



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 18 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014.”

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Autora:

Eliana Cecibel Paladines Largo

Directora de Tesis:

Dra. Esp. Verónica Andrea Vélez Mora.

Loja- Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Esp.

Verónica Andrea Vélez Mora.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, ***“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 18 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014”*** elaborado por la egresada Eliana Cecibel Paladines Largo, ha sido revisado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales y académicos que exige la institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 31 de Julio de 2014.



Dra. Esp. Verónica Andrea Vélez Mora

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Eliana Cecibel Paladines Largo, 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:



C.I.: 1500823974

Fecha: Loja, Enero, 2015.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo **Eliana Cecibel Paladines Largo**, declaro ser la autora de la tesis titulada: **"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 18 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO 2013 – 2014. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS**, 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 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 el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

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

FIRMA:



AUTORA: Eliana Cecibel Paladines Largo

CÉDULA: 1500823974

DIRECCIÓN: El Dorado, Eplicachima y Calicuchima

CORREO ELECTRÓNICO: eli_paladines@yahoo.com

TELÉFONO: 0958827951

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Esp. Verónica Vélez Mora.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTE: Psic. Clin. Luis Fernando Sarmiento Lemus

VOCAL: Dra. María Susana González García Mg. Sc.

VOCAL: Dra. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado primeramente a mi Padre celestial por la fortaleza, sabiduría, por las bendiciones que he recibido, por acompañarme cada día demostrándome su amor y su lealtad.

A mis padres Wilmer y Saida, a mis hermanas Daniela y Pamela que son el pilar fundamental en mi vida, a pesar de las pruebas que hemos tenido que pasar debido a la distancia, gracias a su amor, sus consejos, su apoyo y sacrificio he cumplido una meta más en mi vida.

A mi abuelita Teresa por su paciencia, por sus cuidados, su compañía y apoyo incondicional, quien estuvo junto a mí durante toda mi carrera universitaria.

A mis tías maternas, tíos, primas y primos que de una u otra manera me brindaron su apoyo, impulsándome siempre a alcanzar mis ideales.

También se lo debo a una persona que es importante en mi vida, a Jonathan Gabriel quien ha sido últimamente la razón de mis alegrías, mi motivación e inspiración, por su amor y apoyo en todo momento.

A mi directora de tesis Dra. Verónica Vélez Mora, por sus conocimientos impartidos en la realización de este trabajo, y a todos mis maestros que han formado parte de mi educación ya que gracias a ellos culmino un periodo importante en mi vida.

Eliana Cecibel Paladines Largo

AGRADECIMIENTO

Reconozco que sin la ayuda de Dios no habría podido culminar este presente trabajo de tesis, a él se lo debo todo.

Mi gratitud hacia toda mi familia, mi novio y amistades, por su apoyo, por su respaldo, porque influyen de buena manera para alcanzar mis metas.

A la universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana de manera especial a la Carrera de Psicología Clínica por abrirme sus puertas y permitir mi formación y realización profesional.

Mis más sincero agradecimiento a todos mis profesores por su esfuerzo y dedicación en mi formación académica y profesional.

Al Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, en especial para el personal que labora en la Sala de Primera Acogida para víctimas de violencia intrafamiliar y a todos quienes contribuyeron al desarrollo del presente estudio, gracias por su colaboración.

La Autora

1. TÍTULO

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS DE 18 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014.

2. RESUMEN

La violencia puede ser consecuencia de varios factores individuales, políticos, ideológicos, educativos, sociales y culturales, relacionados entre sí, que se dan mediante un proceso cíclico el cual se retroalimenta aumentando su gravedad, alterando la salud integral de la persona agredida y la de los que la rodean. El presente trabajo es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, cuyos objetivos fueron determinar el tipo de violencia intrafamiliar y su relación con el estado emocional de las mujeres víctimas de violencia que acuden a la Sala de la Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora de Loja. Utilizando para ello los test de depresión y ansiedad de Beck que permitieron medir los niveles de ansiedad y depresión de cada paciente, en el cual se determinó que la violencia intrafamiliar predominante es de tipo psicológica en un 62% y según los resultados de los reactivos psicológicos los niveles de depresión grave presenta un 40%, los niveles de ansiedad moderada presenta un 49%. Con respecto a la relación de la violencia intrafamiliar se pudo mostrar que si existe una estrecha relación con el estado emocional de acuerdo a los estudios realizados. Se elaboró un plan de intervención psicoterapéutico el mismo que se recomienda aplicarlo en víctimas de violencia intrafamiliar, así mismo realizar procesos de investigación donde se privilegia su estado emocional.

PALABRA CLAVE: *Violencia intrafamiliar; Estado emocional.*

ABSTRACT / SUMMARY

Violence can result from several factors individual, political, ideological, educational, social and cultural, related, occurring through a cyclic process which is feeds increasing severity, altering the overall health of the aggrieved person and those that surround it. This study is descriptive, quantitative and cross-sectional, whose objectives were to determine the type of domestic violence and its relationship with the emotional state of women victims of violence who come to the room of the first host of the Hospital Isidro Ayora de Loja. Using the Beck anxiety and depression test allowing to measure the levels of anxiety and depression of each patient, in which it was determined that predominantly domestic violence is psychological type by 62% and according to the results of psychological levels of major depression presents 40%, levels of moderate anxiety it has a 49%. Regarding the relationship of domestic violence you could show that if there is a close relationship with the emotional state according to the studies carried out. Developed a psychotherapeutic intervention plan which is recommended to apply to victims of family violence, also conduct research where your emotional state is privileged.

KEYWORD: Domestic violence; Emotional state.

3. INTRODUCCIÓN

La Violencia Intrafamiliar constituye un fenómeno social y un problema de salud de gran magnitud a nivel mundial, debido a sus graves efectos psicológicos sobre las víctimas, debido a que ha sido reconocido internacionalmente como violación de los derechos humanos en grandes dimensiones.

La ley N° 103 Contra la Violencia a la Mujer y la Familia define: “se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”. (Ecuador, 1995)

Siendo una sociedad civilizada la violencia es un medio que sigue actuando entre nosotros como si fuera la única manera, por medio de la cual unos pocos hacen oír su voz, repercutiendo sobre los más vulnerables de la población especialmente sobre las mujeres y niños.

Desde siempre debido a patrones culturales, existen actitudes o conductas que perpetúan y generan prácticas de violencia, asociado al abuso de alcohol y drogas, además está relacionado con mitos sobre la creencia de superioridad del sexo masculino. Existen programas que tienen el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar, sin embargo persisten los maltratos físicos, psicológicos y sexuales.

Estimaciones mundiales de la ONU nos muestra que cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida de forma violenta, las cifras indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. (OMS, 2013)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL señala que la violencia sufrida por las mujeres de Latinoamérica va desde golpes simples hasta agresiones severas con amenazas de muerte, acompañada por una fuerte violencia psicológica y, muchas veces, también sexual. Un 45% declara haber recibido amenazas de sus parejas y entre 5% y 11% de las mujeres dice haber sido víctima de violencia sexual. (CEPAL, 2010)

En el transcurso de los años se ha ido incrementado la violencia intrafamiliar, cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos nos muestran que en el año 2011 en nuestro país existen más de 7 millones de mujeres y el 61% han sido víctimas de violencia, es decir que 6 de cada 10 mujeres en el país ha sufrido algún tipo de violencia.

En la ciudad de Loja en lo que va del año se han receptado 653 casos, los cuales el 60% corresponde a violencia verbal, el 35% a violencia de tipo física y un 5% a violencia sexual; existe un promedio de aproximadamente 10 denuncias diarias, en la oficina de Primera Acogida del Consejo de la Judicatura, las mismas que son transferidas para tratamiento psicológico a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora.

Es necesaria una protección legal, programas asistenciales, leyes de defensa relacionadas al tema, pero sin embargo eso no asegura un pleno

bienestar a la víctima, debido a que sus efectos según varios estudios realizados trascienden explícitamente sobre su estado emocional, atentando contra el pudor y directamente sobre la autoestima de la persona agredida, así imposibilitándole su realización personal, familiar y social.

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, con pacientes de sexo femenino, siendo seleccionadas por edades desde los 18 a 55 años, con una muestra de 70 pacientes, con el objetivo de determinar el estado emocional de las pacientes víctimas de violencia intrafamiliar y su relación con el mismo.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar es un problema social de gran magnitud, motivo por el cual en la actualidad es reconocido y alarmante a nivel internacional. Debido a su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, para las víctimas y sus familiares, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos.

4.1.1. Definición de Violencia Intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar es una de las transgresiones más frecuentes en la sociedad, se caracteriza por ser un acto que requiere de fuerza, es recurrente, intencional, cíclico, dirigido a dominar, acosar, intimidar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física y psicológica, cualquiera que sea el medio utilizado para el efecto, el mismo que es ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Probablemente en ningún otro lugar de la sociedad se da tantos casos de violencia como dentro del hogar, siendo un problema social cada vez más frecuente, llegando a constituirse como un hecho cotidiano, tomando en cuenta que afecta a todas las clases sociales, si bien son más frecuentes en los hogares con mayor adversidad económica, además es común la asociación con el alcoholismo.

4.2. TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Se consideran a la violencia psicológica, física, sexual como tres grandes categorías dentro de la violencia intrafamiliar, seguidas por otros tipos de violencia conocidas como violencia económica y patrimonial, que se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada, es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia intrafamiliar.

4.2.1. Violencia Psicológica

También es llamado como “violencia emocional, consiste en la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre la mujer u otro miembro de la familia, infundiendo miedo o temor sobre la víctima” (Báez & V., 2013)

Este tipo de maltrato se dirige de una manera negativa y agresiva, alterando directamente sobre la autoestima de la persona, ocasionando una grave repercusión psicológica en su estado emocional; es considerado que cualquier tipo de abuso siempre opera una con dos o más tipos, para poder determinar en la víctima el tipo de agresión infligida o sufrida, se debe atender al resultado que más predomine en la paciente. El maltrato psicológico puede ser difícil de observar cuando se desarrolla en la privacidad de un hogar o en una institución cerrada, es por eso que a través de sintomatología ansiosa, depresiva, así como también la adicción a actividades autodestructivas como alcoholismo o drogadicción,

aversión a la terapia entre otros, son algunos de los signos en los que se puede reconocer y determinar si la persona es víctima de violencia psicológica.

4.2.2. Violencia Psicológica No- Verbal o Indirecta

Este tipo de maltrato se manifiesta mediante conductas dirigidas intencionalmente de una forma negativa, no verbal y agresiva, ignorando las necesidades mentales y emocionales de la víctima, a través de: intimidaciones, indiferencia, amenazas, rechazo, actitudes devaluatorias y de abandono, silencio, gestos agresivos, que tienden a humillar a ofender.

Este tipo de maltrato es difícil de observar o de percibir y de comprobarlo a simple vista, no deja huellas o señales, pero lamentablemente se siente, repercutiendo gravemente en la autoestima de la persona tornándola insegura, perturbando su estado e integridad emocional, impidiéndole su desenvolvimiento personal en las áreas social, académico, laboral, etc. (Báez & V., 2013)

4.2.3. Violencia Psicológica Verbal o Directa

A diferencia de la violencia psicológica indirecta esta se caracteriza por ser perceptible a simple vista y por ser sobre todo verbal, de una persona hacia otra estén relacionadas o no afectivamente, opera de manera progresiva y paulatina, consiste en que el agresor asume comportamientos y conductas que alteran el estado emocional de la víctima.

Se manifiesta a través de palabras hirientes, descalificaciones, prohibiciones, coacciones, gritos e insultos, con el objeto de desvalorizar, rebajar, humillar, ridiculizar, aterrorizar, rechazar, manipular e inducir a la confusión e inseguridad, creándole inhibiciones, desconfianza, rechazo por otras personas o por su forma de ser o pensar, generando baja autoestima, reprimiendo sus capacidades y desarrollo en varios ámbitos, afectando su estado psicológico que la vuelve vulnerable a padecer trastornos a futuro. (Báez & V., 2013)

4.2.4. Violencia Sexual

Artículo 7°: “Definición de violencia sexual. Se entiende por violencia sexual toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su sexualidad, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital”.¹

Artículo 15: “Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha”. (Familia, 1995).

Es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona, se puede producir entre adultos, o también de un adulto a un menor.

Otras definiciones describen a la violencia sexual como cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de su voluntad, aprovechando la vulnerabilidad de la víctima, o también puede ser “el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador, otras de las maneras es presenciar contenido sexual como observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, pornografía o asistir a conversaciones de contenido sexual”. (Camino, 2011)

Los tipos de abuso sexual ya descritos son considerados como delito ante la sociedad, sin importar el sexo o la edad de la víctima.

