otros profesionales es decir un trabajo multidisciplinario.

Además de atender sus necesidades de salud es fundamental:

1. Estimularlas para aumentar su propia autonomía y desarrollo. Que pueda ir tomando conciencia de que la autonomía personal proporciona a la persona mayor autoestima. Fomentar su desarrollo formativo y laboral.
- 2 Identificar las creencias que tienen que las están impidiendo desarrollarse como personas autónomas.
- 3 Favorecer sus capacidades y logros.
- 4 Propiciar contactos con atención grupal terapéutica.

2.4.2 Atención Grupal para la Víctima

En la atención a la mujer en situación de riesgo o de maltrato los grupos son un medio excelente para que puedan reflexionar, verbalizar sus problemas, tomar conciencia de su situación, mejorar su autoestima e iniciar un proceso de <<tomar las riendas de sus vidas>>

En los grupos, a través del intercambio de opiniones, experiencias y sentimientos, las mujeres pueden ampliar su visión del mundo y de sus relaciones. De igual manera el grupo ayuda a movilizar y cambiar actitudes, creencias y valores.

Las diferentes personas que integran el grupo se constituyen en un apoyo importante en el proceso de realizar los cambios que desean.¹⁶

¹⁶ Blanco, P.P. (2005) Atención y prevención desde los servicios sanitarios. *La violencia contra las mujeres*. (pp.171-178).España: Ed. Díaz de Santos.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de corte transversal, descriptivo y analítico, éste estudio tiene un enfoque cualitativo; el universo fue de 120 pacientes que acudieron al servicio de Emergencias de Hospital Provincial General Isidro Ayora, de los cuales se tomó como muestra un total de 50 que presentaban indicadores de ser víctimas de violencia de género durante el periodo Junio - Julio 2013.

Para realizar la presente investigación se utilizó técnicas psicológicas y métodos científicos como la Observación Clínica, la Historia Clínica, y la Entrevista Psicológica Semi-estructurada, encaminados a cumplir con las metas de este estudio, ayudándonos con la detección de casos de violencia de género en la población que acude al servicio de emergencias de ésta unidad de salud.

5.1 El proceso investigativo se lo realizo en fases:

FASE 1:

Mediante la observación clínica a toda la población atendida por el servicio de emergencias del Hospital Provincial General Isidro Ayora, se realizó un tamizado de algún indicador ya sea físico, psicológico o sexual, que nos ayude a detectar las posibles víctimas de violencia de género

FASE 2:

Una vez realizado el primer paso, se procedió a la recolección de datos para la Historia Clínica Psicológica a cada uno de los y las pacientes en su mayoría atendidos en el servicio de consulta ginecológica por emergencia, y a otros en sus respectivas camas esto dependiendo del nivel de gravedad y dificultad para

trasladarse de cada una de las posibles víctimas, obteniendo de esta manera un primer diagnóstico presuntivo.

FASE 3:

Posteriormente se aplicó la Entrevista Diagnóstica (Semi –Estructurada) para la detección de víctimas de Violencia de Género, la misma que consta de los indicadores de sospecha del Ministerio de Salud Pública. (Anexo 3)

A continuación se detalla cada uno de los materiales y métodos que se utilizaron en la presente investigación.

5.2 MATERIAL 1:

LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. “Generalmente se asocia al trabajo sensoperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto” (Balarezo & Mancheno 2003). Cuando se habla de observación se hace alusión al trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales durante la entrevista como a los comportamientos espontáneos o controlados por el psicólogo.¹⁷

¹⁷ Balarezo Ch, L. & .Mancheno D. S. (2003). *Guía para el diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico*. Ecuador. Primera Ed.

5.2.1 MÉTODO 1:

Individual y Analítico, la aplicación se realizó desde la primera entrevista con el paciente en la cual se tomó en cuenta su comportamiento (sus gestos, expresiones), en el transcurso de la observación se procedió a tomar nota en la ficha de observación (Anexo1). Este modelo nos permitió conocer más del objeto de estudio, con lo cual se pudo determinar que pacientes presentaban indicadores físicos o psicológicos de ser víctimas de violencia de género.

5.3 MATERIAL 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Es un documento legal que surge del contacto entre el psicólogo y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos tales como: Datos de Identificación, Motivo de ingreso, Motivo de consulta, Enfermedad actual, Historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal normal y patológica; Psicoanamnesis familiar normal y patológica, Historia social, laboral, psicosexual, Examen de funciones , Reactivos psicológicos, y Diagnóstico.¹⁸

¹⁸El Psicoasesor. (s.f.) *Historia clínica Psicológica*. Recuperado de:
www.elpsicoasesor.com/2010/11/historia-clinica.html

5.3.1 METODO 2

La Historia Clínica Psicológica se la realizó de forma individual, ésta sirvió para reunir la información necesaria e identificar las diferentes instancias en el desarrollo de los individuos a través de ésta se recolectó datos acerca del individuo, la familia el medio en que se desenvuelve, así como sus experiencias y como este reacciona ante las diferentes circunstancias, estos datos sirvieron para conocer la necesidades biopsicosociales de las personas que se encuentran inmersas en la violencia de género.

5.4 MATERIAL 3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMI-ESTRUCTURADA

Es un instrumento privilegiado que todo Psicólogo Clínico va a incluir necesariamente en su práctica diaria, en la entrevista se reúne información sobre la conducta, las actitudes y las emociones actuales y pasadas. Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir alternando preguntas estructuradas con preguntas abiertas que no permitan obtener un mejor matiz de la información por lo que se requiere una actitud de escucha. En la entrevista psicológica buscamos información enriquecedora que nos permita, mediante los indicadores de sospecha de Ministerio de Salud Pública llegar a un diagnóstico definitivo de si la paciente es o no víctima de violencia de género, cuando somos capaces de superar las reacciones emocionales, poseemos

distancia terapéutica es entonces cuando podemos ser verdaderamente útiles a nuestros pacientes. ¹⁹ (Anexo 3)

5.4.1 METODO 3

Se la aplico de forma individual en la primera y única sesión terapéutica de aproximadamente 45 minutos garantizando la confidencialidad, empatía, acogida y seguridad de la paciente. Se aplica en dos fases la primera se indaga sobre los indicadores de sospecha que nos permite definir la presencia o no de violencia de género, y la segunda parte que consiste en realizar preguntas más directas sobre el maltrato corroborando así el diagnóstico presuntivo anterior.

¹⁹ Psicotemas, (s.f) *La Entrevista Psicológica*. Recuperado de: psicotemas.blogspot.com/2013/03/entrevista-psicologica.html

6. RESULTADOS

TABLA Nro. 1

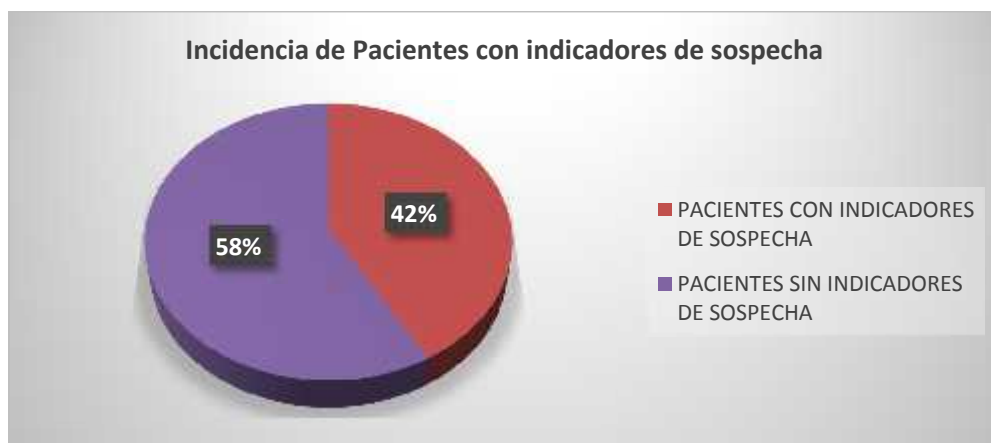
TITULO: INCIDENCIA DE VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES CON INDICADORES DE SOSPECHA	50	42%
PACIENTES SIN INDICADORES DE SOSPECHA	70	58%
TOTAL	120	100%

- **FUENTE:** Pacientes atendidas en el servicio de Emergencias del HPGIA
- **ELABORADO POR:** Patricia del Cisne Córdova Rodríguez

GRAFICO NRO. 1

TITULO: INCIDENCIA DE VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HPGIA



Análisis e Interpretación

Se obtuvo que del 100% de los y las pacientes atendidos por el Servicio de Emergencias del Hospital Provincial General Isidro Ayora, el 42% de ellas presentaban indicadores de sospecha de ser víctimas de Violencia de Género. Esto demuestra que el índice de víctimas de violencia de género que acuden a este servicio en busca de atención primaria es alto.

TABLA Nro. 2

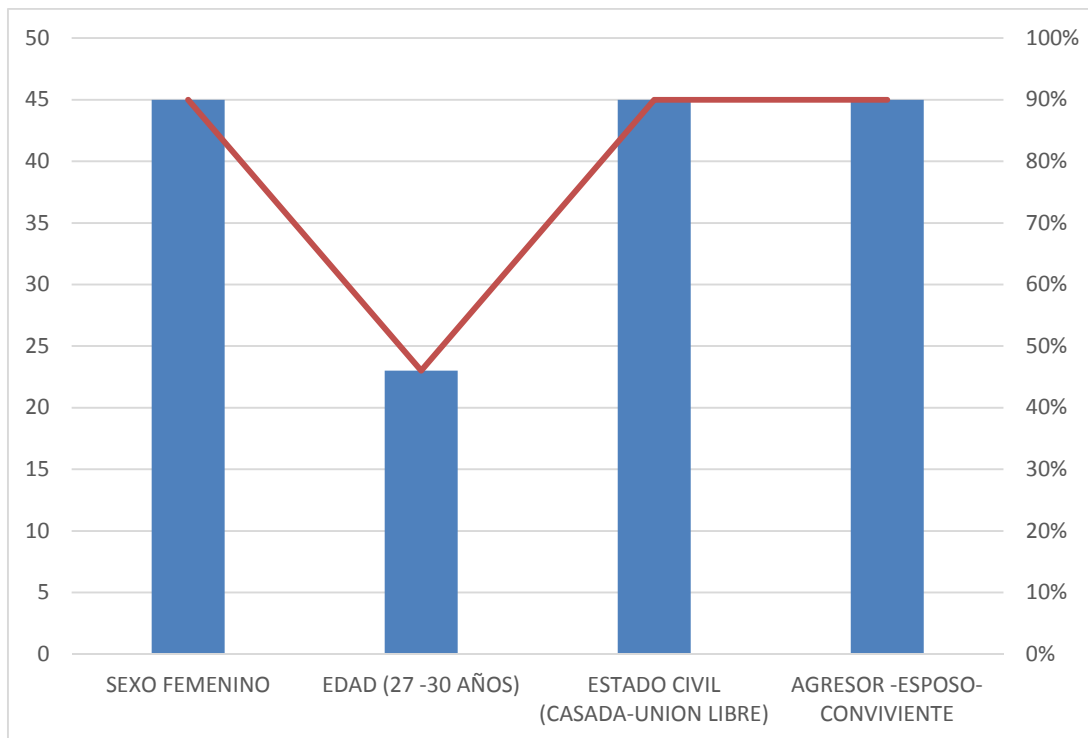
TITULO: CARACTERISTICAS DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO FEMENINO	45	90%
EDAD (27 -30 AÑOS)	23	46%
ESTADO CIVIL (CASADA-UNION LIBRE)	45	90%
AGRESOR -ESPOSO-CONVIVIENTE	45	90%

- **FUENTE:** Pacientes atendidas en el servicio de Emergencias del HPGIA
- **ELABORADO POR:** Patricia del Cisne Córdova Rodríguez

GRAFICO Nro. 2

TITULO: CARACTERISTICAS DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO



Análisis e Interpretación

Se obtuvo que las principales características de las Víctimas de Violencia de género detectadas en el servicio de Emergencias del Hospital Provincial General Isidro Ayora son: pertenecientes al sexo femenino con el 95%, la edad más frecuente es entre 27 y 30 años con un 46%, de estado civil casada con un 40% y en unión libre con el 50%, que la violencia es ejercida por su esposo o conviviente con otro 95%.