El abusador adopta una posición de poder o autoridad con la intención de controlarlo, manipularlo, dominarlo, acosarlo, formarlo e informarlo de la manera inadecuada, para proveerse un placer o perseguir cualquier otro fin y como consecuencia causa daño a la víctima interfiriendo en el estado emocional de la paciente o a la vez siendo propensa a desarrollar trastornos en el desarrollo psicosexual durante su vida. (Camino, 2011)

4.2.5. Violencia Física

“La violencia física precede a veces de años de violencia psicológica, consiste tanto en la agresión intencional que requiere de la utilización de fuerza física, valiéndose de una parte del cuerpo, objeto, arma o sustancia, dirigida a causar grave daño, sufrimiento, dolor o efecto físico, enfermedad, atentar con la vida e incluso la muerte de la víctima”. (Báez & V., 2013)

El mismo puede estar relacionado con otro tipo de problemas sociales como el alcoholismo y que pudo haber comenzado con lesiones menores, los cuales se fueron exacerbando llegando a convertirse en lesiones graves.

Este tipo de maltrato atenta contra la dignidad, la integridad física y psicológica, provocando alteración en su estado emocional o causando daño que deje huella visible en su cuerpo.

4.2.6. Violencia Económica

"Se refiere al control y manejo del dinero, propiedades y en general los recursos de la familia, se manifiesta cuando un solo miembro de la familia es el que se beneficia de los ingresos y la economía familiar, ejerciendo el control sobre los recursos económicos" (Báez & V., 2013)

Es cuando un miembro de la familia tiene que dar explicaciones detalladas cada vez que necesita dinero, privando o limitando las necesidades básicas como vestimenta, alimentos, transporte o refugio entre otros, o que a su vez la víctima no puede sostener su economía por si solo debido a alguna incapacidad física o mental.

Las repercusiones de este tipo de violencia también son psicológicas, afecta directamente a su estado emocional, ya que puede sentirse inútil, incapaz de remediar la situación y de estar sometido a otra persona.

4.2.7. Violencia Patrimonial

"Es toda agresión dirigida de manera intencional que con ilegitimidad por un miembro de la familia, al producir sobre bienes personales, conyugales, familiares la pérdida o deterioro, o al ponerlos en riesgo, bien sea que los bienes posean valor estimable en dinero o afectivo (sentimental), o a través de la interferencia en la libre administración y aprovechamiento de los bienes personales". (Lautaro & Segovia, 2003)

El valor económico del objeto instrumento del maltrato carece de relevancia para determinar la existencia de la violencia patrimonial, pues la ley protege el valor afectivo, cualquiera que sea la posesión. El daño que se cause en tales objetos es suficiente para considerar que se está en presencia de maltrato de índole patrimonial.

4.3. CÍRCULO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Una vez que se da un episodio de violencia intrafamiliar, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una ocasión.

"Walker trata de dar cuenta de ello en su teoría del ciclo de la violencia, según la cual la violencia intrafamiliar se da en un ciclo que comprende tres fases, que varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas". (Walker, 1979)

4.3.1. Fase 1. Acumulación De Tensión

Esta fase “se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes menores de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del agresor hacia la víctima”. (Walker, 1979)

La víctima está en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso intenta negar los malos tratos, atribuyendo cada incidente aislado a factores externos y no a su pareja, creyendo por ejemplo que “quizás tiene problemas en el trabajo” o “ha bebido mucho y no sabe lo que hace”, por lo que si ella espera, las cosas cambiarán y él mejorará su trato hacia ella. Lamentablemente las cosas no mejoran y, por el contrario empeoran, ya que se da una escalada en esos incidentes menores de maltrato.

“En el inicio de esta primera fase, ella tiene algo de control sobre lo que sucede, pero en la medida en que la tensión aumenta, lo va perdiendo rápidamente. El maltratador, debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta, no intenta controlarse, se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea”. (Walker, 1979)

Algunas víctimas, en la etapa final de esta fase, comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de

maltrato. Ya no pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad, y saben, por experiencia, que después de la agresión vendrá una fase de calma.

4.3.2. Fase 2. de Explosión, Agresión o Incidente de Maltrato Agudo

Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual.

“Esta fase se distingue de la anterior por la ausencia total de control en los actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien, empieza intentando justificar sus actos, acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido, la agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño, y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección, sin embargo, ella ha sido severamente maltratada”. (Walker, 1979)

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. De hecho, es después de este período cuando la mujer víctima de violencia intrafamiliar busca asistencia médica.

“Esta fase suele ser la más breve de las tres, usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido”. (Walker, 1979).

4.3.3. Fase 3. de Reconciliación, Arrepentimiento o Luna de Miel

En esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora y amorosa, el maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse, al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada” y él no se verá obligado a golpearla.

La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una “pérdida de control momentánea” de su pareja que no volverá a repetirse, cree que él será capaz de hacer lo que ha prometido y, asimismo, cree que ella podrá cambiarlo y que las cosas serán mejores en el futuro.

“La duración exacta de esta fase no ha sido determinada, parece ser más larga que la segunda, pero más corta que la primera, no obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión”. (Walker, 1979)

Las características del maltrato es repetido e imprevisible, suele producir respuestas de sumisión en la mujer, conductas que a su vez tiene el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso, o mejor dicho una espiral de violencia, es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva.

Walker ha denominado “escalada de la violencia los episodios de maltrato que son cada vez más intensos y peligrosos, es decir si en un comienzo el agresor se limitaba a dar empujones o una bofetada, con el tiempo son verdaderas palizas caracterizadas por golpes con objetos contundentes o incluso el uso de armas, por lo cual en la medida en que la situación se cronifique, corre cada vez más peligro la vida de la víctima”. (Walker, 1979)

4.4. CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Un problema importante al que se ven enfrentadas las víctimas de violencia, tiene que ver con conceptos asociados a la definición de violencia intrafamiliar y que se han convertido en verdaderos mitos. Aún prevalece en la opinión pública una serie de concepciones que de una forma u otra, se dirigen bien a minimizar el problema o bien a tratar de justificar su presencia.

A continuación mencionaré algunos mitos, debido a que es importante considerar algunos de ellos por el efecto tan negativo que este tipo de ideas tiene sobre el problema y su posible solución.

4.4.1. Los casos de violencia intrafamiliar son escasos, se trata de situaciones aisladas.

Esto queda desmentido al observar la prevalencia de casos de violencia intrafamiliar, debido a que estadísticas revelan que en nuestro país 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia.

4.4.2. Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres que sufren violencia doméstica.

“De acuerdo a estadísticas de las Salas de Primera acogida a nivel Nacional en el 2011 reportaron que dentro del grupo de adultos, los pacientes más atendidos fueron 1009 mujeres y 115 hombres”. (INEC, 2011)

4.4.3. La violencia doméstica es un problema de las clases sociales bajas.

“La violencia es más visible y pública en los estratos más bajos, las clases altas en cambio, tienen acceso a la atención privada de médicos, abogados y psicólogos lo que les permite ocultar el problema”. (Walker, 1979)

Es por eso que los investigadores interesados en temas sobre violencia suelen obtener sus muestras y realizar estudios en los sectores más pobres debido a la fácil accesibilidad y colaboración.

4.4.4. Las personas educadas y cultas no son violentas.

Sufrir maltrato no es prueba de tener menor educación, así como tampoco lo es el hecho de ser agresivo. La educación formal y la violencia intrafamiliar no son incompatibles. Es la educación informal, familiar y social, la que sienta las bases para la desvalorización y la violencia.

En una revisión acerca de factores de riesgo de violencia doméstica realizada por Riggs, Caulfield y Street en el año 2000, refieren que “entre los pocos factores sociodemográficos que parecen tener alguna relación con la perpetración de violencia doméstica, no figura el nivel educacional”. (Riggs, Caulfield, & Street, 2000)

4.4.5. La violencia intrafamiliar es producto de algún tipo de enfermedad mental.

Estudios realizados muestran que “menos del 10% de los casos de violencia son ocasionados por trastornos psicopatológicos de alguno de los miembros de la pareja, por el contrario, se ha demostrado que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicopatológicos como los trastornos de ansiedad o la depresión”. (Corsi, 1994)

4.4.6. El abuso de drogas y alcohol es responsable de la violencia intrafamiliar.

“Las personas que consuman o estén bajo el efecto de algún tipo de sustancias psicotrópicas pueden tener una conducta violenta, pero no es la causa en sí, de hecho, muchas personas actúan violentamente contra los miembros de sus familias sin haber tomado alcohol ni haber consumido drogas y del mismo modo existen muchos alcohólicos y drogadictos que no son violentos”. (Corsi, 1994)

En investigaciones en que se intenta establecer relación entre el uso de alcohol y drogas y los episodios de violencia intrafamiliar, mencionan que

“el uso de estas sustancias como el alcohol y las drogas incrementa la violencia por desinhibición de las conductas del victimario o por aumento de los conflictos de la pareja”. (Riggs, Caulfield, & Street, 2000)

4.4.7. Las víctimas de violencia doméstica a veces se lo buscan, hacen algo para provocarlo.

Es posible que en algunos casos la conducta de las víctimas provoque enojo, pero la conducta violenta es responsabilidad exclusiva de quien la ejerce.

“No hay ninguna provocación que justifique una agresión, y que no atente contra los derechos de la víctima”. (Corsi, 1994)

4.4.8. Las mujeres que son maltratadas permanecen en esa situación porque les gusta.

Las mujeres que viven malos tratos por parte de sus parejas lo pasan muy mal y no les satisface para nada la situación que vive. Sin embargo, son muchas las razones que explican por qué se mantienen en esa situación: “Debido a la falta de medios suficientes para mantenerse a sí mismas y a sus hijos, la opinión de los demás, la vergüenza, el miedo, los sentimientos de culpa, la preocupación por la formación de los hijos dentro de una familia mono parental, las conductas de arrepentimiento del marido, la ignorancia de sus derechos, el aislamiento al que están expuestas, su religión, etc.” (Corsi, 1994)

4.4.9. Si una mujer maltratada dejara a su marido, estaría a salvo

“Se ha visto que las amenazas, los acosos, las agresiones y el riesgo letal suelen aumentar cuando la mujer deja al agresor”. (Echeburúa & Corral, 1999)

De hecho según investigaciones muestran que “la mayor parte de las mujeres han sido asesinadas después de denunciar a su pareja o haber iniciado trámites de separación, es decir que el riesgo de sufrir violencia aumenta para las mujeres maltratadas, cuando intentan dejar a sus parejas violentas” (Riggs, Caulfield, & Street, 2000)

“Según el informe sobre la situación de violencia y maltrato en el Ecuador en el año 2011 los casos de violencia a la mujer que han sido registrados, se han ido incrementado en el transcurso de los años, con una tasa de letalidad de 69.42 por cada 100.000 casos”. (Tiempo, 2012).

4.4.10. La violencia psicológica no es tan grave como la violencia física

El abuso emocional continuado, aun cuando no exista violencia física, provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista de la salud mental de las víctimas, se han realizado estudios que demuestran que “la violencia psicológica tiene consecuencias tan perniciosas para las víctimas como la violencia física”. (Villavicencio & Sebastián, 1999)

4.4.11. La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.

“La violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la definen como un recurso válido para resolver conflictos y es así que se aprende a utilizar la violencia en la familia, en la escuela, en el deporte, en los medios de comunicación, etc. de la misma forma sería posible aprender a resolver los problemas de una manera no violenta”.

(Corsi, 1994)

4.5. PERSONALIDAD DEL AGRESOR.

Los agresores provienen de hogares violentos, disfuncionales, conflictivos, de padres maltratadores que presentan problemas de adicción a sustancias psicotrópicas, alcoholismo en su mayoría, al igual que suelen padecer trastornos psicológicos, problemas de relación interpersonal, estos comportamientos son expresiones de un aprendizaje negativo desde su infancia, según sea el ambiente familiar en donde se desarrolló el individuo, en donde aprendieron que los problemas y conflictos se afrontan con la fuerza bruta.

Tienen un perfil determinado de inmadurez, inseguridad, emocionalmente inestables, presentan una restricción para expresar emociones, ocultando sentimientos y debilidades para demostrar “hombría”, poco susceptibles, no asumen culpa, niegan hechos, se excusan o culpan a la misma víctima como causante de sus malas conductas, son impacientes e impulsivos, manifiestan un manejo violento de discrepancias y exaltación de fuerza

física, frecuentemente es una persona aislada, no tiene amigos cercanos, tiene baja autoestima que le ocasiona frustración, debido a eso se genera en actitudes de violencia.

El maltratador es celoso (celopatía), manipulador, presenta dependencia afectiva, tiene miedo al abandono, adquiere un rol de protector y proveedor, es violento con su pareja, por la subvaloración de lo femenino ante lo masculino, el derecho que se otorga de ser servido por sus mujeres, priva a la pareja de su independencia, ataca públicamente a su víctima, muchos utiliza el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad.