TABLA Nro. 3

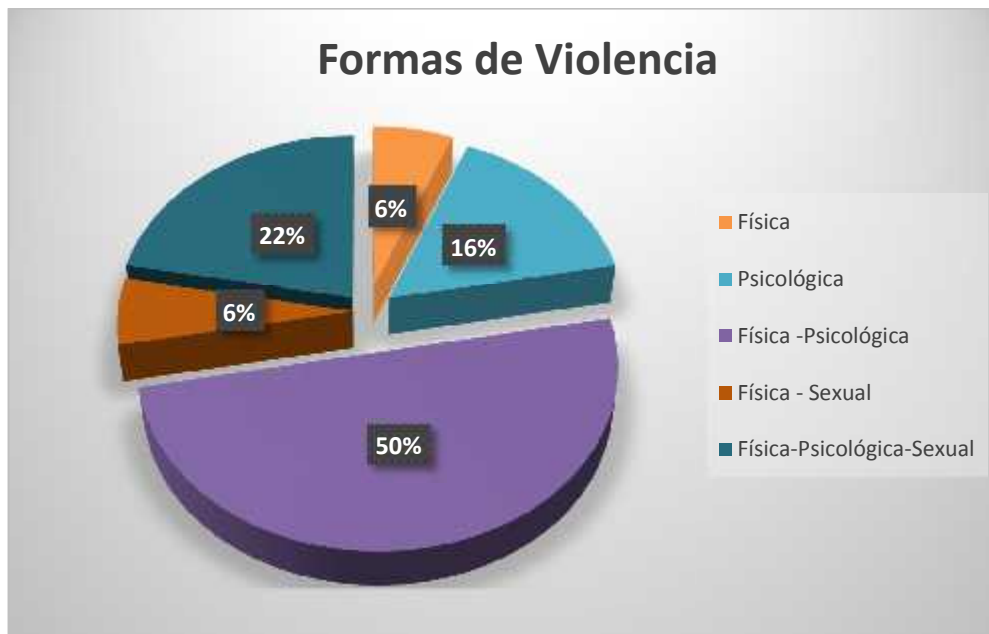
TITULO: FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MÁS FRECUENTES.

FORMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Física	3	6%
Psicológica	8	16%
Sexual	0	0%
Física –Psicológica	25	50%
Física – Sexual	3	6%
Psicológica – Sexual	0	0%
Física-Psicológica-Sexual	11	22%
TOTAL	50	100%

- **FUENTE:** : Pacientes atendidas en el servicio de Emergencias del HPGIA
- **ELABORADO POR:** Patricia del Cisne Córdova Rodríguez

GRAFICO Nro.3

TITULO: FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MÁS FRECUENTES



Análisis e Interpretación

De los datos recogidos se evidencia que las formas de violencia más comunes son: Violencia Física con un 6%, Sexual 6%, Psicológica con un 16%, seguido de Violencia Física–Psicológica y Sexual con un 22% y finalmente la violencia Físico-Psicológica con un 50%. Por lo tanto la forma de violencia de género más común es la Físico - Psicológica.

TABLA Nro.4

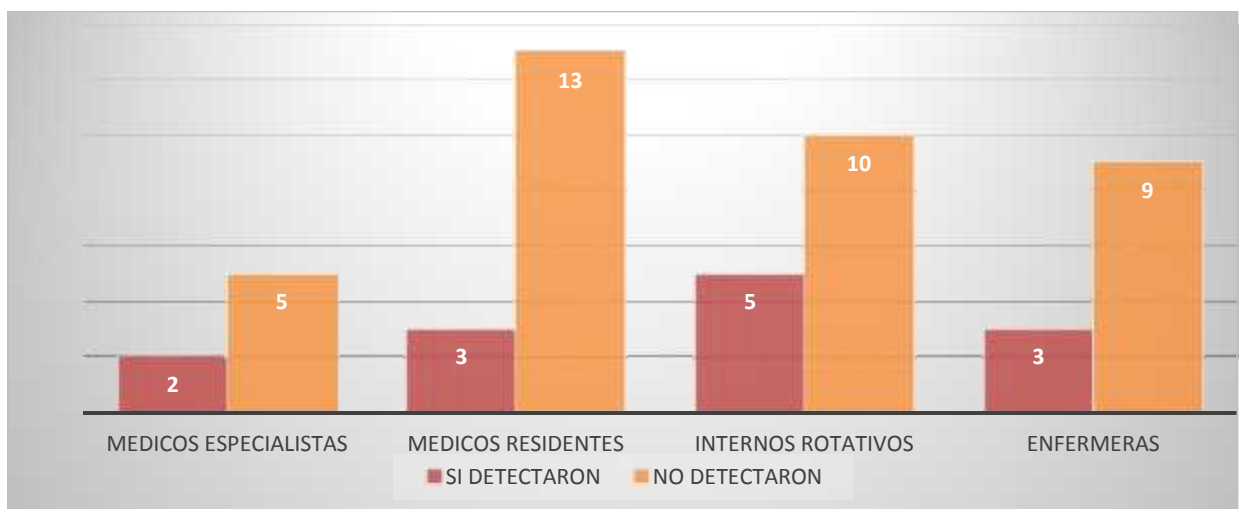
TITULO: VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADAS POR EL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

PROFESIONALES DE LA SALUD	SI DETECTARON	%	NO DETECTARON	%
Médicos Especialistas	2	4%	5	10%
Médicos Residentes	3	6%	13	26%
Internos Rotativos (Medicina)	5	10%	10	20%
Enfermeras	3	6%	9	18%
TOTAL	13	26%	37	74%

- **FUENTE:** Pacientes atendidas en el servicio de Emergencias del HPGIA
- **ELABORADO POR:** Patricia del Cisne Córdova Rodríguez

GRAFICO Nro.4

TITULO: VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADAS POR EL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.



Análisis e Interpretación

Se obtuvo que el nivel de detección de víctimas de violencia de género por parte del personal sanitario es de tan solo un 26%, frente a un 76% de pacientes que no fueron detectadas por el personal sanitario en este servicio. Y que además los Internos Rotativos de la Carrera de Medicina.

7. DISCUSIÓN

En este apartado se presentan los trabajos investigativos que corroboran y que mantienen relación con la temática investigada:

Según los datos del Estado de la población mundial (FNUAP 1997) en una de las investigaciones más importantes sobre violencia de género bajo la dirección de M. Straus, en 30 países del mundo que reflejan diferentes realidades culturales y socio –económicas, demuestra que el 88% de las mujeres estudiadas habían sufrido algún tipo de violencia física – psicológica o sexual, que el 50% de las mujeres casadas son golpeadas y quienes más atacaban eran los considerados “parejas” con 62,4%.²⁰

En un estudio realizado en el 2009 en España en el servicio de Emergencia nos dice que el 15,6% de las mujeres situadas entre 18 a 29 años han recibido algún tipo de violencia, que entre el 22 y 35% de las mujeres que acuden a los servicios de emergencias, sus síntomas están en relación con el maltrato, que una de cada 5 mujeres maltratadas que acuden a consulta por golpes o heridas, declaran ser víctimas de violencia por parte de su pareja.

En esta investigación se ha encontrado una prevalencia de malos tratos Físicos del 28,1% y de malos tratos psicológicos de un 75% en mujeres consultantes en

²⁰Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género. (Enero 2013). Informe sobre violencia OMS recuperado : <http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp>

Servicios de Salud. También se demostró que sólo un 5% de las mujeres maltratadas que acudieron a este servicio fueron detectadas por el personal sanitario que labora en esta unidad. Mc Cauley en 1998, en su estudio sobre mujeres maltratadas encontró que el 86% de las mujeres habían acudido al médico, pero que solo una de cada tres había hablado sobre el maltrato. Bradley, en 2002, encontró así mismo que menos del quinto de las mujeres maltratadas lo habían comentado con su médico es decir aproximadamente un 17%.²¹

Estos estudios respaldan mi investigación en la cual se demuestra que de un total de 120 pacientes atendidas, el 42% refirieron ser víctimas de violencia de género de las cuales el 50% son casadas y el 40% viven en Unión Libre, el 50% refirió que la violencia recibida era por parte de su esposo, y el 40% por parte de su Conviviente.

Respecto a la edad de las víctimas en este estudio se evidencian que la edad de mayor incidencia es entre 18 a 30 años y con mayor frecuencia entre 27 a 30 años con el 46%. Así mismo que las principales formas de violencia de género que se presentaron en las pacientes que acuden al servicio de Emergencia fueron en su mayoría Físico-Psicológicos con el 50%.

Referente a la detección de las víctimas realizada en el presente trabajo investigativo se reafirma que el nivel de detección por parte del personal sanitario

²¹ Consue R, J. & Blanco P,P . (2005) *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. España: Ed. Díaz de Santos

en el servicio de emergencia es igualmente bajo, puesto que del 100% de la muestra el porcentaje de casos detectados es del 26% frente a un 74% de casos que no fueron detectados, es decir que los profesionales de la Salud aún tiene problemas al preguntar por el maltrato a las mujeres que acuden a este servicio con algún indicador de ser víctima de violencia de género.

8. CONCLUSIONES

- Del total de la población atendida el 42% han sufrido violencia de género, el 95% pertenecen al sexo femenino, el 50% de las pacientes están casadas, y que el maltrato recibido es por parte de sus esposos con el 50%, seguido de conviviente con el 40%.
- De acuerdo a los resultados obtenidos con los indicadores de sospecha de la Guía de Normal y Protocolos del Ministerio de Salud Pública se demuestra que la forma de Violencia de Género más frecuente entre estas pacientes es la Física – Psicológica con un 50%.
- Mediante los resultados obtenidos se puede deducir que existe en evidente bajo nivel de detección de víctimas de violencia puesto que solo el 26% de los casos fueron detectados por el personal sanitario que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital provincial General Isidro Ayora.
- Finalmente se concluye sobre la importancia del plan de intervención primaria dirigido al Personal Sanitario que labora en el Servicio de Emergencias de esta Unidad de Salud, ya que se logró capacitar a dicho personal promoviendo así la detección y atención oportuna de víctimas de violencia de género.