Una investigación de psicólogos norteamericanos, el Dr. Gottman, Neil Jacobson, Simón y Schuster, en el año de 1998, señalan que “los agresores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales”. (Violencia, 2012)

4.5.1. Pit bull

“Este tipo de agresor se caracteriza por tener la furia de un “Pit Bull” (una raza de perros violentos) que se enoja lentamente, una vez que hunde sus dientes en la víctima no la suelta, monitorea cada movimiento, además ellos tienden a ver traición en cada movimiento y ello los enfurece, cuando su rabia se hace violenta parecen perder control”. (Violencia, 2012)

Es sociable, manipulador trata muy bien a los demás, es muy celoso debido a que teme ser abandonado, priva a su pareja de independencia o de privacidad, es propenso atacar públicamente a su víctima. No presenta

resistencia a la terapia psicológica, ya que tienen potencia, puesto que muchos han accedido a terapias. (Violencia, 2012)

4.5.2. Cobra

La cobra es una serpiente, tranquila y concentrada que ataca a su víctima con poco o ningún aviso. Es frío y calculador con una alta incidencia de rasgos o antecedentes criminales y antisociales y conducta sádica

Su conducta violenta es debido a que es autoritario y agresivo con todos, cuando piensan que su autoridad ha sido retada, luchan rápidamente y con mucha furia. Exige que su pareja dependa de él, es propenso a amenazar incluso con cuchillos y otros objetos, además se resiste a cualquier tipo de terapia psicológica.

4.6. CAUSAS Y ORIGEN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Existen algunas causas que explican la generación de la violencia en el entorno familiar:

4.6.1. Causas Individuales

Señalan “el consumo de alcohol o droga, frustraciones personales, la provocación de la víctima, la incompatibilidad de caracteres entre los miembros de la familia o comportamientos aprendidos en la infancia, son causales por las que muchas de las veces la violencia del agresor oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado”. (Guillem San Martín, 2004)

4.6.2. Causas Familiares

Debe tomarse en cuenta no al individuo aislado, sino al grupo que conforma la institución familiar y a las relaciones que se suscitan entre éstos, en consecuencia la violencia es el resultado de una serie de disfunciones como “la falta de comunicación entre los miembros, la distancia emocional, el desinterés, la incapacidad para manejar conflictos o para hablar de ellos, la escasa o nula capacidad de conciencia, relaciones rígidas y autoritarias, incapacidad de adaptación a situaciones variables, expectativas demasiado rígidas sobre los demás”. (Guilles San Martín, 2004)

4.6.3. Causas Socioculturales

Es importante recordar la cultura como un instrumento potente que influye tajantemente en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Se considera como causales de la violencia intrafamiliar al individuo, a la familia, así como a factores macro sociales y culturales.

“Factores como la asignación de papeles diferenciados y excluyentes en relación con el género, los medios de comunicación, que nos presentan estereotipos sobre violencia, la edad, las preferencias sexuales, las actitudes y normas culturales de condena o tolerancia individual, familiar e institucional, son determinantes a la hora de erradicar o legitimar la violencia”. (Guilles San Martín, 2004)

4.7. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La experiencia previa de violencia es uno de los factores que predisponen a la victimización, es decir el haber observado violencia en la familia de origen, por otra parte también los factores cognitivos como la percepción de legitimidad de la violencia en las relaciones familiares, mitigan que la agresión sea o no transmitida a la próxima generación.

Por otra parte, “los patrones conductuales y las expectativas que se han desarrollado durante las relaciones de noviazgo, tienden a transformarse en bases para la relación marital, es decir, las experiencias de violencia en las relaciones de noviazgo pueden ser un factor de riesgo para la violencia en las relaciones conyugales”. (Corsi, 1994)

Otro factor importante es el abuso de sustancias debido a que un gran número de investigaciones examina el uso de alcohol y drogas por parte de la mujer como factor de riesgo para la violencia intrafamiliar, o de también es una de las “estrategias de afrontamiento” ante la misma.

Una investigación en salud apoya la idea de que la experiencia de violencia doméstica causa detrimento en la salud mental de las víctimas de ésta, generando estados emocionales que repercutirían en su entorno familiar y en las personas que la han vivido como en sus agresores y en la comunidad en general.

4.7.1. Consecuencias a nivel individual

Generan marcas emocionales, ansiedad, miedo al entorno, temor a relacionarse con los demás, inseguridad, desconfianza, tristeza constante.

“Es importante recordar que la mayor parte de patologías tanto físicas como psicológicas se deben a factores emocionales debido a conflictos y situaciones de violencia intrafamiliar”. (Guilles San Martín, 2004)

“En los demás miembros de la familia, la exposición prolongada a la violencia, ya sea como testigos o como víctimas, puede alterarles el sistema nervioso e inmunológico y provocar trastornos emocionales y cognitivos, además de conductas que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales”. (Guilles San Martín, 2004)

“Ante comportamiento violento de un miembro en el hogar se suman los sentimientos negativos que estos actos provocan en quienes son violentados, por lo general los deseos de venganza son comunes y las víctimas de la violencia se convierten en potenciales victimarios”. (Guilles San Martín, 2004)

4.7.2. Consecuencias a nivel Social

La violencia intrafamiliar “afecta la percepción del entorno social y las seguridades sobre las que las personas sostienen su vida cotidiana. La violencia intrafamiliar hace dudar de la confiabilidad del entorno y de la protección que ofrecen las personas y las instituciones”. (Guilles San Martín, 2004)

En el caso de los niños y niñas con ese aprendizaje negativo se tiende a arraigar tanto, que muchas veces pasa de generación en generación, así como para los que vivieron o fueron testigos de violencia, además pueden generarse conductas de riesgo, como el abuso de sustancias adictivas, conductas agresivas, la iniciación precoz de la actividad sexual, e incluso pueden tener problemas para relacionarse afectivamente.

4.7.3. Consecuencias en la salud física

Si bien la violencia doméstica puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades físicas como psicológicas a futuro.

“Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida”. (WHO, 2001)

Sin embargo, “las lesiones no son la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física, sí lo son los llamados trastornos funcionales, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico”. (Krug & Dahlberg, 2002)

4.7.4. Consecuencias en la salud mental y a nivel de estado emocional

“La vivencia de la violencia intrafamiliar causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas generalmente en su estado emocional. Se

calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves” (Lorente, 2001)

“Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, disminución del libido sexual o inapetencia sexual, fatiga permanente y alteraciones del sueño”. (Amor, 2000)

Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático, sin embargo, se ha planteado que las víctimas de violencia intrafamiliar desarrollan también otros problemas psicopatológicos como “trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias”. (Villavicencio, Violencia domestica, 2000)

A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia doméstica a consecuencia de la situación que viven.

4.8. ESTADO EMOCIONAL

Se puede decir que es una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y sobre todo psicológicos, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, predisponiendo al ser humano a la reacción ante un estímulo, que se da mediante los distintos tipos de emociones con sus respectivas funciones las mismas que son procesos determinados biológicamente innatos.

El miedo permite que tendamos hacia la protección. Sorpresa ayuda a orientarnos frente a la nueva situación. Aversión nos produce rechazo hacia aquello que tenemos delante. Ira nos induce hacia la destrucción. Alegría nos induce hacia la reproducción. Tristeza nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

Las emociones poseen unos componentes conductuales particulares, que son la manera en que éstas se muestran externamente. Son en cierta medida controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo: expresiones faciales, acciones y gestos, distancia entre personas, componentes no lingüísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal).

Los otros componentes de las emociones son fisiológicos e involuntarios, iguales para todos: temblor, sonrojarse, sudoración, respiración agitada, dilatación pupilar, aumento del ritmo cardíaco

4.8.1. Estado Emocional de la Víctima de Violencia Intrafamiliar

La mujer permite el maltrato en algunas ocasiones porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

El principal motivo que impide el abandono de la víctima, es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos. Se identifican algunos rasgos de la mujer víctima de violencia:

Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica es por eso que se desencadena la baja autoestima, se siente culpable por haber sido agredida, se siente fracasada como mujer, esposa y madre, siente temor y pánico, falta de control sobre su vida, se siente incapaz de resolver su situación, cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema, se siente responsable por la conducta del agresor, se aísla socialmente.

El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico, muchas mujeres han sido humilladas por su pareja con tal de no perder la seguridad económica para sí misma y para sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente.

La mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente, su identidad individual, eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cuando una persona cae a este nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, porque el principio vital está herido de muerte. Si a una persona así aplastada se le amenaza con un "Si me denuncias, te mato", se sentirá paralizada. Quizás en un último intento de supervivencia reaccione, pero usando las mismas armas que a ella la han destruido.

4.8.2. Síndrome de la Mujer Maltratada

“El síndrome de la Mujer Maltratada fue formulado por Walker para describir las secuelas psicológicas en las víctimas de violencia intrafamiliar, el mismo que puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y por ende no ponen en práctica dichas opciones”. (Dutton, 1998)

Al parecer, “las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor, además presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo”. (Dutton, 1998)

4.8.3. Depresión

Sin duda la depresión es la que es usada con más frecuencia en el diagnóstico de las víctimas de violencia doméstica, se puede decir que la severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión.

“En un estudio con 50 mujeres víctimas de maltrato físico o psicológico severo, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor, con tasas de depresión significativamente más altas para aquellas mujeres que vivieron maltrato psicológico, que para las que padecieron maltrato físico”. (O’Leary, 1999)

“Un estudio con 80 mujeres maltratadas que se encuentran en casas de acogida, encuentra que el tiempo de permanencia en la casa de acogida, la exposición general al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, son variables predictoras del desarrollo de depresión”. (Gleasson, 1994)

La violencia intrafamiliar podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive.

4.8.4. Trastornos de ansiedad

“En relación a los trastornos de ansiedad, la fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático, representa una prevalencia significativa en una muestra de mujeres maltratadas y se podría decir que las mismas variables predictoras encontradas para la depresión, predicen el desarrollo del trastorno de ansiedad en mujeres maltratadas”. (Villavicencio & Sebastián, 1999)

“Gleason explica a la agorafobia como el resultado de la asociación entre la ansiedad y las percepciones negativas acerca de sí mismas

desarrolladas por las mujeres maltratadas, y como un esfuerzo por reducir la ansiedad al mantenerse alejadas de cualquier estímulo que puede resultar peligroso” (Gleasson, 1994).

Del mismo modo, el trastorno obsesivo compulsivo es explicado como un esfuerzo por defenderse de la ansiedad a través de las conductas compulsivas y como un intento por dominar la situación abusiva por medio de los pensamientos obsesivos acerca del agresor

Otra explicación se refiere a que “las víctimas de violencia intrafamiliar tenderían a bloquear o evitar los recuerdos de la experiencia traumática con conductas obsesivo-compulsivas”. (Villavicencio & Sebastián, 1999)

Los trastornos mentales presentes en las víctimas de violencia intrafamiliar podrían favorecer la aparición de fobias y es probable que el miedo experimentado en los episodios de violencia doméstica se asocie a ciertas situaciones traumáticas, generándose una fobia a esos estímulos.

4.8.5. Trastorno de estrés postraumático

Es un suceso traumático, se basa en que dicho acontecimiento representa una amenaza directa o indirecta para la vida o el bienestar de una persona y en la forma en que esa persona responde a dicha amenaza, esto es con temor, desesperanza u horror intensos.

Un estudio con 53 mujeres víctimas de violencia doméstica provenientes de refugios y de centros ambulatorios, encuentra que las siguientes variables se relacionan de manera directa con el desarrollo del trastorno de estrés post traumático: a) La severidad de la violencia vivida, b) La

proximidad temporal del maltrato, c) Eventos vitales negativos, y d) Estresores familiares. El apoyo social disponible y la existencia de eventos vitales positivos, se relacionan de manera inversa con el desarrollo de un cuadro de trastorno de estrés post traumático". (Astin & Lawrence, 1995)

Este es uno de los trastornos con mayor aparición en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, evidentemente la violencia cualquiera que sea el tipo que haya recibido constituye una amenaza a la vida y al bienestar de la víctima y es vivida con miedo con horror o indefensión.

4.9. PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

4.9.1. Abuso o dependencia de sustancias

Varios estudios han demostrado que se relaciona el abuso o dependencia del alcohol y el abuso o dependencia de otras drogas, con la violencia Intrafamiliar.

En relación al abuso o dependencia de otras drogas, encuentra 4 estudios que lo relacionan con la violencia doméstica, con tasas de prevalencia que van desde 7% a 25%. (Golding, 1999)

El abuso de alcohol y drogas en las víctimas de violencia intrafamiliar se podría decir que es una de las lamentables alternativas de solución frente a la problemática en que se encuentran.

4.9.2. Baja autoestima

Es probable que las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar pierdan la capacidad de confiar en sí mismas, de reconocer su valor propio, a esto puede sumarse el maltrato físico y sobretudo

principalmente psicológico como las descalificaciones, las constantes críticas disminuyen significativamente el nivel de autoestima.

“Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas”. (Dutton, 1998)

Una de las medidas de solución que podría favorecer a la víctima es que pueda volver a depender de su valoración personal y de su red de apoyo, siendo esta última una fuente de gratificación que ayuda a la persona a establecer una imagen positiva de sí misma para volver a tener un nivel adecuado de autoestima.

4.9.3. Cogniciones postraumáticas

Las cogniciones postraumáticas son uno de los grandes efectos que tiene la vivencia de violencia según Dutton, además de los síntomas postraumáticos y de los problemas para establecer relaciones interpersonales.

Según Dutton, “la exposición a cualquier trauma, incluida la violencia intrafamiliar, puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, a los demás y al mundo”. (Dutton, 1998)

Las principales creencias y percepciones que se ven modificados que son producto de una experiencia traumática son:

a. Percepción de seguridad o vulnerabilidad.

- b. Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo.
- c. Autopunición por lo sucedido.
- d. Percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático.
- e. Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva.
- f. Incremento en la tolerancia a la violencia.
- g. Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo)
- h. Percepción de falta de significado. (Dutton, 1998)

4.9.4. Déficit en solución de problemas

Un estudio se comparó las habilidades de solución de problemas de 14 mujeres maltratadas con 20 mujeres no maltratadas, reclutadas en salas de espera de oficinas legales, clínicas y servicios de educación de adultos, en zonas rurales de Estados Unidos. Sus resultados señalan que “las mujeres maltratadas generan significativamente menos alternativas de solución y más evitación y dependencia que las no maltratadas, y éstas generan significativamente más alternativas efectivas que las mujeres maltratadas”. (Claerrthout & Elder, 1998)

Este déficit en las habilidades para solucionar problemas tiene dos explicaciones, por una parte sería la vivencia de repetidos episodios de maltrato llevaría a la víctima a desarrollar la percepción de que es incapaz de lidiar con sus problemas.

Otra de las causas se debe a que las mujeres maltratadas reunirían una serie de factores como falta de modelos adecuados para la solución de problemas, las experiencias pasadas de maltrato, la ausencia de experiencia y entrenamiento en solución de problemas, que las llevaría a no desarrollar de manera adecuada las habilidades para resolver problemas ni estrategias de afrontamiento que les permitan lidiar con problemas cotidianos.

4.9.5. Inadaptación

De acuerdo a diversos estudios realizados por varios investigadores y científicos en diversos países con respecto al tema, explican que las víctimas de violencia intrafamiliar se encuentra un nivel muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que existan diferencias significativas entre aquellas mujeres víctimas de maltrato psicológico y las que además padecen maltrato físico, es decir que existe un alto nivel de inadaptación como consecuencia de los síntomas clínicos que las mujeres en esta situación desarrollan.

Vázquez plantea que en una relación de maltrato se producen típicamente una serie de hechos que llevan a una inadaptación global a la víctima de violencia doméstica:

- a) Aislamiento social, propiciado por el maltratador y aceptado, en ocasiones, por la víctima que se avergüenza de sus lesiones, conducente a inadaptación social.
- b) Aparición de cuadros clínicos lo que conlleva inadaptación emocional.

c) Alteración de las relaciones familiares, tanto con los hijos como con la familia extensa, conducente a inadaptación familiar.

d) Bajo rendimiento laboral, ausentismo laboral, aislamiento de los compañeros de trabajo o pérdida del trabajo, que conduce a inadaptación laboral.

4.9.6. Suicidio o ideación suicida

La ideación suicida y el suicidio se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo, implica el aislamiento social como uno de los factores de riesgo para el suicidio y cabe recalcar que las mujeres que viven violencia intrafamiliar generalmente se encuentran en esa situación.

La OMS en el informe sobre la Salud en el Mundo del 2001, “revisa una serie de estudios sobre la relación entre la violencia intrafamiliar y los pensamientos suicidas, poniendo de manifiesto que la ideación suicida es significativamente superior en aquellas mujeres que han vivido malos tratos”. (WHO, 2001)

4.10. Sala de Primera Acogida Para la Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar

Debido a la demanda de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar y a la necesidad de espacios físicos, se creó en el 2010 Salas de Primera Acogida a nivel nacional, promovidas por el ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del programa de Prevención y Atención Integral a la

Violencia con el fin de crear ambientes favorables para la detección precoz e intervención en violencia.

Estas Salas forman parte de una red interinstitucional con servicio jurídico y de salud hacia las víctimas de violencia, brindando atención de forma privada y especializada.

Abordan actividades de promoción y prevención de violencia a través de protocolos y programas establecidos hacia niños, adolescentes y adultos para detectar violencia intrafamiliar.

Esta Unidad “brinda atención de emergencia o inmediata hasta estabilizar a la víctima de los riesgos vitales, la atención la ofrece un equipo multidisciplinario especializado en la atención de segundo y de tercer nivel de complejidad en donde se encuentre la sala”. (MSP, 2009)

4.10.1 Funciones que cumple la Sala de Primera Acogida para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar.

Los servicios que prestan son los siguientes:

1. Brindan atención inmediata hasta lograr estabilizar a la víctima físicamente y psicológicamente, acorde a las necesidades y derechos para la paciente.
2. Toman inmediatamente muestras y realizan exámenes complementarios según la urgencia del caso.
3. Establecen un parte diario de los casos de violencia intrafamiliar.

4. Reportan informes sobre las prácticas profesionales realizadas según las normas y protocolos concebidos para el efecto.

5. Son parte de la ruta intersectorial local de violencia, comunicándose inmediatamente con otras instituciones como el MIES, fiscalías, DINAPEN, Comisarías de la Mujer y la Familia u otras entidades competentes para que una vez notificado el acto violento por parte de salud, se pueda dar una respuesta integral en atención, protección, apoyo y sanción del agresor/a.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

5.3. UNIVERSO

Estuvo constituido por Mujeres de 18 a 55 años que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

5.4. MUESTRA

Mujeres de 18 a 55 años víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a consulta a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

Mujeres que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

Mujeres entre 18 a 55 años.

5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres que acuden por otras consultas.

Mujeres menores de 18 años y mayores de 55 años.

5.7. MATERIALES Y TÉCNICAS

FASE I

En primer lugar se solicitó al Director del Hospital Isidro Ayora la autorización respectiva para realizar el trabajo investigativo.

Luego se procedió a la elaboración del consentimiento informado de las pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

FASE II

Elaboración de encuesta que nos llevó a identificar el tipo de violencia en las pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida proporcionada por el Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

Se realizó la Historia Clínica Psicológica la cual permitió recolectar datos generales de la salud integral de la paciente.

Aplicación el test psicológico de Depresión de Beck, el cual es un instrumento que valora la presencia los síntomas depresivos y el nivel de depresión en la paciente.

Se aplicó el test psicológico de Ansiedad de Beck, el cual es un instrumento que valora la presencia de síntomas ansiosos y el nivel de ansiedad en la paciente.

Para finalizar el procedimiento se realizó intervenciones psicoterapéuticas y talleres con cada paciente y posteriormente se realizó una charla grupal en Psicoeducación sobre Violencia Intrafamiliar brindando información de manera general acerca del tema, haciendo hincapié sobre las consecuencias y posibles soluciones para la víctima de violencia.

La **Ficha Única De Registro De Violencia Intrafamiliar Y De Género** propuesta por la Sala de la primera Acogida del Hospital Isidro Ayora, aplicada en cada paciente que ingresa a la unidad, que consiste en conocer los datos de identificación de la persona agredida, así como también se registra las características de la agresión, y la identificación de la persona agresora.

La **Historia Clínica Psicológica** me permitió recolectar la información necesaria y de esta manera un correcto diagnóstico. Este documento legal consta de datos como:

1. Datos de identificación
2. Motivo de ingreso
3. Motivo de consulta
4. Enfermedad Actual
5. Historia pasada de la enfermedad
6. Psicoanamnesis personal, normal y patológica
7. Psicoanamnesis familiar
8. Historia social, laboral, psicosexual

9. Examen de funciones
10. Reactivos psicológicos
11. Diagnóstico Presuntivo
12. Diagnóstico Diferencial
13. Diagnóstico Definitivo
14. Pronóstico

La historia clínica psicológica se elaboró mediante entrevista individual, permitió obtener datos informativos acerca de las pacientes en estudio, para conocer más a profundidad su familia de origen y su relación entre los miembros, etapas importantes de su vida así como el desenvolvimiento en cada una de ellas y en las diferentes áreas, al igual que me permitió evaluar a la paciente acerca de sus funciones mentales y psicológicas. De la misma manera permite conocer las alteraciones provocadas en el estado emocional de la paciente, permitiéndonos de esta manera realizar un diagnóstico contextual, como antecedente investigativo para elaborar un plan de intervención.

El Test De Depresión De Beck creado por Aarón T. Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adultos como en adolescentes. De hecho es el quinto test más utilizado internacionalmente para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad.

Corrección e Interpretación: Presenta 21 ítems y cada uno se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el

patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems, las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El **Test De Ansiedad De Beck** de Aaron T. Beck, es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Corrección e Interpretación: El cuestionario consta de 21 preguntas, la puntuación total es la suma de las de todos los ítems, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: de 00–21 Ansiedad muy baja, de 22–35 Ansiedad moderada y Más de 36 Ansiedad severa.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO N° 1

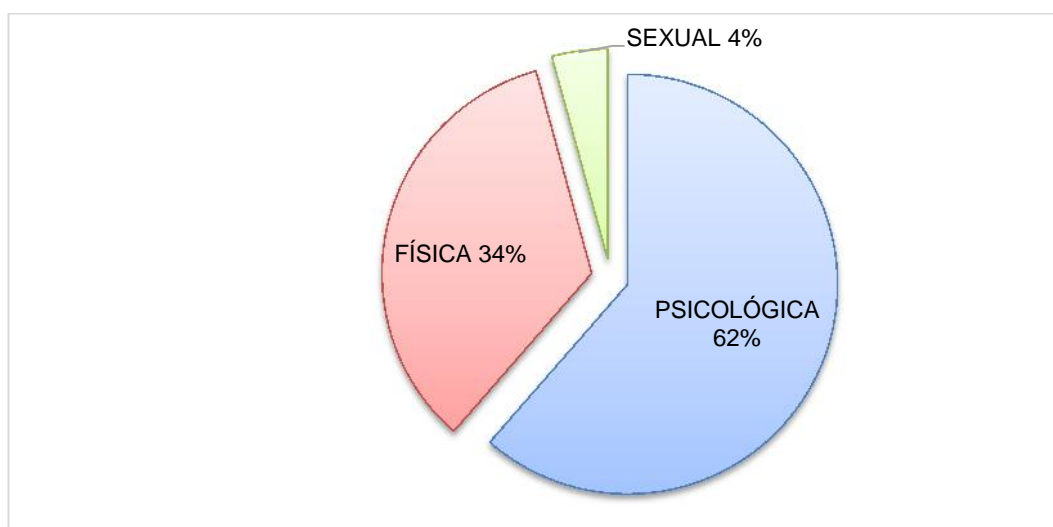
TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

Tipo de Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	43	62%
Física	24	34%
Sexual	3	4%
Total	70	100%

Fuente: Pacientes Del Hospital Isidro Ayora De Loja "Sala De La Primera Acogida".
Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

GRÁFICO N° 1

TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA



Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".
Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

Análisis de los Resultados: los resultados obtenidos de las 70 pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, indican que el 62% recibió violencia tipo psicológica, el 34% son víctimas de violencia de tipo física y el 4% comprenden a víctimas que recibieron violencia de tipo sexual.

CUADRO N° 2

ESTADO EMOCIONAL- NIVELES DE DEPRESIÓN EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

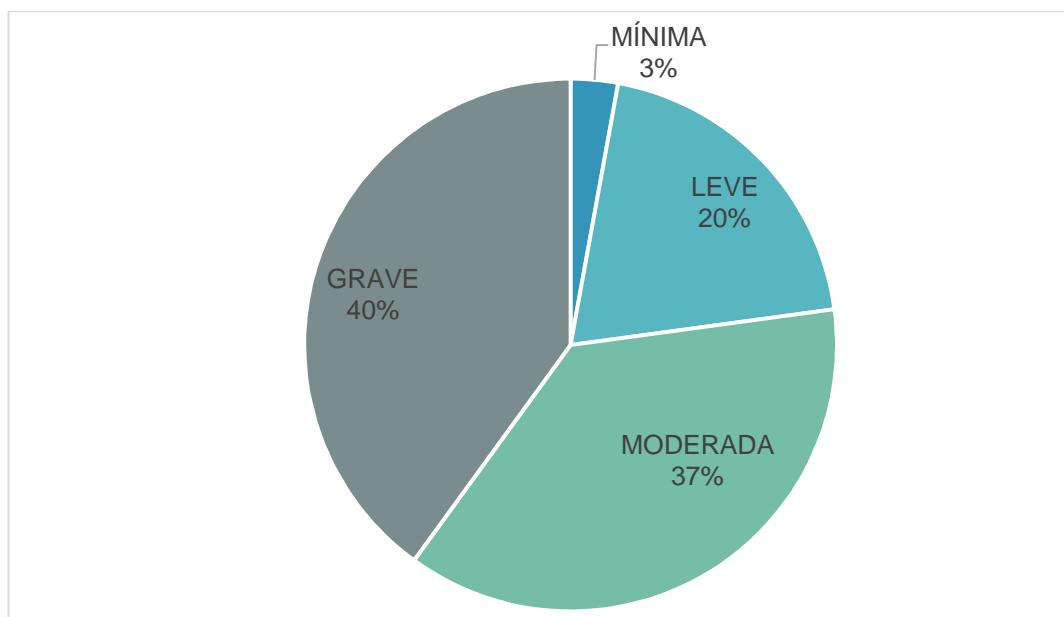
Niveles de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	2	3%
Leve	14	20%
Moderada	26	37%
Grave	28	40%
Total	70	100%

Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

GRÁFICO N° 2

ESTADO EMOCIONAL- NIVELES DE DEPRESIÓN EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA



Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

Análisis de los Resultados: según el test de depresión indica que el 40% presenta depresión grave, el 37% depresión moderada, el 20% depresión leve y el 3% depresión mínima.