9. RECOMENDACIONES

- Debido a que los Centros de Salud, Servicios de Planificación Familiar, Salud Mental, y Urgencias pueden ser lugares adecuados para la prevención, detección precoz y atención a la mujer maltratada, es imprescindible ejecutar un Plan de Formación y Capacitación que les permita la adquisición de habilidades de comunicación así como la escucha y acogida a las víctimas de Violencia de Género.
- Hacer uso adecuado del tiempo pre-establecido para cada consulta haciendo así una correcta evaluación biopsicosocial, permitiéndole al paciente expresar su malestar más allá de los síntomas físicos, intentando así erradicar los ciclos de la violencia así como descongestión de estos servicios debido a las citas subsecuentes de estos pacientes.
- Establecer un plan de Atención Integral a la mujer maltratada, asignando un Psicólogo Clínico de planta al servicio Emergencias para que los casos sean remitidos en el momento indicado, promoviendo así una detección y atención eficaz de este tipo de pacientes.
- Finalmente se recomienda que el servicio de sala de primera acogida para víctimas de violencia y delitos sexuales de ésta institución ejecute la planificación psicoterapéutica que se dejará en manos del Psicólogo Clínico para la atención de las víctimas de violencia de género.

9. PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA DIRIGIDO AL PERSONAL SANITARIO QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

Para la elaboración del Plan de Intervención primaria se siguieron las siguientes fases:

1. Conformación de Grupos de Charlas.
2. Conferencia de Formación Básica del Personal Sanitario en Violencia de Género
3. Entrega de Material Didáctico.

FASE 1: CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE CHARLAS.

Una vez obtenidos los resultados de nuestro estudio se justifica la ejecución de este plan de intervención primaria basado en los bajos niveles de detección por parte de los profesionales de la salud por lo que se procedió a invitar a todos los profesionales implicados en la atención primaria a víctimas de violencia de género específicamente a los profesionales que laboran en el servicio de Emergencias de esta Unidad de Salud entre estas las áreas de : Medicina (especialistas, residentes, internos rotativos), enfermería , auxiliares de enfermería y trabajo social.

Con la finalidad de trabajar con la mayor cantidad del personal sanitario se los distribuyó en dos grupos de charlas.

Debido al tiempo que se nos proporcionó se distribuye un total de 45 minutos para cada grupo, los primeros 30 minutos para la ejecución de la charla respecto a la

Violencia de Género, los siguientes 10 minutos para responder y aclarar las dudas existentes en los participantes y los últimos 5 para la entrega del material didáctico.

FASE 2: EJECUCIÓN DE PLAN DE FORMACIÓN BÁSICA DEL PERSONAL SANITARIO

La charla programada para 30 minutos empezó con conceptos y definiciones claras de que es en realidad la violencia de género, sus índices de detección, la exposición y discusión de un caso clínico, rescatando la importancia en la detección oportuna de estos casos, qué hacer ante estas circunstancias, y como intervenir desde el sector salud para ayudar a estas pacientes, las señales a tomar en cuenta para identificar si una paciente está siendo maltratada, mediante los indicadores físicos, psicológicos y señales en las mujeres gestantes, seguido de como preguntar sobre el maltrato y que actitudes se debe evitar durante la acogida, para ello se facilita una entrevista semi-estructurada básica donde se podrá entrevistar a la víctima de manera adecuada y eficaz.

Finalmente una vez que se ha corroborado o descartado el diagnóstico, que hacer a quien derivar o remitir el caso para que reciba la ayuda psicológica y legal adecuada. (Anexo 5)

La finalidad de esta charla es que los profesionales de la salud adquieran habilidades de comunicación como la escucha activa, el apoyo y acogida, intentando concienciar así sobre las graves consecuencias de la violencia de género promoviendo una mejor evaluación biopsicosocial de las víctimas y por ende una mejor detección y atención de estos casos.

Concluida la segunda fase de Psicoeducación se procede a aclarar las dudas de los participantes de la charla por aproximadamente 10 minutos.

FASE 3: ENTREGA DE MATERIAL DIDACTICO

Respondidas las dudas de los participantes de la charla se procede a la entrega de 400 dípticos con la información más relevante de la charla a todo el personal que labora en este y todos los servicios de esta unidad de salud. Así mismo se realiza la entrega de un banner de 2 metros de alto, a la Coordinadora del servicio de Emergencias con la finalidad de que éstos indicadores de sospecha, la entrevista semi-estructurada y como hacer la derivación oportuna del caso, sean de fácil acceso para cualquier profesional de la salud que entre en contacto con una posible víctima de violencia de género, asegurando la confidencialidad y seguridad de la misma. (Anexo 4)

FASE 4: CIERRE DEL PROCESO

Se realiza una retroalimentación entre el facilitador y los participantes, de la productividad del plan de intervención primaria y de todo lo que se logró conseguir con esta charla, reforzando todos los aspectos positivos de este proceso y de la importancia de una capacitación más prolongada en detección, derivación y atención oportuna de casos de violencia de género, a los profesionales de la salud en que laboran en el servicio de emergencias.

**PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA DIRIGIDA A LAS VICTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS.**

**FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICO CON ENFOQUE
COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

“El modelo cognitivo-conductual postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación” (Ellis, 1962; Beck, 1964)..... Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación.²²

Es así como se hace imprescindible que este modelo cognitivo- conductual de Beck y Ellis se aplique en el tratamiento psicológico centrado en las víctimas de violencia de género, específicamente en las mujeres maltratadas por ser a quienes se dirige este tipo de violencia con mayor frecuencia; intentando con el tratamiento disminuir las consecuencia negativas que deja el maltrato, enfatizando en que el trauma de estas mujeres suele estar acompañado de una desorganización completa del patrón de vida: abandono del hogar y la pareja, de los amigos, a veces del trabajo, de los lugares habituales y de referencia, tener que afrontar en solitario el cuidado y crianza de los hijos, problemas económicos, etc.

²² Caballo V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI

Todo esto provoca, al menos en los primeros momentos, una grave inadaptación social y la pérdida de importantes redes de apoyo, además de otros síntomas asociados entre los que se encuentran síntomas ansiosos, depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación personal y social; por lo que es necesaria una intervención psicológica, no sólo eficaz sino también breve, que facilite cuanto antes la superación del problema y la readaptación a la sociedad.

Para la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico se seguirán las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Evaluación y diagnóstico
3. Enfoque de la psicoterapia.
4. Planificación de la intervención psicoterapéutica
5. Reevaluación de la intervención psicoterapéutica
6. Seguimiento
7. Prevención de recaídas

FASE 1: ENCUADRE

En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido

de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.²³

En las primeras sesiones se trabaja en el rapport que viene a ser un elemento fundamental en ésta relación, pues se entiende como aquel acuerdo armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Éste permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. De la misma manera, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, respira con libertad en la comunicación, experimenta empatía y sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas, en concreto, el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido.²⁴

FASE 2: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

“A través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura, a las formas adaptativas del sujeto y su modo de vida” (Balarezo y Mancheno 2003).

Luego de la observación clínica, se realizará la aplicación de la Historia Clínica Psicológica (Anexo 2), La Entrevista Psicológica semi-estructurada (Anexo 3),

²³ Caballo V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI

²⁴ Balarezo Ch, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

ambas de forma individual con la finalidad de detectar si la paciente es o no víctima de violencia de género, seguido de la aplicación de reactivos como la Escala de depresión de Beck, el Inventario de Pensamientos Automáticos "Ruiz y Lujan", Escala de ansiedad de Hamilton, además de los que el profesional considere necesario, los mismos que nos proporcionen un diagnóstico definitivo sobre qué tan afectada se encuentra la esfera personal de las víctimas debido a las secuelas que ha dejado el maltrato, y de esta manera se puede planificar un proceso terapéutico de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

FASE 3: ENFOQUE DE LA PSICOTERAPIA

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial

el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas, supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979).

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Que se expondrán más adelante.

FASE 4: PLANIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

La planificación resulta imprescindible para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas. Este periodo se cumple sin la presencia del paciente, requiriendo un trabajo analítico – sintético forzado a fin de sujetar el proceso al principio de la casualidad, en términos generales se intenta llegar a la

compresión patológica del cuadro en función, de las causas desencadenantes y la estructura de la personalidad premórbida del paciente, estableciendo nexos históricos que expliquen con suficiente claridad la patogenia del caso. Además se buscan las condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuaran como facilitadores u obstaculizantes de la terapia.

En esta fase es importante la *Formulación Etiopatogénica* que constituye la interrelación del cuadro del paciente, con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología. Esta comprensión se hará con una postura objetiva para entender la causalidad y la patogenia del trastorno.

La Descripción de la Personalidad, también constituye un punto fundamental en la planificación terapéutica, en este punto conviene superar la tendencia simplista y peyorativa que suele predominar en algunos psicoterapeutas, que tienden a encontrar exclusivamente las características negativas del paciente, sin apreciar aquellas que pueden favorecer el tratamiento, resulta valioso el análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado con sus funciones intelectivas y cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente al contacto, la motivación al tratamiento etc.

La formulación de objetivos, estará de acuerdo a los aspectos anteriores. El terapeuta clarificará conscientemente sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto. Las metas y los objetivos se centran usualmente en la búsqueda del alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos.

Estos objetivos específicos concentran a su vez la actividad y el interés, en el cumplimiento de una meta común que constituye la curación del paciente.²⁵

El tratamiento se lleva a cabo en un formato de terapia individual de 8 a 10 sesiones una vez por semana cada una con una duración de 45 a 60 minutos, y en los casos más graves 2 sesiones por semana.

El objetivo de la primera sesión es el encuadre, estableciendo un buen rapport, obteniendo la historia del maltrato, indagando acerca de otras experiencias traumáticas significativas, en la sesión 2 se provee de psicoeducación respecto del tratamiento y de los temas a ser cubiertos en el mismo. Entre las sesiones 1 y 2 se completa la historia clínica psicológica dentro de la cual se realizan las pruebas psicológicas correspondientes, en la sesión 3 se realizará entrenamiento en relajación a través de la técnica de respiración diafragmática y visualización, la misma que se continúa aplicando a lo largo del proceso terapéutico. En la cuarta sesión se utilizará reestructuración cognitiva y entrenamiento en resolución de problemas, en la sesión 5 se practican técnicas de exposición (por ejemplo, ver fotos y visualizar al abusador; ver películas sobre violencia doméstica).

Se dedica la sesión 6 al entrenamiento en asertividad, identificación de agresores potenciales, habilidades de afrontamiento ante situaciones de acoso.

La sesión 7 se trabaja en la programación de actividades, en la cual se motiva al paciente a que programe sus actividades y note su capacidad para llevarlas a cabo.

²⁵ Balarezo Ch, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Y por último en la sesión 8 el cierre terapéutico donde se realizara una retroalimentación de todo los puntos positivos del proceso, esto entre el paciente y terapeuta.

En cada una de las sesiones el paciente deberán realizar tareas, hacer actividades: y. Al finalizar cada terapia se realizara un cierre que son las conclusiones que se sacan con respecto al tema que se trató ese día permitiéndole al paciente sacar sus propias conclusiones y darse cuenta de sus propios errores.