CUADRO N° 3

ESTADO EMOCIONAL- NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

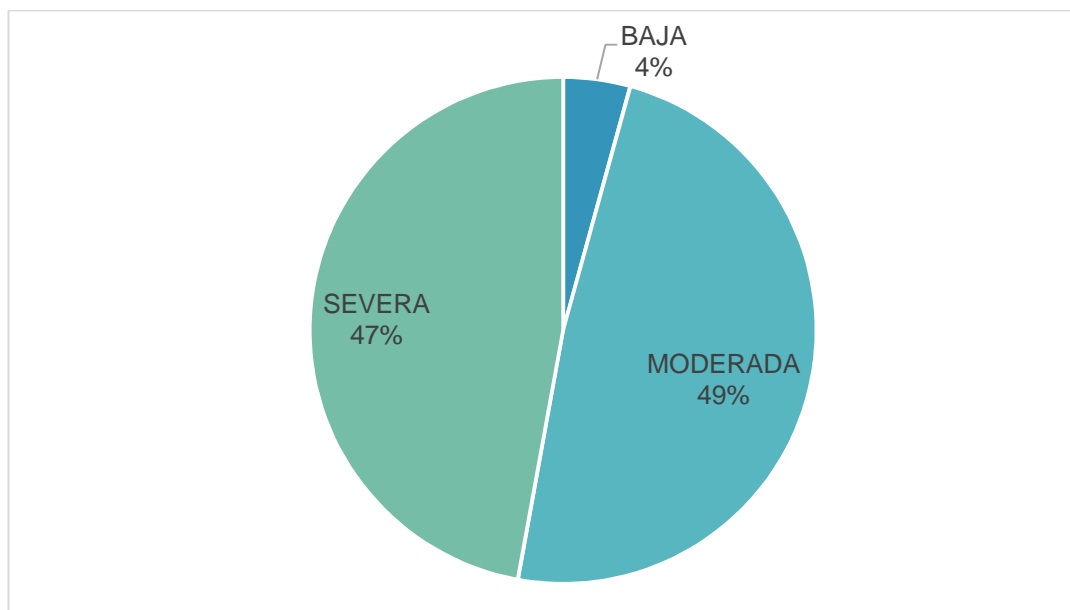
Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Baja	3	4%
Moderada	34	49%
Severa	33	47%
Total	70	100%

Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

GRÁFICO N° 3

ESTADO EMOCIONAL- NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA



Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

Análisis de los Resultados: Según los resultados del Test de Ansiedad indican que el 49% presenta ansiedad moderada, el 47% ansiedad severa y el 4% ansiedad baja.

CUADRO N° 4

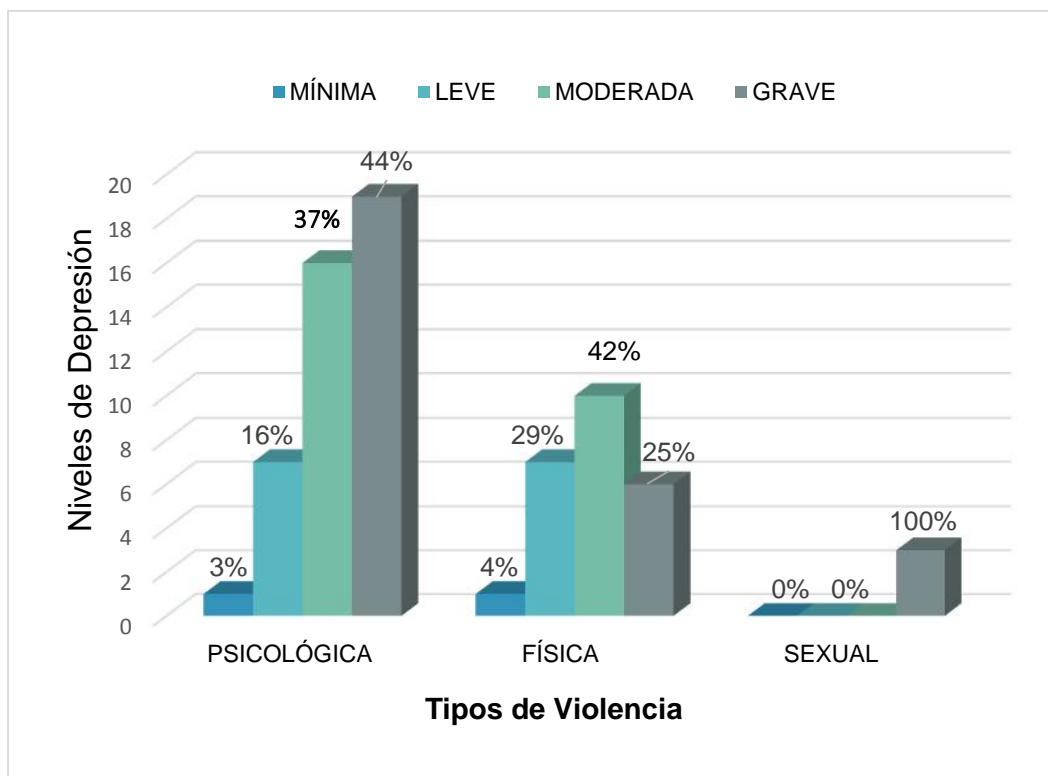
RELACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA CON EL ESTADO EMOCIONAL – DEPRESIÓN

Niveles de Depresión	Tipos De Violencia					
	Psicológica		Física		Sexual	
	F	%	F	%	F	%
Mínima	1	3%	1	4%	0	0%
Leve	7	16%	7	29%	0	0%
Moderada	16	37%	10	42%	0	0%
Grave	19	44%	6	25%	3	100%
Total	70 (100%)					

Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".
Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

GRÁFICO N°4

RELACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA CON EL ESTADO EMOCIONAL – DEPRESIÓN



Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.
Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Análisis de los Resultados: el presenta gráfico indica que las pacientes víctimas de violencia tipo psicológica el 44% presentan depresión grave, el 37% depresión moderada, el 16% depresión leve y el 1% depresión mínima. Las pacientes víctimas de violencia tipo física el 42% presentan depresión moderada, el 25% depresión grave, el 29% depresión leve y el 4% depresión mínima y las pacientes víctimas de violencia tipo sexual presentan el 100% depresión grave.

CUADRO N° 5

RELACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA CON EL ESTA EMOCIONAL – ANSIEDAD

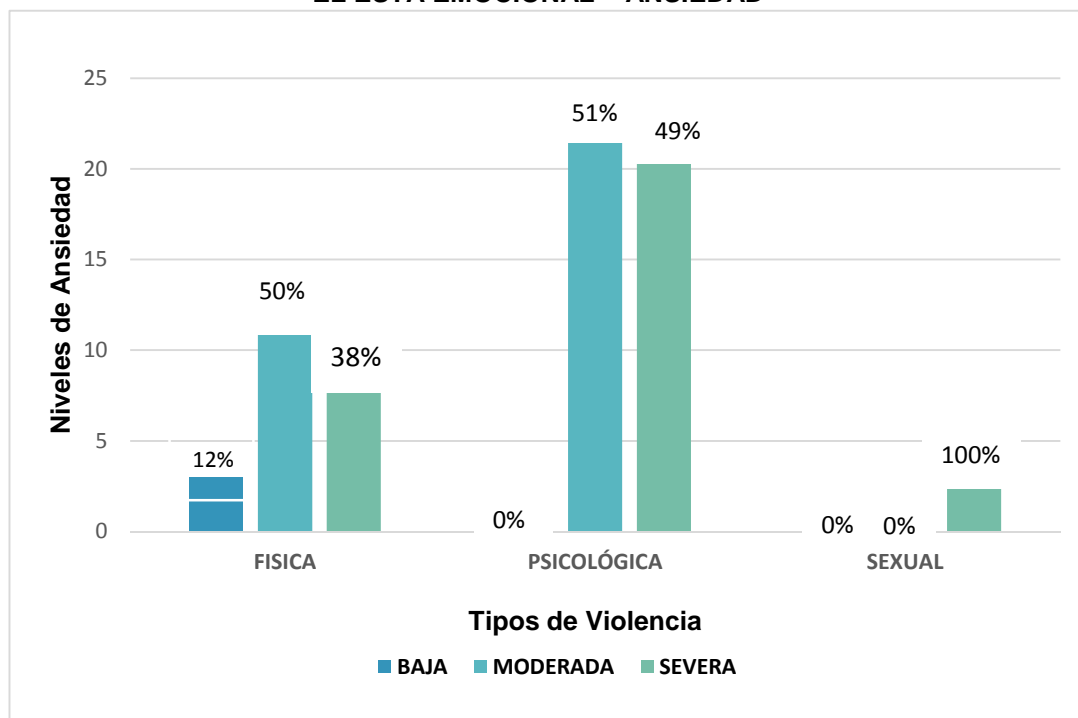
Niveles de Ansiedad	Tipos de Violencia					
	FÍSICA		PSICOLÓGICA		SEXUAL	
	F	%	F	%	F	%
Baja	0	12%	3	0%	0	0%
Moderada	22	50%	12	51%	0	0%
Severa	21	38%	9	49%	3	100%
Total	70 (100%)					

Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA CON EL ESTA EMOCIONAL – ANSIEDAD



Fuente: Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja "Sala de la Primera Acogida".

Elaborado por: Eliana Cecibel Paladines Largo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: el presenta gráfico indica que las pacientes víctimas de violencia tipo psicológica el 51% presentan ansiedad moderada, el 49% ansiedad severa. Las pacientes víctimas de violencia tipo física el 50% presentan ansiedad moderada, el 38% ansiedad severa y el 12% ansiedad baja. Las pacientes víctimas de violencia tipo sexual el 100% presentan ansiedad grave.

7. DISCUSIÓN

La violencia intrafamiliar lamentablemente es una acción incorrecta que se da a diario, en cada momento, en diferentes lugares del mundo, sin importar estatutos sociales, raza, etnia, profesión, religión, etc. Debido a los efectos devastadores que se han generado en lo interno de la familia, como consecuencia de la violencia, se ha puesto en peligro la estructura o la forma de la misma, alterando internamente la relación parental, filioparental y conyugal, ocasionando deterioro en el ámbito de la comunicación, en lo afectivo, el convivir juntos bajo el mismo techo, cuando en el hogar hay violencia afecta psicológicamente a todos los miembros de la familia y muchas de las veces el agresor actúa de la misma manera dentro de la sociedad.

La agresividad es una de las formas de conducta que se aprenden en el hogar, y en donde las relaciones intrafamiliares ejercen una influencia en su generación, e incluso las relaciones interpersonales, personajes que aparecen en los medios de comunicación influyen en gran manera a la violencia.

Estereotipos culturales favorecen la utilización de la violencia para resolver conflictos familiares, las mujeres y los niños son definidos seres débiles, en cambio los hombres son definidos culturalmente como seres fuertes que no deben expresar debilidad es por eso que se estimula en ellos el comportamiento agresivo.

El consumo de alcohol está relacionado con la violencia, es una de las principales causas debido a que el agresor en muchas de las veces se encuentra bajo el efecto de alguna sustancia psicotrópica, tales sustancias afectan directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales, estas situaciones empeoran la relación entre los miembros del hogar; además las mujeres que tienen una pareja que abusa de las drogas o del alcohol muchas veces sufren no solo maltrato físico y psicológico sino que también su vida y la de los suyos está en riesgo. Ser víctima de violencia en una relación puede conducir al abuso de alcohol o drogas como método de afrontamiento y hay probabilidades que sus hijos inicien el consumo nocivo de alcohol u otras sustancias a edades más tardías.

La violencia afecta profundamente a las personas y repercute en el desarrollo de la sociedad, generalmente los problemas de salud están asociados a la violencia, aparecen entre las principales causas de muerte y enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel Mundial cada año mueren cinco millones de personas a causa de la violencia. Ocho de las quince principales causas de muerte entre las personas de 15 a 29 años están relacionados con algún tipo de violencia en la región de las Américas, alrededor de un 30 a 50 por ciento de las mujeres en Latinoamérica viven alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar. (OMS, 2002)

La ley contra la violencia a la mujer y a la familia tiene por objeto prevenir, controlar, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y la familia, es por eso que la violencia es catalogada como una infracción, además la aclara la responsabilidad que tiene el personal de la salud en el proceso legal y asistencia médica y psicológica en casos de violencia.

Datos estadísticos en Sur América muestran que en Bolivia en el 2003 la Violencia Psicológica alcanzó un porcentaje del 53,8%, la Violencia física el 52,3% la violencia sexual 15,2%. En Colombia en el 2005 la violencia psicológica alcanzó el 65,7%, la física el 39% y la sexual el 11,5%. En Perú en el 2004 la violencia psicológica alcanzó un porcentaje del 68,2%, la física el 42,3% y la sexual el 9,8%. En Venezuela en el 2003 la violencia psicológica alcanzó un 42,75%, la física 37,61%, y la sexual 3,85%. En Ecuador en el 2004 la violencia psicológica alcanzó un 40%, la física el 31% y la sexual el 11,5%. (OPS, 2002)

En nuestra ciudad de Loja en lo que va del año se han receptado 653 casos, de esta cantidad el 60% corresponde a violencia psicológica, el 35% a violencia de tipo física y un 5% a violencia sexual, existe un promedio de aproximadamente 10 denuncias diarias, en la oficina de la Primera Acogida del Consejo de la Judicatura, las mismas que son transferidas para tratamiento psicológico a la Sala de Primera Acogida del Hospital Isidro Ayora. (Diario Crónica, 2014)

Comparando con los resultados anteriormente mencionados sobre el tipo de violencia que prevalece a nivel mundial y local, observamos que nuestro estudio no tiene mayor diferencia, existiendo un predominio de la violencia psicológica, sin dejar de lado la violencia física y sexual que le siguen en porcentaje y que afectan el estado emocional de las mujeres quienes buscan salidas o alternativas muchas de las veces equivocadas.

Investigaciones acerca del efecto psicológico de la conciliación en casos de violencia intrafamiliar en usuarias del Departamento de Protección a la Mujer de Santiago de Chile, concluyen que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar padecen de profundos y varios efectos psicológicos, como son el síndrome de la mujer maltratada, delirios de persecución, estado de tensión, depresión, baja autoestima, ansiedad entre otros, que se agudizan con el paso del tiempo. Los autores anteriores concluyeron que en cuanto a depresión, que 86.2% de las mujeres presentan algún tipo de depresión al igual que signos y síntomas, donde el 22.2% presentan depresión mínima a leve; 26.5 por ciento moderada a notable; y el 38.5 por ciento de severa a extrema. En cuanto a ansiedad el 81.9% de las mujeres presentaba algún tipo de ansiedad al igual que signos y síntomas, donde el 25.9% presentan ansiedad leve, el 43.4% moderada y el % 30.7 severa. (Espinal, 2012)

Comparando resultados relacionados con el presente estudio sobre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, podemos constatar que existen similitudes en cuanto a niveles altos de

depresión severa y niveles de ansiedad moderada, seguido por los otros niveles respectivos.

Los resultados obtenidos por otros estudios en la Unidad de Violencia Intrafamiliar de Colombia en mujeres maltratadas por su pareja, realizada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas, para su estudio utilizaron el test de ansiedad y depresión de Beck para medir los diferentes niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva de las pacientes. Un análisis concluye que el 44.7% presento ansiedad moderada seguida por ansiedad severa y leve. Los resultados del test de depresión mostraron que las pacientes presentaron niveles altos de depresión grave siendo el 40%, seguido por niveles moderados de depresión. (Grijalba, 2014)

Comparando los resultados del estudio anterior junto con la investigación realizada, podemos apreciar que existe igualdades en cuanto los altos porcentajes en los niveles de ansiedad moderada y en los niveles de depresión grave, en mujeres víctimas de violencia, de acuerdo a la indagación realizada por varios estudios, siendo los resultados que más prevalecen a lo que se refiere al estado emocional de las pacientes.

En el presente trabajo, permite determinar que existe una estrecha relación entre la violencia intrafamiliar y el estado emocional en las pacientes víctimas de violencia.

8. CONCLUSIONES

Una vez culminado el presente trabajo de investigación se pudo determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y el estado emocional de las 70 pacientes mujeres dentro de un grupo de edad de 18 a 55 años que acudieron a la Sala de la Primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

1. Con respecto al tipo de violencia que más predomina es la violencia física, de las 70 pacientes atendidas, 43 pacientes que corresponde al 62% recibieron violencia física, 24 pacientes que corresponde al 34% refieren haber recibido violencia psicológica y 3 pacientes que pertenece al 4% manifiesta haber sido víctima de abuso sexual.
2. Mediante los test psicológicos de ansiedad y depresión de Beck, 28 pacientes que corresponde al 40% presenta niveles de ansiedad grave, mientras que los resultados de los niveles de depresión indican que 34 pacientes que corresponde al 49% presentan ansiedad moderada.
3. De acuerdo a los objetivos planteados se puede concluir que existe una estrecha relación entre la violencia intrafamiliar y el estado emocional, indudablemente como consecuencia del constante maltrato va afectado significativamente su estado físico y mental en las víctimas.

9. RECOMENDACIONES

Aplicar el plan de intervención psicoterapéutica propuesto en el presente estudio, ya que tiene como meta ofrecer estrategias de tratamiento cognitivo conductual encaminado al mejoramiento del estado emocional de las víctimas de violencia intrafamiliar.

Dar a conocer a la víctima de violencia intrafamiliar acerca del procedimiento a seguir con los servicios médicos, legales y sociales correspondientes ante el maltrato.

Participar en procesos de investigación-acción donde se privilegia el estado emocional de las víctimas para la transformación o cambio de patrones socioculturales, y así como también la sensibilización y formación de los profesionales de salud que atienden directamente a las personas víctimas de violencia.

Promover y garantizar mediante un abordaje integral y con un equipo multidisciplinario de salud la realización de actividades de promoción hacia un mejor trato y libre de violencia, así como también la prevención de violencia de tipo primaria, secundaria y terciaria tanto a nivel de la familia, la sociedad y la comunidad.

3. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

PROPUESTA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA SALA DE LA PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA, DESDE EL MODELO COGNITIVO CODUCTUAL.

PRESENTACIÓN.

El Programa terapéutico tiene un corte cognitivo-conductual, el mismo que incluye un proceso basado en objetivos haciendo referencia a la situación por la que pasa la víctima de violencia intrafamiliar, crisis, transición y recuperación, por el cual dejo a consideración mi propuesta de intervención psicoterapéutica.

Para la elaboración del plan de intervención Psicoterapéutica desde el modelo Cognitivo Conductual se seguirán los siguientes pasos.

1.- Encuadre

2.- Diagnóstico

3.- Intervención

PRIMERA FASE

ENCUADRE

En esta fase, en primer lugar se pretende informar a la paciente sobre la importancia de recibir intervención psicológica, tomando en cuenta elementos importantes como son:

La confidencialidad, la motivación al tratamiento, los límites que existen entre la relación terapeuta-paciente, la terapia que se empleara con la paciente, así como también los objetivos que se desea alcanzar en cada terapia, el compromiso tanto del paciente como del terapeuta, el lugar, es decir el espacio físico en el que se realizaran las sesiones, es importante que este sea confortable, y el tiempo que se empleara en cada sesión.

Posteriormente en las sesiones se trabajara el rapport con el fin de lograr una adecuada relación con la paciente, se debe establecer de forma adecuada y diferente con cada uno de ellas.

SEGUNDA FASE

DIAGNÓSTICO

Para realizar un adecuado diagnóstico es importante la Historia Clínica Psicológica, la cual nos permite recolectar datos importantes de la paciente a lo largo de su vida, de esta manera mediante la aplicación del reactivo psicológico y la sintomatología se puede determinar el diagnóstico certero que nos permitirá tener conocimiento del proceso psicoterapéutico que se empleara.

TERCERA FASE

INTERVENCION

Para el tratamiento psicoterapéutico en las pacientes que acudieron a la Sala de la Primer Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora, víctimas de violencia intrafamiliar mediante un enfoque de carácter Cognitivo Conductual.

Se emplearán técnicas de modificación conductual, de reestructuración cognitiva, relacionados con los signos y síntomas que presentan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

La planificación terapéutica consta de sesiones las mismas que serán empleadas y ordenadas de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la paciente psicológicamente hablando, a través de las diferentes terapias a aplicar y al final concluyendo con el cierre terapéutico.

PROTOCOLOS DE ATENCION ESPECÍFICA POR TIPO DE VIOLENCIA. PROPUESTO POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

Las normas y protocolos son un modelo de atención del Sistema Nacional de Salud creado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para víctimas de violencia intrafamiliar orientados a la atención de calidad y calidez de manera integral y multidisciplinaria, realizando acciones de promoción, prevención atención, recuperación, rehabilitación y reestructuración de las personas víctimas de violencia intrafamiliar. ²

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA TIPO FÍSICA

Persona en crisis.

Una persona violentada físicamente puede venir al servicio de salud en un estado de crisis. En este caso la acogida se junta a la contención emocional, por lo que se requiere hacer una intervención en crisis para adecuar la situación antes de realizar la anamnesis.

Entrevista Clínica y la Acogida.

Consta de la acogida y la entrevista clínica médica, estas dos acciones se las puede hacer de manera simultánea, lo importante es mantener la actitud de acogida y permanecer en el proceso de atención.

Valoración de Salud Mental

Consiste en evaluar el estado emocional y las funciones psíquicas de la persona, realizada por el psicólogo o psiquiatra.

Realizar un informe en donde se detalle el estado psicológico de la persona, y a su vez elaborar el plan terapéutico a realizar.

En el caso de que la persona violentada se encuentre en riesgo severo para su integridad física y la de los integrantes de la familia, se debe hacer notar a la persona en el peligro en el que se encuentra y de manera conjunta se debe plantear un plan de emergencia para salvaguardar su seguridad y la de los suyos.

Valoración Médica.

Este procedimiento lo realizan los profesionales médicos de especialización con su respectivo informe, evalúa el ginecólogo, el médico legal, los mismos que realizan exámenes físicos para diagnosticar la patología médica, según sea el tipo de violencia que ha recibido la víctima enfocados en los signos y síntomas físicos de la paciente.

Referencia y contratransferencia

Mediante un informe de referencia, si el caso es de mayor complejidad se hace conocer a las demás instituciones de salud, así como también a servicios legales y servicios sociales.

Seguimiento de los casos

El seguimiento debe de ser realizado por el equipo de profesionales que atendieron a la paciente, en función de las expectativas y demandas de la persona y la gravedad de la violencia psicológica diagnosticada.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA TIPO PSICOLOGICA

Persona en crisis

Una persona violentada psicológicamente puede venir al servicio de salud en un estado de crisis. En este caso la acogida se junta a la contención emocional, por lo que se requiere hacer una intervención en crisis para adecuar la situación antes de realizar la anamnesis.

Entrevista Clínica y la Acogida.

Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente, ya que estas dos acciones se las puede hacer de manera simultánea, lo importante es mantener la actitud de acogida permanezca en el proceso de atención.

La entrevista esta principalmente enfocada en la realización de la historia clínica de la paciente con la siguiente información: en signos y síntomas psicológicos y psicosomáticos, anamnesis personal y familiar, estado emocional de la paciente, grado de afectación de su salud mental.

Valoración de Salud Mental

Consiste en evaluar el estado emocional y las funciones psíquicas de la persona, realizada por el psicólogo o psiquiatra.

Realizar un informe en donde se detalle el estado psicológico de la persona, y a su vez elaborar el plan terapéutico a realizar.

En el caso de que la persona violentada se encuentre en riesgo severo para su integridad física y la de los integrantes de la familia, se debe hacer notar a la persona en el peligro en el que se encuentra y de manera

conjunta se debe plantear un plan de emergencia para salvaguardar su seguridad y la de los suyos.

Examen Médico General

Este procedimiento lo realizan los profesionales médicos, enfatizados en la sintomatología que la persona afectada refiere, con la finalidad de descartar cualquier patología médica, es necesaria la valoración de signos vitales, enfocados en los signos y síntomas físicos de la paciente.

Referencia y contratransferencia

Mediante un informe de referencia, si el caso es de mayor complejidad se hace conocer a las demás instituciones de salud, así como también a servicios legales y servicios sociales.

Seguimiento de los casos

El seguimiento debe de ser realizado por el equipo de profesionales que atendieron a la paciente, en función de las expectativas y demandas de la persona y la gravedad de la violencia psicológica diagnosticada.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA TIPO SEXUAL

Persona en crisis

Al recibir a una persona víctima de violencia sexual se debe referir lo más rápido posible a un tratamiento médico inmediato.

Es importante brindar apoyo psicológico, para facilitar la expresión del dolor o sufrimiento, a través del lenguaje verbal, por lo que se requiere hacer una intervención en crisis para adecuar la situación antes de realizar la anamnesis.

Entrevista Clínica y la Acogida.

Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente, ya que estas dos acciones se las puede hacer de manera simultánea, lo importante es mantener la actitud de acogida permanezca en el proceso de atención, en lo posible la entrevista debe de realizarse a solas con la paciente.

La entrevista esta principalmente enfocada en la realización de la historia clínica de la paciente con la siguiente información: en signos y síntomas psicológicos y psicosomáticos, anamnesis personal y familiar, estado emocional de la paciente, grado de afectación de su salud mental.

Examen Médico General

Este procedimiento lo realizan los profesionales médicos, enfatizados en la sintomatología que la persona afectada refiere, con la finalidad de descartar cualquier patología médica, es necesaria la valoración de signos vitales, enfocados en los signos y síntomas físicos de la paciente.

Valoración de Salud Mental

Consiste en evaluar el estado emocional y las funciones psíquicas de la persona, realizada por el psicólogo o psiquiatra.