Señalamiento de técnicas:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir.²⁶

Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas, las técnicas se fundamentan en los objetivos que se persigue en el tratamiento y en las condiciones del paciente, las técnicas cognitivo – conductuales recomendadas para el tratamiento psicológico de las víctimas de violencia de género son:

²⁶ Miracco, M., Vetere, G., Zarankin, A., & Vallejos, M. (Abril 2008) Revista argentina de Clínica Psicológica XVII, pp. 57-64 Fundación AIGLE. Centro Privado de Psicoterapias.

1. La Psicoeducación La Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psicoeducación que es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno.

La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la patología que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

La psicoeducación así mismo consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos. Esto resulta muy importante y útil en muchas ocasiones, podemos decir que el principal efecto que tiene este tipo de trabajo es el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente al entender lo que le pasa y notar que el terapeuta también logra comprenderlo en su padecer, se da frecuentemente un aumento en la motivación que logra incrementar la adherencia. El conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento. La psicoeducación o la educación respecto del trastorno o enfermedad no sólo es importante por sus efectos clínicos, sino que es una obligación ética con el paciente, nosotros no somos los dueños de la verdad, las personas tienen derecho a saber lo que les pasa, no debemos ponernos en una actitud paternalista, esto tampoco implica dar cualquier tipo de diagnóstico a cualquier paciente. Como toda herramienta puede ser bien usada o mal usada, el

problema no es de la intervención sino de la pericia del profesional que hace uso de ella. La correcta utilización de la psicoeducación es un tópico necesario en muchas situaciones y para ello es importante que el clínico tenga un profundo conocimiento del cuadro que está tratando, y que así mismo conozca las bases teóricas del tratamiento psicológico y sepa explicarlo en forma sencilla y clara. También es importante tener un modelo simple que permita ser transmitido al paciente, porque si se le dan explicaciones ambiguas, oscuras o abstrusas probablemente se logre el efecto contrario al buscado.

El supuesto básico es que las personas mejor informadas:

1. Son capaces de mantener adherencia al tratamiento
2. Mas motivadas para desarrollar un estilo de vida que atenúe los factores de riesgo
3. Motivadas a saber qué les pasa siendo capaces de aprender.²⁷

2. La respiración diafragmática o abdominal.

La forma en que respiramos afecta nuestra manera de pensar, de sentir y de comportarnos, y también los pensamientos, sentimientos y conductas afectan nuestra forma de respirar. Siendo la respiración una función mecánica inconsciente es la única función autonómica que puede controlarse fácilmente a voluntad.

²⁷ Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*, (pp. 116-118) Barcelona. Fundación La Caixa.

Cuando de todos los músculos involucrados en el acto de respirar, el que trabaja mayormente es el diafragma respiratorio, se habla de *respiración diafragmática* o *respiración abdominal*.

La respiración diafragmática lleva gran cantidad de aire a la zona baja de los pulmones, que es la que tiene más capacidad, por ello garantiza una mejor ventilación, captación de oxígeno y limpieza de los pulmones con la exhalación.

Es muy importante no forzar. Es verdad que para trabajar la respiración diafragmática se va a dirigir el movimiento del diafragma, pero haciéndolo amablemente. No se trata de llenar los pulmones como un globo (esto produce estrés), ni “aguantar la respiración”, no se trata de competir con nosotros mismos. La respiración adecuada produce placer, cuando estamos aprendiendo a realizar la respiración diafragmática es útil acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando... con la práctica se podrá incorporar a la vida cotidiana del paciente.

Para empezar, el paciente tiene que poner sus manos en el abdomen y a continuación se le dará las siguientes instrucciones.

1. Antes de empezar el paciente debe expulsar a fondo el aire de tus pulmones varias veces, puede hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.
2. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar “hacia el

abdomen” como si quisiera empujar hacia arriba las manos que están sobre él.

3. Retener unos instantes el aire en los pulmones, brevemente, sin que haya presión.
4. Cuando sienta la necesidad de expulsar el aire, debe hacerlo relajando el vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).
5. Quédese un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo se va relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hágalo profunda y lentamente volviendo a llenar sus pulmones mientras su abdomen sube.

Se debe recalcar al paciente el no forzar, y así alcanzar la relajación profunda que da la correcta respiración diafragmática.

3. Técnica de Visualización

La Visualización es la generación de una imagen mental o una imagen real de algo abstracto o invisible, para ésta técnica el paciente debe estar en un lugar cómodo y seguro en lo posible recostado. Las instrucciones que debe dar el terapeuta son:

Visualización de un paisaje (Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación)

- Imagínese que va caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas.
- Fíjese en las montañas a su alrededor, son muy altas, y vea como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de

usted brilla un sol muy radiante y luminoso. Mire el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.

- La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de su cara.
- Al caminar nota, ya que va descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de sus pies. Puede percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.
- Va muy despacio deleitándose de todo lo que ve y siente a su alrededor.
- Tiene una gran sensación de tranquilidad y paz.
- Oye el canto de los pájaros y los ve volar a su alrededor.
- Fíjese ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a su alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules... acérquese a olerlas. Corte una flor y acérquela a su nariz. Huela su aroma mientras se concentra en el color de sus pétalos.
- Siga caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo.
- Mire los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrese hasta que escuche el murmullo de las aguas...
- Ahora se va a acercar a un arroyo y va a agacharse e introducir sus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Sienta el frescor del agua en sus manos. Diríjelas a su boca y beba. Sienta el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando

en el interior de su cuerpo. Esa agua revitaliza a todo su organismo y se siente lleno de salud y bienestar.

- Siga su paseo y fíjese en una pequeña planta de menta, acérquese, y corte algunas hojas. Mastíqueles y perciba el fuerte sabor a menta en su paladar. Concéntrese hasta notarlo con total nitidez.
- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde pueda tumbar cómodamente. Túmbese y descanse, cierre los ojos y perciba los ruidos, los olores, la temperatura... y descanse profundamente, muy profundamente...

4. Restructuración cognitiva.

Es el proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones, reconociendo los efectos perniciosos de las cogniciones desadaptativas, y su remplazo por otras más apropiadas.

La Reestructuración Cognitivo es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones pensamiento negativo. La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional (por ejemplo, “Creen que soy aburrido”) y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales (como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente están cansados ahora”). A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.

Un diario de autoregistro, puede facilitar en gran medida la reestructuración cognitiva, el paciente deberá registrar cualquier situación que provoque un autoconsciencia positiva o negativa, se utiliza un formato de diario, en el que el paciente registra creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. Se le enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el procesamiento de la información.

Después de que el paciente elige un conjunto de afirmaciones cognitivas y seguras, se utiliza el moldeamiento cognitivo; el paciente imagina la situación estresante, experimenta las afirmaciones contraproducentes iniciales, se para y sustituye la afirmación contraproducente por una afirmación de superación.

8. Entrenamiento en solución de problemas adaptado:

El entrenamiento en solución de problemas adaptado (ESP) adaptado se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad, ya sea en problemas modificables o no modificables en ambos casos el tratamiento implica dos componentes fundamentales:

La orientación hacia en problemas: por parte del paciente que incluye sus reacciones cognitivas, afectivas y conductuales ante el mismo. El terapeuta tiene que subrayar la importancia de reconocer las reacciones contraproducentes a los problemas y corregirlas utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.

Habilidades de solución de problemas: implica 4 pasos, 1) Definir el problema, 2) generar soluciones alternativas 3) Toma de decisiones 4) Llevarla a la práctica y evaluar la solución.

1. Asertividad

El objetivo de esta técnica es hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.

Se debe poner en práctica las siguientes indicaciones:

a) Habilidades sociales básicas: Mantener Contacto Ocular, Saludar / Despedirse, Escuchar, Formular una Pregunta, Responder a una Pregunta, Dar las Gracias, Pedir Permiso, Auto-presentarse, Presentar a otras Personas. Hacer un Elogio o Cumplido.

b) Habilidades sociales intermedias: Iniciar Conversaciones con Extraños, Mantener Conversaciones, Cerrar Conversaciones, Pedir Ayuda o Favores, Dar Instrucciones u Órdenes, Disculparse, Expresar los Sentimientos, Formular una Crítica, Formular o Responder Quejas, Responder a Bromas Pesadas.

c) Habilidades sociales avanzadas: Defenderse del Rumor o de Acusaciones Injustas, Empatizar , Ejercer Auto-Control, Proponer y Negociar Acuerdos,

Conceder o Realizar Entrevistas, Mediar en Conflictos, Hablar en Público, Hablar frente a Público Hostil, Dirigir o Liderar Grupos, Dirigir o Liderar Grupos Hostiles

6. Programación de actividades

Es una de las estrategias más importantes, el terapeuta y el paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente usando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por este, sirve para poner a prueba la creencia de que el paciente no puede hacer nada.

La satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia el sentimiento de bienestar.

Para cada tarea se le pide que evalúe de 0 a 5 puntos al grado de bienestar y dominio que ha experimentado al llevarla a cabo.

7. REEVALUACION DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO.

Reevaluación significa, reexaminación de los parámetros registrados en la evaluación inicial. Desde que se aplicaron los primeros instrumentos de evaluación, la comparación de parámetros o datos actuales con los últimos hechos es invaluable.

Se puede realizar después de las primeras 4 sesiones para evaluar si la sintomatología ha disminuido y si el tratamiento está resultando eficaz. Después de

esta nueva evaluación de los síntomas se continúa con la quinta sesión hasta culminar todo el proceso terapéutico.

La eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos, para conseguir la mayor objetividad posible empleando las siguientes fuentes:

1. Criterio del terapeuta
2. Criterio del paciente
3. Apreciación de los familiares y otras personas
4. Utilización de reactivos : se pueden aplicar los mismos reactivos utilizados para la obtención del primer diagnóstico (escala de depresión de Beck – Inventario de Pensamientos Automáticos “Ruiz y Lujan”- Escala de ansiedad de Hamilton), además de los que el terapeuta considere necesarios de acuerdo a las necesidades de cada paciente

El terapeuta, subjetivamente en la mayoría de casos, evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales de aquel, quien a su vez, acoge también subjetivamente lo que considera superación de los problemas o disminución de sus síntomas.

El error puede presentarse en estas circunstancias, obligando al empleo de otros miembros que busquen mayor objetividad en la evaluación. El criterio de familiares y allegados es mayormente aceptado, aunque se corre el riesgo que se evalúe el comportamiento del paciente en los términos que son de su conveniencia y no del interesado.

6. SEGUIMIENTO

Cuando termina el período de tratamiento, el paciente continúa con su tratamiento a nivel ambulatorio en lo que denominamos fase de seguimiento. El objetivo que se persigue es consolidar y conseguir su completa recuperación.

En esta fase el paciente recibe ayuda psicológica individual y continúa acudiendo en caso de ser necesario propiciar contactos con atención grupal terapéutica. En las visitas individuales se van dando las indicaciones necesarias para la buena marcha del tratamiento. De igual manera se dirige el proceso gradual de reinserción del paciente en su vida familiar, social y profesional.

Además de atender sus necesidades de salud es fundamental:

- Estimularlas para aumentar su propia autonomía y desarrollo. Que pueda ir tomando conciencia de que la autonomía personal proporciona a la persona mayor autoestima. Fomentar su desarrollo formativo y laboral.