Realizar un informe en donde se detalle el estado psicológico de la persona, se valorara funciones mentales, y a su vez elaborar el plan terapéutico a realizar, orientado a los requerimientos de la paciente.

En el caso de que la persona violentada se encuentre en riesgo severo para su integridad física y la de los integrantes de la familia, se debe hacer notar a la persona en el peligro en el que se encuentra y de manera conjunta se debe plantear un plan de emergencia para salvaguardar su seguridad y la de los suyos.

Referencia y contratransferencia

Mediante un informe de referencia, si el caso es de mayor complejidad se hace conocer a las demás instituciones de salud, así como también a servicios legales y servicios sociales.

Informando a la paciente que la agresión sexual es un delito y que tiene derecho a denunciar.

Seguimiento de los casos

El seguimiento debe de ser realizado por el equipo de profesionales que atendieron a la paciente, en función de las expectativas y demandas de la persona y la gravedad de la violencia psicológica diagnosticada.

PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

OBJETIVO

Proporcionar estrategias para incrementar la capacidad de las pacientes para manejar sus problemas, mediante técnicas cognitivas conductuales para tratar su estado emocional como consecuencia del maltrato recibido, que consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a la reestructuración cognitiva y conductual.

La terapia cognitivo conductual es sumamente amplia en técnicas (Beck, A. 1976). Las técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SOMETIDAS AL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA.

Pacientes de sexo femenino, de edades desde 18 años a 55 años, que acuden a la Sala de la primera Acogida del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, que presentan alteración en su estado emocional, manifestando síntomas ansiosos depresivos, producto de la violencia intrafamiliar, quienes son transferidas de la Unidad de Violencia Intrafamiliar para terapia psicológica.

PRIMERA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Rapport, Empatía y Encuadre.

OBJETIVO

1. Establecer rapport y empatía para generar ambiente de confianza entre terapeuta y paciente.
2. Exponer propuestas metodológicas y pautas de funcionamiento terapéutico

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

PROCEDIMIENTO

Socializar con la paciente, dando pautas e indicaciones y a su vez incentivar sobre la importancia de la colaboración en las terapias psicológicas, explicando los objetivos terapéuticos, la metodología y funcionamiento.

Establecer acuerdos, responsabilidades, compromisos y normas de trabajo, como horarios, tanto del terapeuta como del paciente que se practicó durante las sesiones.

SEGUNDA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Elaboración de la Historia Clínica Psicológica y ficha de registro de violencia.

OBJETIVO

1. Recopilar información sobre el expediente clínico de la paciente.
2. Evaluar y valorar a la paciente
3. Acercamiento al diagnóstico.
4. Registrar datos específicos del caso de violencia, tanto de la víctima como del agresor.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Formato de la Historia Clínica Psicológica.

Formato Ficha única de registro de Violencia Intrafamiliar.

Esfero

Hojas

PROCEDIMIENTO

La historia clínica psicológica se basa específicamente a la recolección e información de manera directa, se realiza a través de una entrevista abierta estructurada la misma que abarca etapas de la vida de la paciente y nos proporciona antecedentes que nos permitirán llegar al diagnóstico de la paciente.

La ficha única de registro elaborada por el Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) es utilizada en casos de violencia intrafamiliar, en donde se recopila información de la paciente, del agresor, e incluso datos de como aconteció el hecho. Consiste en una entrevista estructuras en sonde presenta preguntas abiertas y cerradas.

TERCERA SESIÓN

TEMA: Aplicación de los reactivos psicológicos de Ansiedad y Depresión de Beck.

OBJETIVOS

1. Evaluar y determinar el estado emocional de cada paciente mediante los reactivos psicológicos.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Formato test de Ansiedad de Beck

Formato test Depresión de Beck

Lápiz

Borrador

PROCEDIMIENTO

El test psicológico de Ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, el mismo que nos ayuda a medir el nivel de ansiedad, en el cual la paciente responde a lado derecho de cada pregunta un numero dentro de un rango de 0 que representa en absoluto a 3 que equivale a severo, según como se sienta afectada en el momento.

El test psicológico de Depresión de Beck consta de 21 items, el mismo que nos ayuda a medir el nivel de depresión, en el cual la paciente responde eligiendo en cada ítem una frase con la que más se identifica de cada ítem, señalando con una (x).

CUARTA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Psicoeducación, afrontamiento y autoestima

OBJETIVOS

2. Orientar y proporcionar información a la paciente sobre la violencia intrafamiliar y sus consecuencias.
3. Informar sobre sus derechos.
4. Elevar la autoestima de la paciente
5. Lograr que reconozca y acepte que es víctima de violencia intrafamiliar.
6. Enfocar resolución al tratamiento.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Paciente

Terapeuta

RECURSOS MATERIALES

Computadora

Diapositivas

Hojas

Lápiz

PROCEDIMIENTO

Es esencial para cualquier programa de intervención con víctimas de violencia doméstica, consiste en entregar información sobre la violencia es decir tipos de maltrato, ciclo y escalada de la violencia, las consecuencias en sus víctimas y los recursos disponibles para hacerle frente como sus derechos, entre los que deben incluirse aquellos orientados a aumentar las condiciones de seguridad de las víctimas.

TAREA: La mayor parte de víctimas de violencia es visible su baja autoestima, es por eso que se enviara que realice una lista de todas sus cualidades, virtudes, dones incluidos valores que presenta, con la finalidad de mejorar su estado emocional, debido a la desvalorizan constate por parte del agresor.

Luego al recibir la lista seguramente será una lista pobre, es por eso que se procederá a registrar junto con la paciente lo enviado anteriormente, haciendo notar en ella su valor personal y desmentir agresiones verbales que recibió

QUINTA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Expresión de emociones

OBJETIVOS

1. Proporcionar apoyo y comprensión a la víctima y facilitarle un espacio para su desahogo emocional.
2. Facilitar un clima de confianza y seguridad adecuada.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Hojas

Esferos

Cuaderno

PROCEDIMIENTO

La represión emocional se refiere a la dificultad para la descripción y comunicación de las emociones negativas como la ira, la ansiedad o dolor ha sido encontrado en las mujeres víctimas de violencia, quienes han reprimido sus emociones.

Consiste en que la paciente vaya manifestando acontecimientos traumáticos en donde haya vivido o padecido situaciones emocionales referentes a la violencia y al mismo tiempo ir registrando el tipo de emociones, percibir los estados emocionales, sumiéndolos como tales y expresándolos de manera adecuada; comprender correctamente la naturaleza de dichos estados emocionales; regularlos, impidiendo sus efectos negativos y aprovechando sus aspectos positivos para adaptarlos satisfactoriamente a cada situación.

TAERA: Se envía la paciente un trabajo a la casa en donde va a registrar en un cuaderno personal durante una semana las situaciones que le ocurren y que le han hecho sentir mal, de la siguiente manera:

Fecha	Situación	Tipo de emoción	¿Qué pensaba en ese momento?	Tu Conducta

SEXTA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Reestructuración cognitiva

OBJETIVOS

1. Identificar en qué momento y situación está pensando de manera errónea.
2. Practicar la generación de alternativas de respuestas a sus propios pensamientos negativos como ideación suicida.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Cuaderno

Hojas

Lápiz

PROCEDIMIENTO

El primer paso en esta técnica es identificar en qué momento y situación se está pensando de manera errónea, una vez descubierto el pensamiento negativo, por ejemplo, una afirmación pesimista de sí mismo, del futuro o de la vida en general. El siguiente paso es analizar

dicho pensamiento; ¿existe la certeza de que eso es realmente lo que está ocurriendo?, ¿existe alguna otra explicación posible? sin embargo, no se trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino que se requieren reconocer y examinar las circunstancias que en el pasado han acompañado tales estados emocionales problemáticos, con el fin de analizarlos, cuestionarlos y generar alternativas para modificarlos..

Asimismo, se le explica al paciente lo que son los pensamientos automáticos, se le describe como aquellos pensamientos surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a como hemos sido tratados por los demás, lo que se nos ha dicho sobre nosotros mismos y a nuestras experiencias generales de la vida.

Se le ilustra a la paciente a partir de casos reales cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se le describen situaciones problema y los pensamientos acompañantes a modo de narración y posteriormente se le explicitan los pensamientos negativos automáticos para concentrarse en ellos. Se resuelven sus dudas y se le proporciona el material para las tareas.

TAREA: Registrar los pensamientos negativos que se hubiesen generado a lo largo de la semana, así como los desafíos a esos pensamientos y cuáles serían los pensamientos positivos alternativos.

Fecha	Situación	Pensamiento automático	Emociones	Respuesta racional	Resultado
	<p>Describe: Acontecimiento actual que le lleva a emociones desagradables</p> <p>Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos que llevan a emociones desagradables</p> <p>Sensaciones físicas angustiosas</p>	<p>Escribe los pensamientos automáticos que van precedidos de las emociones</p>	<p>Especificar tristeza, ansiedad, enfado, etc.</p> <p>Valorar el grado de la emoción 0-100%</p>	<p>Escribir una respuesta racional a los pensamientos automáticos</p> <p>Valorar la racionalidad de la creencia 0-100%</p>	<p>Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100%</p> <p>Especificar y valorar las emociones consecuentes.</p>

Con base en la lista de pensamientos realizados en la tarea por la paciente se le pedirá que categorice sus pensamientos de acuerdo a la lista de pensamientos irracionales proporcionada. El objetivo será que el paciente se familiarice con su estilo o forma particular de percibirse a sí misma, su vida, el mundo y el futuro.

Una vez concluido el ejercicio, se le explicará el modelo ABCDE de Albert Ellis. Este modelo sigue una secuencia que describe tanto el proceso de pensamiento disfuncional como los pasos a seguir para modificarlo:

A- Acontecimiento activador.

B- Sistema de creencias.

Ci- Creencia irracional.

Cr- Creencia racional.

C- Consecuencias

D- Discusión.

E. Efecto.

Ea- Efectos emocionales.

Ec- Efectos conductuales.

Eg- Efectos cognitivos.

El acontecimiento activador (A) es la situación que inicialmente se piensa como la causa de los estados emocionales negativos o desagradables.

El sistema de creencias (B) es el factor mediador que liga el acontecimiento activador con las consecuencias. Las creencias irracionales son aquellas ideas que tienden a desencadenar un estado emocional o físico extremadamente negativo. Las creencias racionales, por su parte, son aquellas ideas que sustituirán a las creencias irracionales como resultado de completar con éxito un ejercicio de reestructuración cognitiva. Tienden a ser menos extremas en su

contenido y conllevan una reducción en la intensidad de un estado emocional o físico anteriormente experimentado en forma negativa.

La consecuencia (C) es el estado emocional comúnmente considerado como resultado del acontecimiento activador. Algunas consecuencias típicas incluyen estados emocionales extremadamente negativos: rabia, celos, culpa, depresión o ansiedad, o estados físicos: tensión muscular, malestar gastrointestinal, alteraciones en la presión arterial, etc.

La discusión (D) es útil para el proceso de desafío de la lógica del sistema de creencias irracionales. Con esto se pretende cuestionar la autenticidad del sistema de creencias que provoca las consecuencias desagradables ya mencionadas. Se formula una discusión para cada una de las creencias irracionales identificadas en una situación problemática. Las alternativas se convierten en las creencias racionales que sustituirán a las creencias irracionales, negando de esta manera lo que parecía ser un vínculo entre las consecuencias y el acontecimiento activador. Cuando una creencia irracional es sustituida por una racional, los resultados se notarán y pueden ser, cambios en las emociones (Ea), cambios conductuales (Ec) o cambios cognitivos (Eg). Los cambios emocionales pueden consistir en un mejor estado de ánimo o en enfados menos intensos o frecuentes.

SÉPTIMA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Entrenamiento en Asertividad y Conducta.

OBJETIVOS

1. Maximizar las habilidades de afrontamiento social y modificar las cogniciones de incapacidad personal.
2. Modificar alteraciones conductuales en la paciente.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Hojas

Lápiz

PROCEDIMIENTO

Se Identifica con la paciente los estilos básicos de su conducta interpersonal: Se distingue entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo. Le ayudara al paciente también a reconocer errores en este ámbito.

Se identifica las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos. Se trata de identificar junto con la paciente, en qué situaciones falla, y cómo deberíamos actuar en un futuro. Se analiza el grado en que la respuesta a la situación problemática puede hacer que el resultado sea positivo o negativo.

Se describen las situaciones problemáticas. Se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.

Se escribir un guion para el cambio de nuestra conducta. Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir. El terapeuta moldea junto a la paciente el guion para que este sea expresado de forma específica. Se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.).

Se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo o se puede emplear el Roll Play para afianzar las técnicas aprendidas.

OCTAVA SESIÓN

TÉCNICA A EMPLEARSE: Relajación progresiva de Jacobson

OBJETIVOS

1. Aprender el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser utilizado en situaciones de ansiedad, agotamiento emocional y estrés.
2. Identificar las señales fisiológicas en tensión y poner en marcha las habilidades aprendidas para su regulación.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Computadora

Música Relajante e instrumental.