- Identificar las creencias que tienen que las están impidiendo desarrollarse como personas autónomas.

- Favorecer sus capacidades y logros.

El seguimiento se puede dar al inicio una cita cada mes, luego cada 3 meses, cada 6 meses y finalmente una vez al año.

8. PREVENCIÓN EN RECAÍDAS

Esta fase está destinada a fortalecer el trabajo en prevención de recaídas y reforzar las estrategias de protección ante situaciones de riesgo, las cuales se intentan identificar a fondo. Los factores riesgo y las señales de alerta siempre surgen antes de que la persona recaiga, como una serie de eventos que culminan finalmente en la recaída, por ello se intenta trabajar desde esta fase para ayudar a identificar estas situaciones de riesgo y esas señales internas y así poder anticiparnos a respuestas negativas, entrenando para poder posicionarnos desde una perspectiva más lógica y más segura.

Posiblemente las personas no conozcan las respuestas adecuadas frente a situaciones de riesgo. Así como también que las personas no sean capaces de usar estrategias de protección aunque las conozcan, porque se encuentran en un estado emocional demasiado intenso.

La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.

- Medios:
 - a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).
 - b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

El terapeuta con el paciente pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones de riesgo potencial (p.e utilizando el rol-playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y

supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas-conductuales. También estas sesiones pueden ser grabadas en casetes o apuntes para su recuerdo (p.e Ellis, 1990). Igualmente un seguimiento post-terapéutico gradual puede servir al mismo fin (por ejemplo, a los 3 meses de la terminación, a los 6 meses y 1 año)

PLAN TERAPÉUTICO

SESIÓN N° 1

- **TÉCNICA:** Establecer la relación terapéutica

- **OBJETIVOS:**
 - Establecer rapport para generar ambiente de confianza.
 - Exponer propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.

- **DURACIÓN:** en una sesión, durante un tiempo aproximado de 20 minutos, según las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Presentación del terapeuta.
 2. Incentivar a la paciente a la participación a través de una charla educativa sobre la importancia de la intervención psicológica.
 3. Fijar límites.
 4. Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
 5. Establecimiento de acuerdos compromisos y normas.

En todas las terapias la paciente debe expresar sus opiniones, participar activamente y buscar soluciones junto con el terapeuta.

SESIÓN N° 2

- **TÉCNICA:** Psicoeducación
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Informar a la paciente sobre la importancia de erradicar el ciclo de la violencia de género.
 - ✓ Crear concientización del paciente en la necesidad del tratamiento.
- **DURACIÓN:** en una sola sesión de aproximadamente 40 minutos, según las necesidades psicoterapéuticas de cada paciente.
- **PROCEDIMIENTO:**

La Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las víctimas en relación a la violencia de género y la planificación de la seguridad de las mismas. Además, se provee información y habilidades para el fortalecimiento personal, que fomentan la toma de decisiones, así como a la independencia de la víctima.

La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar las consecuencias que provoca la violencia de género. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su situación y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo.

SESIÓN Nº 3

- **TÉCNICA:** Aplicación de Reactivos Psicológicos

OBJETIVO:

- ✓ A través de la aplicación de reactivos psicológicos llegar a descubrir el deterioro en la psique de las víctimas a consecuencia del maltrato.

- **DURACIÓN:** en una sesión de 45 minutos aproximadamente.

- **PROCEDIMIENTO:**

1. Se pide al paciente responder a los reactivos psicológicos con honestidad tomándose el tiempo necesario para su ejecución:

2. Aplicación de reactivos psicológicos como: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Pensamientos Automáticos "Ruiz y Lujan", Escala de ansiedad de Hamilton, además de los que el profesional considere necesario, los mismos que nos proporcionen un diagnóstico definitivo sobre qué tan afectada se encuentra la esfera personal de las víctimas debido a las secuelas que ha dejado el maltrato.

SESIÓN N° 4

- **TÉCNICA:** Respiración Diafragmática -Visualización
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Disminuir niveles de ansiedad.
 - ✓ Reducir la tensiones y experimentar una sensación de relajación profunda
- **DURACIÓN:** en dos sesiones de 20 minutos aproximadamente.
- **PROCEDIMIENTO:**

Para el desarrollo de la técnica se recomienda un lugar cómodo, Se le solicita al paciente el uso de vestimenta cómoda. Para empezar, el paciente tiene que poner sus manos en el abdomen y a continuación se le dará las siguientes instrucciones.

1) El paciente debe expulsar a fondo el aire de tus pulmones varias veces, El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.

2) Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar “hacia el abdomen” como si quisiera empujar hacia arriba las manos que están sobre él.

3) Retener unos instantes el aire en los pulmones, brevemente, sin que haya presión.

4) Cuando sienta la necesidad de expulsar el aire, debe hacerlo relajando el vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).

5) Quédese un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo se va relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hágalo profunda y lentamente volviendo a llenar sus pulmones mientras su abdomen sube.

La Visualización es la generación de una imagen mental o una imagen real de algo abstracto o invisible, para ésta técnica el paciente debe estar en un lugar cómodo y seguro en lo posible recostado. El paciente debe seguir las instrucciones del terapeuta. El tema puede ser variado en este caso podríamos utilizar la visualización de un paisaje (Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación)

SESIÓN Nº 5

- **TECNICA: Reestructuración Cognitiva – Resolución de problemas**

- **OBJETIVO:**

1. Detectar y modificar pensamientos distorsionados

- **DURACIÓN:** en 3 sesiones de 45 a 60 minutos aproximadamente.

- **PROCEDIMIENTO:**

1. En el primer caso se trata de identificar el pensamiento irracional mediante un diario de autoregistro, que puede facilitar en gran medida la reestructuración cognitiva, el paciente deberá registrar cualquier situación que provoque un autoconsciencia positiva o negativa, se utiliza un formato de diario, en el que el paciente registra creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. Se le enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el procesamiento de la información.

La piedra angular en esta Terapia Cognitivo Conductual es la detección y cambio de los pensamientos automáticos, se debe enseñar al paciente a aprender a encontrarlos para poder cambiarlos.

Después de que el paciente elige un conjunto de afirmaciones cognitivas y seguras, se utiliza el moldeamiento cognitivo; el paciente imagina la situación

estresante, experimenta las afirmaciones contraproducentes iniciales, se para y sustituye la afirmación contraproducente por una afirmación de superación.

PENSAMIENTO –CONDUCTA- EMOCIÓN

2. En el segundo caso se pretende que el individuo identifique y defina el problema para poder elaborar soluciones alternativas y de esta manera explorar posibles soluciones y tome las decisiones más acertadas. Descomponer el problema en sus componentes elementales puede ayudar a hacer el problema más sencillo.

Se le pide al paciente que realice un listado identificando el problema, *Definición y formulación del problema*: describir de forma detallada el problema, generación de alternativas de posibles soluciones de afrontamiento, *Toma de decisiones*: seleccionar las estrategias más prometedoras, *Verificación* : ver las consecuencias, si no obtiene la respuesta deseada seleccionar otra alternativa.

SESIÓN Nº 6

- **TECNICA: Exposición**
- **OBJETIVO:**
 - Identificar los factores estresantes disminuyendo los síntomas que estos provocan.
 - Aprender a hacer frente a las conductas de evitación y a situaciones que le son particularmente amenazadoras.
- **DURACIÓN:** en 2 o 3 sesiones, por 40 minutos aproximadamente, según las necesidades psicoterapéuticas del paciente.
- **PROCEDIMIENTO:**

Lo que se va a realizar en esta técnica, es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen una exacerbación disfuncional de conductas emocionales, cognitivas o comportamentales, lo que permite al paciente tener una experiencia examinadora en ausencia de la consecuencia aversiva.

Los pasos son:

1. Relajar los músculos a voluntad (Relajación diferencial o progresiva).
2. Se le pide al paciente que cierre los ojos y que reviva lo que sucedió utilizando el presente para relatar los detalles del maltrato como si estuviera sucediendo actualmente.
3. El terapeuta pide a la paciente durante la exposición en la imaginación que proporcione tantos detalles como le sea posible, incluyendo detalles

sensoriales como olores, sonidos, lo que dijo etc. Así como las emociones y las sensaciones físicas vividas.

4. Esta técnica se podrá realizar en 3 sesiones la primera de 60 minutos y las dos posteriores de 45 minutos. La historia normalmente se repite de dos a tres veces en cada sesión, dependiendo de la duración de la historia, las sesiones se graban y las pacientes las escuchan entre sesiones, manteniendo un registro de los niveles de ansiedad.

Con la repetición de las exposiciones en un lugar seguro la ansiedad disminuye.

La asociación entre el recuerdo del trauma (estimulo condicionado) y el temor (respuesta condicionada) se rompe.

SESIÓN Nº 7

- **TÉCNICA: Asertividad**

- **OBJETIVO:**
 - ✓ Hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.

- **DURACIÓN:** en 2 sesiones de aproximadamente 40 minutos.

- **PROCEDIMIENTO:**

En primer lugar es necesario enseñar a la víctima la identificación de agresores potenciales, habilidades de afrontamiento ante situaciones de acoso y psicoeducación en estrategias de autoayuda (por ejemplo, satisfacer las necesidades personales como prioritarias, tomar decisiones orientadas a promover los intereses personales, defender los propios derechos, etc.).

El paciente deberá poner en práctica las siguientes indicaciones

1. **Habilidades sociales básicas:** Mantener Contacto Ocular, Saludar / Despedirse, Escuchar, Formular una Pregunta, Responder a una Pregunta, Dar las Gracias, Pedir Permiso, Auto-presentarse, Presentar a otras Personas. Hacer un Elogio o Cumplido.

9. Habilidades sociales intermedias: Iniciar conversaciones con extraños, mantener conversaciones, cerrar conversaciones, pedir ayuda o favores, dar instrucciones u órdenes, disculparse, expresar los sentimientos, formular una crítica, formular o responder quejas, responder a bromas pesadas.

10. Habilidades sociales avanzadas: defenderse del rumor o de acusaciones injustas, empatizar , ejercer auto-control, proponer y negociar acuerdos, conceder o realizar entrevistas, mediar en conflictos, hablar en público, hablar frente a público hostil, dirigir o liderar grupos, dirigir o liderar grupos hostiles.

SESIÓN Nº 8

- **TÉCNICA:** Programación de actividades

OBJETIVO:

- ✓ Que el paciente programe actividades y note su capacidad para llevarlas a cabo.

- **DURACIÓN:** en dos sesiones de 45 minutos aproximadamente.

- **PROCEDIMIENTO:**

1. Es una de las estrategias más importantes, el terapeuta y el paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente usando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por este, sirve para poner a prueba la creencia de que el paciente no puede hacer nada.
2. La satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia el sentimiento de bienestar.
3. Para cada tarea se le pide que evalúe de 0 a 5 puntos al grado de bienestar y dominio que ha experimentado al llevarla a cabo.

SESIÓN N° 9

- **TÉCNICA: CIERRE TERAPEUTICO**

- **OBJETIVO:**

- ✓ El objetivo es que los pacientes lleguen a conseguir y mantener su capacidad de auto-apoyo, una mayor conciencia más allá de la presencia del terapeuta

- **DURACIÓN:** en una sesión de 30 minutos.

- **PROCEDIMIENTO:**

El cierre terapéutico se define como la última fase del proceso, es decir la última sesión del encuentro terapéutico. En la cual se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado. Es bueno poder cerrar con un abrazo cuando sea posible, u otro gesto que permita a la persona irse reconfortada y que pueda llevarse la sensación.

11. BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- Balarezo Ch, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador. Centro de Publicaciones de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador.
- Caballo V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI.
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, M, S. & Portillo N. (2007) *Agresores y agredidos: Factores de Riesgo en la violencia*, Argentina. Ed. Pirámide.
- Hernández, J & Echeburúa, E. (2006) *Violencia de pareja: Perfil psicológico del agresor y programas de intervención*, España, Ariel.
- Grosman, C. P., Mesterman, S. y Adamo, M. T. (1992). *Violencia en la familia. La relación de pareja*. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos. Buenos Aires: Editorial Universidad.

- Pérez, J.M. & Montalvo, A. (2011). *Violencia de género: prevención, detección y atención*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Sanmartín J. (2004). *El laberinto de la violencia: Causas tipos y efectos*. España: Ariel.
- Ruiz C, Quemada J & Blanco P, P. (2005). *La violencia contra las mujeres: Prevención y Detección*. España: Ed. Díaz de Santos
- Labrador, F.J. y Alonso, E. (2005). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, pp. 47-65.

GUÍAS CLÍNICAS

- Balarezo Ch, L. & .Mancheno D. S. (2003). *Guía para el diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico*. Ecuador. Primera Ed.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2009) *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera Ed.

FUENTES VIRTUALES

- El Psicoasesor. (s.f.) *Historia clínica Psicológica*. Recuperado de: www.elpsicoasesor.com/2010/11/historia-clinica.html
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (Septiembre 2010). 6 de cada 10 mujeres sufren Violencia de Género en Ecuador. Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre 2012). Violencia contra la mujer. Recuperado de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Psicotemas, (s.f) *La Entrevista Psicológica*. Recuperado de: psikotemas.blogspot.com/2013/03/entrevista-psicologica.html
- Ramírez, M. (2003). Medios de comunicación y violencia contra las mujeres. *Dialnet Plus*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3682>
- Ruíz, I. (12 de abril del 2009) Violencia contra la mujer y salud. *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Recuperado en: http://www.eleusis.net/Alerta_Violencia.htm

- Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género.
(Enero 2013). Informe sobre violencia OMS recuperado :
<http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp>

12. ANEXOS

ANEXO Nº 1: GUÍA DE OBSERVACIÓN

GUIA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL OBSERVADO.....EDAD.....

ESTABLECIMIENTO.....FECHA.....

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

ANEXO Nº 2: HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA Nº:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE HIJOS:

INSTRUCCIÓN:

PROFESIÓN:

OCUPACIÓN:

RELIGIÓN:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

FAMILIAR RESPONSABLE:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

FECHA DE INGRESO:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....
MOTIVO DE CONSULTA:

.....
ENFERMEDAD ACTUAL:

.....
HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

.....
PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:

.....
NATAL:

.....
INFANCIA:

.....
PUBERTAD

.....
ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

.....
MADUREZ

.....
PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

.....

HISTORIA SOCIAL:

.....

HISTORIA LABORAL:

.....

HISTORIA PSICOSEXUAL:

.....

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

- Lucidez:
- Orientación:
 - o Alopsíquica.
 - o Autopsíquica:
 - o Somatopsíquica
 - o Conciencia de enfermedad:

ATENCIÓN:

- Trastornos Cuantitativos:
 - o Hiperprosexia
 - o Hipoprosexia
 - o Aprosexia
- Trastornos cualitativos
 - o Distracción

- Distraibilidad
- Atención voluntaria
- Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

- Ilusiones:
- Alucinaciones:
- Pseudoalucinaciones
- Trastornos del esquema corporal
- Despersonalización
- Desrealización

MEMORIA:

- Trastornos cuantitativos:
 - Hipermnesia
 - Hipomnesia
 - Amnesia (retrograda, anterograda, retroanterograda)
- Trastornos Cualitativos:
 - Pseudoreminiscencias
 - Confabulaciones
 - Cliptomnesia
 - Dismnesias
 - Paramnesia

AFECTIVIDAD:

- Exaltación
- Depresión
- Hipertimia
- Hipotimia
- Distimia
- Indiferencia afectiva
- Descontrol emocional
- Inestabilidad Emocional
- Reacciones emocionales primitivas
- Reacciones afectivas:
 - o Irritabilidad
 - o Embotamiento
 - o Indiferencia
 - o Apatía
 - o Labilidad
 - o Tenacidad
 - o Ambivalencia
- Contenidos intelectuales:
 - o Ideas fijas
 - o Ideas obsesivas
 - o Fobias

INTELIGENCIA

PENSAMIENTO:

- Trastornos del curso:
 - o Aceleración
 - o Retardo
 - o Interpretación
 - o bloqueo
- Estructura:
 - o Prolijidad
 - o Perseveración
 - o Incoherencia
 - o Disgregación.
- Contenido
 - o Ideas dominantes
 - o Ideas obsesivas
 - o Ideas Pseudodelirantes
 - o Ideas delirantes

VOLUNTAD:

- Hipobulia
- Abulia
- Actos impulsivos
- Estereotipias
- Amaneramientos
- Sugestividad
- Flexibilidad c6rea
- Obediencia autom6tica

- Negativismo
- Catalepsia

INSTINTOS:

- Nutrición
- Sueño
- Defensa
- Instinto Sexual.

HÁBITOS:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo de drogas

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- Lógico
- Ilógico
- Paralógicos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

EXÁMENES PSICOLÓGICOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRONÓSTICO:

RECOMENDACIONES:²⁸

²⁸Balarezo Ch, L. & .Mancheno D. S. (2003). *Guía para el diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico*. Ecuador. Primera Ed.

ANEXO Nro.3: ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMI – ESTRUCTURADA

Reglas fundamentales para la entrevista clínica de la mujer con sospecha de maltrato.

Actitudes a evitar en la entrevista:
Recomendar la terapia de pareja está contraindicada
Dar falsas esperanzas, banalizar
Hacer creer que basta con tratar a la pareja, con separarse
Culpabilizar a la mujer
Justificar la violencia
Ser omnipotente o paternalista. Imponer nuestros criterios
Citar al agresor (puede aumentar el peligro de la víctima).
Prescribir de forma excesiva medicamentos sedantes.
Que debemos hacer:
Entrevistar a la mujer sola, sin familiares. Ganar su confianza.
Mantener una actitud empática. Asegurar la confidencialidad
Asegurarse de contar con el tiempo necesario para la entrevista.
Asegurar el entorno: mantener la atención sin interrupciones.
Preguntar de forma directa y clara, con preguntas facilitadoras.
Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios
Crear la experiencia que relata la paciente
Hacerle sentir que no está sola y que no es culpa suya.
Defender su derecho a vivir sin temor a la violencia.
Ayudarle a reflexionar, respetando sus silencios
Validar sus sentimientos (ayudarle a que se entienda).
Alertarle sobre los riesgos
Ayudarle a realizar un plan de seguridad y recomendarle que no comente esta conversación con su pareja.
Apoyar, aceptar y asistirle en sus decisiones.

EN PRIMER LUGAR EL PERSONAL SANITARIO DEBE ESTAR ALERTA A LOS SIGUIENTES INDICADORES QUE PUEDEN PRESENTAR LAS POSIBLES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

INDICADORES FÍSICOS:

1. Heridas o accidentes frecuentes.
2. Contusiones múltiples.
3. Fracturas, luxaciones o esguinces recurrentes.
4. Discrepancias entre las características físicas de la lesión y la descripción del accidente.
5. Quemaduras.
6. Trastornos de conducta alimentaria.
7. Envejecimiento prematuro.
8. Disfunciones sexuales / problemas ginecológicos recurrentes
9. Alteraciones crónicas gastrointestinales.
10. Ingesta de alcohol, otras drogas o abuso de fármacos.
11. Dolor en el examen pélvico.

INDICADORES PSICOLÓGICOS:

1. Somatizaciones.
2. Ansiedad, depresión.
3. Confusión o agitación.
4. Insomnio
5. Intentos de suicidio.
6. Síndrome de estrés postraumático

7. Baja autoestima y desvalorización.
8. Dependencia de la pareja: acude siempre con su pareja, le mira antes de hablar.
9. Tendencia a culpabilizarse o exculpar a su pareja

SEÑALES A TOMAR EN CUENTA EN UNA MUJER GESTANTE:

A nivel obstétrico:

1. Embarazos no deseados
2. Desprendimiento prematuro de placenta.
3. Parto prematuro
4. Aborto espontáneos o provocados.
5. Hemorragia fetal, con o sin shock maternal.
6. Rotura de útero, bazo, diafragma o hígado.

A nivel fetal:

1. Muerte fetal o muerte neonatal
2. Malformaciones fetales ocasionadas por fracturas de cráneo, hemorragia intracraneal y fracturas óseas.
3. Prematuridad. o bajo peso al nacer

En caso de cumplir con las características antes mencionadas se procederá a elaborar la presente entrevista:

Para ello nos dirigiremos a la mujer con preguntas sencillas y directas. A veces puede ser útil contextualizar previamente las preguntas haciendo una introducción:

La violencia en la vida de la mujer es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si sufren algún tipo de violencia por parte de su compañero.

La veo preocupada.....

1. ¿Cómo van las cosas en su familia?
2. ¿Tiene algún problema con su pareja?
3. ¿Siente que no le tratan bien en casa?
4. ¿Se siente segura?
5. ¿Ha sentido miedo de su pareja?
6. ¿Le ha amenazado alguna vez?
7. ¿Su pareja le ha golpeado alguna vez?
8. ¿Con que frecuencia Ud. es agredida por su pareja?
9. ¿Su pareja consume algún tipo de sustancias (alcohol, cigarrillo, drogas), las mismas que alteren su conducta?
10. ¿Alguna vez ha recibido ayuda psicológica?
11. ¿Qué profesional de este servicio le atendió en esta y anteriores ocasiones?
12. ¿Alguno de los profesionales que le atendió le pregunto si Ud. Recibe o ha recibido algún tipo de maltrato?

Una vez que se ha detectado una posible víctima de violencia de género se procede a explicar a la paciente que será remitida a la Sala de Primera Acogida para víctimas de violencia y delitos sexuales del Hospital Provincial General Isidro Ayora, donde recibirá la ayuda necesaria.

ANEXO NRO. 4

ANEXO NRO. 4

DIPTICOS ENTREGADOS AL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

COMO DETECTAR LA VIOLENCIA DE GENERO

La violencia contra la mujer esocialmente la ejercida por su pareja constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

**TODOS TENEMOS
DERECHO A UNA
VIDA LIBRE
SIN VIOLENCIA**

Como profesionales de atención primaria debemos jugar un papel importante e imprescindible en detectar a los sujetos que están en situación de violencia y de riesgo, así como a prevenir y/o reducir las consecuencias del trauma en la salud y bienestar de la mujer. Como profesionales de la salud podemos ser parte del problema pero también de la solución.

Es momento de hacer conciencia y evitar que el machismo y las ideas conservadoras continúen con el maltrato hacia las mujeres.



INDICADORES FÍSICOS:

Heridas o accidentes frecuentes.
Contusiones múltiples.
Fracturas, luxaciones o ampollas recurrentes.
Discrepancia entre las características físicas dadas de la lesión y la descripción del accidente.
Quemaduras.
Alteraciones crónicas gastrointestinales.
Ingesta de alcohol, otras drogas o abuso de fármacos.
Dificultad o cambio de voz.

INDICADORES PSICOLÓGICOS:

Somatizaciones.
Ansiedad, Depresión.
Confusión o labilidad emocional.
Intentos de suicidio.
Síndrome de estrés post-traumático.
Inja autoestima y desvalorización.
Dependencia de la familia, apuro siempre con su familia de ir a un sitio de hablar.
Iniciencia o incapacidad de ir a por su familia.

SEÑALES A TOMAR EN CUENTA EN UNA MUJER GESTANTE:

Embarazo no deseado.
Desarrollo lento, prematuro, de placenta.
Parto prematuro.
Aberto espontáneo o provocado.

A nivel fetal:

Muerte fetal o muerte neonatal.
Malformaciones fetales: bocio congénito por fracturas de cráneo, hemorragia intracranial y fracturas óseas.
Prematuridad o bajo peso al nacer.



SEÑALES A TOMAR EN CUENTA PARA DETECTAR SI UNA MUJER ESTÁ SIENDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO:



En caso de observar estas videografías de sospecha puede ser útil empezar haciendo una entrevista individual como:

La violencia en la vida de la mujer es un problema muy común y puede ser muy prevalente. De forma rutinaria preguntó a todas mis pacientes si sufren algún tipo de violencia por parte de su compañero.

Luego nos podemos dirigir a la mujer con preguntas sencillas y directas por ejemplo:

¿La vio preocupada?

- > ¿Como fue que le pasó esto, fue un accidente o alguien lo provocó?
- > ¿Tiene algún problema con su pareja?
- > ¿Siente que no le tratan bien en casa?
- > ¿Se siente segura?
- > ¿Ha sentido miedo de su pareja?
- > ¿Le ha resultado o amenazado alguna vez?
- > ¿Su pareja le ha golpeado alguna vez?
- > ¿Con que frecuencia Ud. es agredida por su pareja?
- > ¿Su pareja consume algún tipo de sustancias (alcohol, cigarrillo, drogas) que alteren su comportamiento?

Una vez que se ha detectado una víctima de violencia de género se procede a remitir a la paciente a la policía local de seguridad o a la Unidad de Salud Mental del Hospital Provincial General Jaido Ayala. Donde se encuentran profesionales dispuestos a ayudarle con su problema.

ANEXO Nro.5 FOTOGRAFIAS





ANEXO Nro. 6

PROYECTO DE TESIS

1.- TEMA:

DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MAYO – OCTUBRE 2013.

2.- AUTOR:

Patricia del Cisne Córdova Rodríguez

3.- OBJETIVOS:

GENERAL

- Promover la detección precoz de víctimas de violencia de género en población de 18 a 30 años, mediante un plan de intervención primaria dirigido al personal sanitario que labora en la unidad de emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

ESPECIFICOS

1. Identificar las posibles víctimas de violencia de género que acuden al servicio de emergencia, mediante los indicadores de sospecha del Ministerios de Salud Pública, con la finalidad de aumentar la atención de dichos casos.
2. Brindar un plan de intervención primaria dirigido al personal sanitario que labora en ésta unidad de salud, con la finalidad de facilitar la detección de víctimas de violencia de género.

4.- PROBLEMA:

La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad.

La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

En un estudio multipaís de la OMS, el 15%-71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH. En el mundo cada año mueren 5 millones de personas por la misma razón y alrededor del 30 a 50 % son mujeres de Latinoamérica. Ocho de las quince principales causas de las personas de 15 a 29 años están relacionados con algún tipo de violencia en la región de las Américas.²⁹

Ecuador no escapa a esta realidad, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de la enfermedad y muerte, Según el INEC 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género, es decir, 3'260.340. Además también se ha señalado que la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género y se enmarca en un 53,9%.asi mismo se

²⁹ GUIA PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: canarias 2007, graficas Sabater, pág. 21.Disponible en www.gobiernodecanarias.org.ic.mujer

agregó que del total de féminas que han sufrido violencia física, el 87,3% dice que los hechos han sido por parte de su pareja y que Morona Santiago, Tungurahua y Pastaza son las provincias donde se registran los índices más altos.

Aunque, la violencia se produce y se reproduce en todas las clases, grupos étnicos y sociales, cualquiera sea la religión o el nivel educativo, y afecta principalmente a las mujeres a lo largo de todo el ciclo de su vida, cabe indicar que hay ciertos grupos que en razón de la etnia, como en el caso de las mujeres indígenas, corren el riesgo de ser mayormente afectadas. En efecto, las estadísticas evidencian que el grupo de las mujeres indígenas son mayormente afectadas por la violencia.³⁰

En la Provincia de Loja las estadísticas de violencia de género también son preocupantes es así como la comisaria de la mujer y la familia del cantón Loja se atienden en promedio 150 denuncias mensuales de mujeres que fueron agredidas física o psicológicamente por sus conyugues o convivientes y 25 denuncias de hombres que también fueron víctimas de violencia o abandono por parte de sus parejas. Los casos de violencia presentados en este departamento entre enero y junio 2012 fueron de 474 mujeres, así mismo los fines de semana se detienen hasta 10 personas por haber sido sorprendidas en actos de violencia. La comisaria de la mujer envía a las víctimas de agresión física y psicológica a la sala de Primera acogida que funciona en el Hospital Regional Isidro Ayora, en esa dependencia se atienden de 110 a 120 casos por violencia y abuso sexual.³¹

³⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS INEC, publicado el 22 de enero del 2010, disponible en: <http://www.inec.gob.ec/home/>

³¹ DIARIO LA HORA: Pág. A3, Sección: Ciudad: Loja, publicado el viernes 15 julio del 2012.

La violencia de género es la principal clase de violencia que padecen las mujeres, por lo que un reciente estudio estadounidense en un departamento de emergencias mostro que el 54%de las pacientes habían sido víctimas de violencia de género. En un 23 y un 44% de mujeres que acuden al servicio de atención primaria de salud han sido sometidas a violencia en algún momento de su vida. Si se considera no solo la violencia física si no también el maltrato psíquico (desvalorización, control social de la vida de la mujer, del dinero, amenazas, etc.) éste porcentaje aumenta en un 69 a 74% (Bradley 2002). Finalmente en este mismo estudio en el servicio de urgencias solo se logró detectar el 5% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia de género.

Resulta muy complicado conocer la magnitud real de la violencia de género debido a que está infradeclarada, infradetectada e infradocumentada. La instauración de los malos tratos suele ser progresiva e insidiosa.

La detección de la violencia de género por el personal sanitario puede significar la ruptura del ciclo de la violencia. Las mujeres maltratadas hacen uso frecuente de los servicios sanitarios con quejas que suelen enmascarar el problema. Además La detección de casos de violencia de género en el servicio de emergencias es baja por lo que se considera importante el cribado sistemático de violencia de género en el servicio de urgencias ya que ante una mujer que consulta a urgencias por lesiones, siempre se debería considerar la posibilidad de malos tratos, ante cualquier caso de maltrato o sospecha, se debe valorar siempre la existencia de riesgo vital o peligro extremo.

Las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación de maltrato espontáneamente y resulta difícil de identificar situaciones de maltrato donde el resultado no sean lesiones físicas. Un 17% son identificadas por los profesionales sanitarios. El 80% de ellas afirmó que no le importa que el médico le preguntara por el tema. El 66% no suele plantearse la violencia doméstica como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria.³²

Por estos motivos como estudiante de la carrera de Psicología Clínica me vi en la imperiosa necesidad de realizar este trabajo investigativo ya que la violencia de género es un problema que está afectando a nivel mundial, nacional y local. Frente a esta problemática nacen las siguientes preguntas:

- Cómo la atención primaria en el servicio de emergencias puede ayudar a contribuir a erradicar el ciclo de la violencia de género?
- Es posible que mediante la psicoeducación al personal sanitario en el servicio de emergencias se logre detectar precozmente la violencia de género.
- Es posible que mediante una detección temprana de las víctimas de violencia de género por parte del personal sanitario de emergencias se pueda reducir las asistencias subsecuentes a este servicio?

³²La violencia contra las mujeres : prevención y detección: Consue Ruiz, Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto, Editorial : Díaz de Santos , reimpresión : Enero 2005, capítulo 15, pág.265-266

5.- JUSTIFICACIÓN:

La violencia contra la mujer es la manifestación más cruda del desbalance de las relaciones de poder entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en la sociedad donde, tanto en el nivel de la ley como de la costumbre, se ha ignorado, tolerado, y hasta estimulado tal comportamiento.

La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para una mala salud, ya que sus consecuencias se traducen en una amplia gama de efectos en la salud de la mujer.

De este modo, será posible comprender con más claridad sus múltiples consecuencias para la salud, las sinergias que existen entre ellas y los posibles beneficios que pueden obtenerse con los distintos tipos de actividades preventivas. Así mismo, podrá identificarse diferentes ámbitos del sistema de salud a los cuales pueden acudir las mujeres que necesitan ayuda, que no serán solo los servicios de emergencias sino también, por ejemplo, los servicios de Salud Mental, consultas prenatales y clínicas para enfermedades de transmisión sexual.

Cuando una mujer decide pedir ayuda, la respuesta que ella recibe es determinante para sus futuras acciones.

Antes de denunciar es imprescindible que la mujer esté en un proceso de recuperación personal y que haya decidido aspectos concretos sobre su futuro y tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación.

La mayoría de las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida: embarazo, parto o cuidado médico de sus hijos.

El ámbito sanitario sería el ideal no solo para la detección, sino para la prevención y posibles medidas de intervención.

En la práctica clínica no se suele tener en cuenta la existencia de posibles malos tratos porque en la mayoría de los casos pasan desapercibidos por no haberse indagado más acerca de ellos.

La mayoría de los y las profesionales de la salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas. Sin embargo, podrían aprender a detectar a las mujeres maltratadas, ofrecerles seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, ayudarlas en la toma de decisiones y saber remitirlas a otros servicios como el de psicología clínica, psiquiatría y las actuales salas de acogida para víctimas de violencia.

Existe la creencia de que la violencia contra las mujeres es un tema demasiado delicado para ciertos elementos del personal sanitario que conforman el servicio de emergencia como para ser evaluado e investigado por lo tanto es mucho más fácil dar una atención ambulatoria en el momento en que se requiera y no seguir indagando más acerca de las posibles causas y origen a los hematomas, fracturas, traumatismos, cortaduras etc.

Como dice la OMS en su informe "Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario" (1998): **No tenga miedo de preguntar**. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.

Es por ello que es momento de hacer conciencia y evitar que el machismo y las ideas conservadoras continúen con el maltrato hacia las mujeres.³³

Es por todas esas razones que he creído necesario realizar este trabajo investigativo titulado: **“DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA, LOJA PERIODO MAYO – OCTUBRE 2013”**

³³**Violencia contra la mujer y salud:** Isabel Ruíz Pérez: Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud, España, 12 de abril del 2009.

6.- METODOLOGIA:

6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.-

El presente trabajo investigativo se realizará durante los meses de mayo a octubre del año 2013, con las pacientes con indicadores de sospecha de ser víctimas de violencia de género que acuden al servicio de emergencia del HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.

La realización del presente trabajo investigativo se basara en la utilización de entrevista psicológica, y métodos científicos como la Observación Clínica, y la Historia Clínica. Los cuales estarán encaminados a cumplir con los objetivos planteados de este estudio,

A continuación se representara los resultados del presente estudio en graficas que brindan un análisis cuantitativo y cualitativo permitiendo saber los porcentajes reales en cuanto al número de pacientes víctimas de violencia de género que acuden al servicio de emergencias. Posteriormente se expone las conclusiones, producto del estudio investigativo y de mucha importancia ya que permite saber los resultados y objetivos cumplidos.

6.2 TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio cualitativo de corte transversal, descriptivo, analítico; en las Pacientes con indicadores de ser víctimas de violencia de género que acuden al servicio de Emergencias del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Es de corte transversal, ya que se realizará una sola medición buscando analizar las características de los casos observados.

Descriptivo, en virtud de que se busca especificar las propiedades importantes de las personas en estudio conforme a los objetivos planteados.

Analítico, porque se establecerá la asociación entre variables permitiéndonos identificar la fuerza de asociación y los elementos necesarios para poder lograr una comprensión y explicación cimentada del problema en estudio.

6.3 UNIDAD DE ESTUDIO.-

La Unidad de Estudio son los pacientes en edades comprendidas entre 18 a 30 años, específicamente pacientes que evidencien indicadores de sospecha de ser víctimas de violencia de género que acuden a la servicio de emergencia del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja en el periodo Junio –Julio del 2013.

6.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

Lugar: Cantón Loja

Ubicación: en el centro de la ciudad de Loja.

Institución: Hospital Provincial General Isidro Ayora (servicio de emergencias)

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.-

6.4.1 Criterios de inclusión: Participarán en este estudio:

- ✓ Todos los pacientes, hombres y mujeres que cumplan con los indicadores de ser víctimas de violencia de género.
- ✓ Todos los pacientes cuyas edades estén comprendidas entre 18 y 30 años.
- ✓ Todos los pacientes que acudan al servicio de emergencias que cumplan con los criterios anteriores, durante el periodo mayo – octubre 2013.

6.4.2 Criterios de exclusión: No participarán en este estudio:

- ✓ Pacientes menores de 18 años y mayores de 30 años.
- ✓ Pacientes que expresen su negativa a participar;
- ✓ Pacientes con antecedentes de estar recibiendo tratamiento psiquiátrico.
- ✓ Pacientes que no presentan indicadores de ser víctimas de violencia de género.

6.5 PLAN DE TABULACION DE ANALISIS

Para el procesamiento de la información se utilizara una base de datos, donde se analizara la información debidamente. Para la presentación de los datos, éstos

serán vertidos en tablas y gráficos donde se utilizara fundamentalmente la frecuencia, y para el análisis de la información se usara los porcentajes.

6.6 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la presente investigación utilizaré la entrevista psicológica, así como métodos científicos encaminados a cumplir con las metas de este estudio a través de la Observación Clínica, la Historia Clínica.

A continuación se detalla cada uno de los materiales y métodos que se utilizaran en la presente investigación.

MATERIAL 1:

LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. Generalmente se asocia al trabajo sensoperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto. Cuando se habla de observación se hace alusión al trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no

verbales durante la entrevista como a los comportamientos espontáneos o controlados por el psicólogo.³⁴

MÉTODO 1:

Individual y Analítico, la aplicación se realizó desde la primera entrevista con el paciente en la cual se tomó en cuenta su comportamiento (sus gestos, expresiones), en el transcurso de la observación se limitó a tomar nota para evitar incomodar al paciente. Este modelo nos permitió conocer más del objeto de estudio, con lo cual se pudo determinar que pacientes presentaban indicadores físicos o psicológicos de ser víctimas de violencia de género.

MATERIAL 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Es un documento legal que surge del contacto entre el psicólogo y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos tales como: Datos de Identificación, Motivo de ingreso, Motivo de consulta, Enfermedad actual, Historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal

³⁴ GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. Balarezo Ch, Lucio, Mancheno D. Silvia. Primera Edición, 2003, Ecuador

y patológica, Historia social, laboral, psicosexual, Examen de funciones , Reactivos psicológicos, y Diagnóstico.³⁵

METODO 2

La Historia Clínica Psicológica se la realizo de forma individual, ésta me sirvió para reunir información e identificar las diferentes instancias en el desarrollo de los individuos a través de esta se recolecto datos acerca del individuo, la familia el medio en que se desenvuelve, así como sus experiencias y como este reacciona ante las diferentes circunstancias, estos datos me sirvieron para conocer la necesidades biopsicosociales de las personas que se encuentran inmersas en la violencia de género.

MATERIAL 3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMI-ESTRUCTURADA

Es un instrumento privilegiado que todo Psicólogo Clínico va a incluir necesariamente en su práctica diaria, en la entrevista se reúne información sobre la conducta, las actitudes y las emociones actuales y pasadas. Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir alternando preguntas estructuradas con preguntas abiertas que no permitan obtener un mejor matiz de la información por lo que se requiere una actitud de escucha. En la entrevista psicológica buscamos información enriquecedora que nos permita, mediante los indicadores de sospecha de Ministerio de Salud Pública llegar a un

³⁵EL PSICOASESOR , Historia clínica Psicológica disponible en: www.elp psicoasesor.com/2010/11/historia-clinica.html

diagnóstico definitivo de si la paciente es o no víctima de violencia de género, cuando somos capaces de superar las reacciones emocionales, poseemos distancia terapéutica es entonces cuando podemos ser verdaderamente útiles a nuestros pacientes. ³⁶

METODO 3

Se la aplico de forma individual en la primera y única sesión de aproximadamente 45 minutos garantizando la confidencialidad, empatía y seguridad de la paciente. Se aplica en dos fases la primera se indaga sobre los indicadores de sospecha que nos permite definir la presencia o no de violencia de género, y la segunda parte que consiste en realizar preguntas más directas sobre el maltrato corroborando así el diagnóstico presuntivo anterior.

³⁶ PSICOTEMAS, La Entrevista Psicológica disponible en: psikotemas.blogspot.com/2013/03/entrevista-psicologica.html

7.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	PERIODO					
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elaboración, presentación, aprobación del perfil	X					
Revisión bibliográfica	X	X				
Elaboración y revisión de instrumentos de recolección de datos			x			
Recolección de datos			x	x		
Análisis e interpretación de datos					X	
Elaboración e interpretación de la información					X	
Conclusiones y recomendación					X	
Elaboración de informe final						X
Ejecución del plan de intervención primaria.						X
Sustentación						X

8- PRESUPUESTO:

Recursos humanos:

- a. **Población:** Pacientes que acuden al servicio de emergencia con indicadores de sospecha de ser víctimas de violencia de genero entre las edades de 18 a 30 años de edad.
- b. **Tesista:** Patricia Córdova
- c. **Director de tesis:** Dra. Verónica Vélez

Recursos materiales:

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.02	500	10
Horas de internet	1.50	100	150
Transporte	1.00	150	150
Pendrive	10	2	20
Artículos de oficina	2	200	400
Impresión colores	0.15	100	15
Impresión B/N	0.5	500	25
Dípticos	0.16	400	65
Banner Informativo	65,00	1	65
Empastado	10.00	5	50
TOTAL			1050

10. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Primera Edición, 2009
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS INEC, publicado el 22 de enero del 2010, disponible en: <http://www.inec.gob.ec/home/>
- La violencia contra las mujeres : prevención y detección:, Consue Ruiz-Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto, Editorial Díaz de Santos , reimpresión : Enero 2005.
- EL LABERINTO DE LA VIOLENCIA, Causas Tipos y Efectos, José Sanmartín, España 2004, Editorial Ariel, S.A.
- GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. Balarezo Ch, Lucio, Mancheno D. Silvia. Primera Edición, 2003, Ecuador
- PSICOTEMAS, La Entrevista Psicológica disponible en: psikotemas.blogspot.com/2013/03/entrevista-psicologica.html
- EL PSICOASESOR , Historia clínica Psicológica disponible en: www.elpsicoasesor.com/2010/11/historia-clinica.html
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICOS Y CENSOS (2011) disponible en : http://ecuadorvolunteer.org/es/información_ecuadorestadisticas.html

INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares	Nº de Página.
PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE	VII
Contenidos	
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
 CAPÍTULO I: VIOLENCIA DE GÉNERO	
 1.1 VIOLENCIA	
1.1.1 Definición y Concepto.....	7
 1.2 GÉNERO	
1.2.1 Definición y Concepto.....	8
 1.3 VIOLENCIA DE GÉNERO	
1.3.1 Definición y Concepto.....	9
 1.4. FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	
1.4.1. Violencia Física.....	11
1.4.2. Violencia Psicológica – Emocional.....	12
1.4.3 Violencia Sexual.....	13

1.4.4	Violencia Económica.....	14
1.5.	DINAMICA DE LA VIOLENCIA.....	15
1.5.1.	El circulo de la violencia.....	16
1.5.2.	Perfil de la mujer agredida.....	18
1.5.2.1	La Indefensión Aprendida.....	19
1.5.3	Perfil del agresor.....	20
1.6	FACTORES DE RIESGO EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	23
1.7	CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER MALTRATADA.....	26
1.7.1.	Consecuencias para la Salud Mental.	27
1.7.2	Consecuencias para la salud Física.	31
1.7.3	Consecuencia para la salud reproductiva.....	32

CAPÍTULO II: VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.

2.1.	DETECCION.....	35
2.1.1	Detección Precoz en Consulta.....	35
2.1.2	Formas de Presentación.....	36
2.1.3	Señales de Alarma.....	33
2.1.4	Obstáculos y Dificultades para la Detección.....	38
2.2	EVALUACION.....	39
2.2.1	Como preguntar sobre el Maltrato	39

2.3 INTERVENCIÓN.....	42
2.3.1 Informar a la Paciente.....	42
2.3.2 Actitudes a Evitar	42
2.3.3 Intervención desde el Sector Salud.	43
2.3.4. Seguimiento.....	45
2.3.5 Atención Grupal.....	46
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
6. RESULTADOS.....	52
7. DISCUSIÓN.....	60
8. CONCLUSIONES.....	63
9. RECOMENDACIONES.....	64
10. PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA.....	65
PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA.....	68
11. BIBLIOGRAFÍA.....	101
12. ANEXOS.....	105

Educar en igualdad a los más pequeños es el camino más seguro para evitar los comportamientos machistas y las ideas sexistas, que perpetúan la falsa creencia de superioridad del hombre sobre la mujer.

La prevención y la educación deben ser los principales instrumentos en la lucha contra los malos tratos, sin embargo, paralelo a este camino de futuro debemos continuar con las medidas de protección y ayuda a las mujeres que sufren violencia de género.

Debemos incrementar las actuaciones para que las víctimas de estas agresiones abandonen su situación y puedan comenzar una nueva vida, alejadas de sus torturadores.

Tomás Mañas González
Consejero de Bienestar Social