Diván

PROCEDIMIENTO

Se inicia el entrenamiento en relajación. La técnica que se puede emplear es la propuesta por Jacobson por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le instruye para que practique la relajación en su casa por lo menos dos veces al día y también en los momentos en los que se sienta muy tenso. Se procede entonces al entrenamiento en relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejillas, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas.

NOVENA SESIÓN

TEMA: CIERRE TERAPÉUTICO

OBJETIVOS

1. Realizar una retroalimentación de adquirido y logrado con el terapeuta.
2. Orientar a la consolidación y afianzamiento de metas propuestas para una mejor calidad de vida en la paciente.
3. Evaluar los logros alcanzados con las terapias.

DURACIÓN

Una sesión de 45 a 60 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta

Paciente

RECURSOS MATERIALES

Hojas

Lápiz

PROCEDIMIENTO

Es importante evaluar a la paciente acerca de las terapias realizadas, y a la vez recordarle de la utilización en el debido caso, hasta que la paciente se familiarice con cada una de ellas hasta lograr que se adhiera a su diario vivir.

Del mismo modo se procederá a que la paciente haga un compromiso propuesto para sí mismo, con el objetivo que recuerde constantemente su propósito a seguir.

**TALLER GRUPAL EN PSICOEDUCACIÓN SOBRE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR Y LA VICTIMA DE VIOLENCIA.**

OBJETIVO:

1. Propiciar información y educar a las pacientes sobre sus derechos y acerca de la violencia intrafamiliar.
2. Conocer las causas, consecuencias y posibles soluciones ante la violencia intrafamiliar.

DURACIÓN

Se realizara en aproximadamente 45 a 60 minutos.

RECURSOS HUMANOS

Terapeuta/ Expositor

Pacientes

Personal del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja.

RECURSOS MATERIALES

Computadora

Data show

Diapositivas

Trípticos

PROCEDIMIENTO

Una vez contactadas las pacientes para el taller, se presentara diapositivas sobre principales conceptos, tipos sobre violencia intrafamiliar, enfocándose en los derechos de la mujer y la familia y las consecuencias sobre quien la padecen que en las causas de la misma.

Se la realizara de manera psicodinámica e instructiva invitando a que sean partícipes del tema, ya que para asegurar el aprendizaje en las pacientes es necesario cerciorarse mediante preguntas de lo expuesto.

He visto conveniente la participación de las pacientes durante la exposición ya que se dará un e espacio para preguntas o dudas sobre el tema, desenvolviéndose dentro del grupo.

10. BIBLIOGRAFÍA

Amor, p. (2000). *Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas*. Valencia: Universidad Internacional Mendendez y Pelayo.

Astin, m., & Lawrence, k. (1995). *Postarumathic stress disorder among battered women*. New York: Violencia and victimas .

Báez, A., & V., V. (2013). *Aspectos de la violencia intrafamiliar*. México.

Camino, A. (2011). *Guía de intervención en delitos contra la libertad sexual*. Quito.

CEPAL. (2010). *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*.

Claerrthout, s., & Elder, j. (1998). *Problem Solving skills of rural battered women* . New York: American Journal of comunity Psychology.

Corsi, j. (1994). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Buenos Aires.

Dutton. (1998). *The Battered Woman*. New York: Walker.

Echeburúa, & Corral. (1999). Violencia contra la mujer. *American Psychological Association*, 21.

Ecuador, C. N. (1995). *Ley Contra la Mujer y la Familia*. Ecuador.

Familia, L. c. (1995). *Ley 103*. Ecuador.

Gleasson, W. (1994). *Mental disorders in battered womwn an empirycal study*. New York: Violencia and victimas.

Golding, j. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders*. New York: Journal of Family Violence.

Guilles San Martín, J. (2004). *Laberinto de la Violencia* . Barcelona: Torres Falcon.

INEC. (seis de Junio de 2011). *ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de ecuadorencifras.gob.ec: www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-y-comision-detransición.

Krug, & Dahlberg. (2002). *Informe Mundial de Violencia y Salud*. Geneva: OMS.

Lautaro, O., & Segovia. (2003). *Violencia Intrafamiliar, Delincuencia o inseguridad en el Ecuador*. Quito.

- Loja, D. C. (15 de Abril de 2014). Agresiones contra la mujer y la familia van en aumento. *Violencia*, pág. 6.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Aves y Mares.
- MSP. (2009). *Norma y protocolos de atención de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Quito Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- O'Leary, K. (1999). *Abuso psicológico : atención en violencia doméstica y para víctimas*. California.
- OMS. (2002). Informe Mundial de Violencia y Salud. *Geneva*, 28 - 29.
- OMS. (2013). *Violencia contra la mujer*.
- Riggs, D., Caulfield, M., & Street, A. (2000). Enfermedades por violencia doméstica: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 19 - 21.
- Sauceda García, Juan Manuel; Jesús Martín Maldonado Duran. (2000). *La familia su dinámica y tratamiento*. Mexico: Instituto Mexicano de Seguridad Social.
- Tiempo, D. E. (siete de Junio de 2012). Diario El Tiempo de Guayaquil. *Diario El Tiempo de Guayaquil*, pág. 15.
- Vasquez, G. R. (1900). *Mujer y Violencia : Un hecho cotidiano*. Quito: Salud Pública.
- Villavicencio, & Sebastián, j. (1999). *Violencia Doméstica: su Impacto en la Salud Física y Mental en las Mujeres*. Madrid.
- Villavicencio, p. (2000). *Violencia doméstica*. Madrid: Seminario Organizado por el Instituto de la mujer.
- Violencia, P. C. (28 de Mayo de 2012). *El agresor y sus tipos "Cobra" y "Pitbull"*. Obtenido de Psicología Cercana Y Violencia: psicologiacerna.blogspot.com
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row Publishers . New York.
- WHO. (2001). Informe Mundial de Violencia y Salud. *New Hope Geneva*, 29-30.

11. ANEXOS

ANEXO N°1



FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

PROVINCIA: CANTÓN: BARRIO:
INSTITUCIÓN: FECHA: N°. REGISTRO/N°H. CLÍNICA:

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA:

APELLIDOS: NOMBRES: C.I.:
EDAD: AÑOS MESES
SEXO: HOMBRE MUJER INSTRUCCIÓN: PRIMARIA AÑO..... SECUNDARIA AÑOS..... UNIVERSITARIA AÑO..... NINGUNA OTROS.....
ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A UNIÓN LIBRE DIVORCIADO/A

INSTRUCCIÓN DIRECCIÓN DOMICILIO: TELÉFONO.....
OCUPACIÓN: DIRECCIÓN TRABAJO: TELÉFONO.....

CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN

TIPO DE AGRESIÓN: FÍSICA SEXUAL PSICOLÓGICA
FRECUENCIA: PRIMERA SUBSECUENTE
LUGAR: DOMICILIO TRABAJO PÚBLICO CENTRO EDUCATIVO OTROS
FECHA: HORA:
ASOCIACIÓN CON: ALCOHOL DROGAS NINGUNO OTROS DESCONOCE
AGRESIÓN CON: CUERPO ARMA BLANCA ARMA DE FUEGO OBJETO PESADO OTROS
ESTADO DE CONCIENCIA: CONSCIENTE DESORIENTADO/A INCONSCIENTE

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGRESORA

APELLIDOS: NOMBRES: C.I.:
EDAD: AÑOS MESES
SEXO: HOMBRE MUJER INSTRUCCIÓN: PRIMARIA AÑO..... SECUNDARIA AÑOS..... UNIVERSITARIA AÑO..... NINGUNA OTROS.....
ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A UNIÓN LIBRE DIVORCIADO/A
INSTRUCCIÓN: PRIMARIA AÑO..... SECUNDARIA AÑOS..... UNIVERSITARIA AÑO..... NINGUNA OTROS

DIRECCIÓN DOMICILIO: TELÉFONO.....
OCUPACIÓN: DIRECCIÓN TRABAJO: TELÉFONO.....
RELACIÓN CON AGREDIDO/A: ESPOSO/A MADRE PADRE HIJO/A OTROS

TRATAMIENTO:

CLÍNICO QUIRÚRGICO PSICOLÓGICO OTROS REFERIDO A.....
CASO MÉDICO LEGAL: SI NO

OBSERVACIONES:
.....

ANEXO N° 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE INFORMACION

NOMBRES:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
SEXO:
RAZA:
ESTADO CIVIL:
NÚMERO DE HIJOS:
INSTRUCCIÓN:
OCUPACIÓN:
RELIGIÓN:
LUGAR DE PROCEDENCIA:
LUGAR DE RESIDENCIA:
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:
FECHA DE INGRESO

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. HISTORIA DE ENFERMEDAD

4. ENFERMEDAD ACTUAL

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL

PRENATAL

NATAL

INFANCIA

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

ADULTEZ Y VEJEZ

6. HISTORIA FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

7. HISTORIA LABORAL

8. HISTORIA SOCIAL

9. HISTORIA PSICOSEXUAL

10. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

11. RESULTADO DE TEST

12. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

14. PRONÓSTICO

EVALUADORA: _____

ANEXO N°3

Test - Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

1	
No me siento triste.	
Me siento triste.	
Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.	
Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	
2	
No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.	
Me siento desanimado con respecto al futuro.	
Siento que no puedo esperar nada del futuro.	
Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	
3	
No me siento fracasado.	
Siento que he fracasado más que la persona normal.	
Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	
Siento que como persona soy un fracaso completo.	
4	
Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	
No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	
Ya nada me satisface realmente.	
Todo me aburre o me desagrada.	
5	
No siento ninguna culpa particular.	
Me siento culpable buena parte del tiempo.	
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
Me siento culpable todo el tiempo.	
6	
No siento que esté siendo castigado.	
Siento que puedo estar siendo castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	
7	

No me siento decepcionado en mí mismo.	
Estoy decepcionado conmigo.	
Estoy harto de mí mismo.	
Me odio a mí mismo.	
8	
No me siento peor que otros.	
Me critico por mis debilidades o errores.	
Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	
Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	
9	
No tengo ninguna idea de matarme.	
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	
Me gustaría matarme.	
Me mataría si tuviera la oportunidad.	
10	
No lloro más de lo habitual.	
Lloro más que antes.	
Ahora lloro todo el tiempo.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	
11	
No me irrito más ahora que antes.	
Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	
Me siento irritado todo el tiempo.	
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	
12	
No he perdido interés en otras personas.	
Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.	
He perdido todo interés en los demás.	
13	
Tomo decisiones como siempre.	
Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.	
Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.	
Ya no puedo tomar ninguna decisión.	
14	
No creo que me vea peor que antes.	
Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) no atractivo (a).	
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer no atractivo (a).	
Creo que me veo horrible.	
15	
Puedo trabajar tan bien como antes.	
Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	
Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	
No puedo hacer ningún tipo de trabajo.	

16	
Puedo dormir tan bien como antes.	
No duermo tan bien como antes.	
Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	
Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme	
17	
No me canso más de lo habitual.	
Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	
Me canso al hacer cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	
18	
Mi apetito no ha variado.	
Mi apetito no es tan bueno como antes.	
Mi apetito es mucho peor que antes.	
Ya no tengo nada de apetito.	
19	
Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	
He perdido más de 2 kilos.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 6 kilos.	
20	
No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	
Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	
Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	
21	
No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	
Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	
He perdido por completo mi interés por el sexo.	
TOTAL	

RESULTADO DEL TEST:

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN:

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. A veces se da la circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

0-13 mínima depresión

14-19 depresión leve

20-28 depresión moderada

29-63 depresión grave.

ANEXO N°4

Test - Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio.

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

1	Hormigueo o entumecimiento	
2	Sensación de calor	
3	Temblor en las piernas	
4	Incapacidad para relajarse	
5	Miedo a que suceda lo peor	
6	Mareos	
7	Palpitaciones o taquicardia	
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física	
9	Terrores	
10	Nerviosismo	
11	Sensación de ahogo	
12	Temblor de manos	
13	Temblores generalizados o estremecimiento	
14	Miedo a perder el control	
15	Dificultad para respirar	
16	Miedo a morir	
17	Sobresaltos	
18	Molestias digestivas o abdominales	
19	Palidez	
20	Rubor facial	
21	Sudoración (no debida al calor)	
TOTAL		

RESULTADO DEL TEST:

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN:

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros ansiosos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 Ansiedad muy baja

22–35 Ansiedad moderada

Más de 36 Ansiedad severa

ANEXO N°5



FIGURA 1. Aplicación del Test a pacientes



FIGURA 2. Análisis de resultados del Test

ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
4.2. TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	8
4.2.3. Violencia Psicológica Verbal o Directa	9
4.2.5. Violencia Física	11
4.2.6. Violencia Económica	12
4.2.7. Violencia Patrimonial	13
4.3. CÍRCULO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	13
4.3.1. Fase 1. Acumulación De Tensión	14
4.3.3. Fase 3. de Reconciliación, Arrepentimiento o Luna de Miel	16
4.4. CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	17
4.5. PERSONALIDAD DEL AGRESOR.	22
4.5.1. Pit bull	23
4.5.2. Cobra	24
4.6.1. Causas Individuales	24
4.6.2. Causas Familiares	25
4.6.3. Causas Socioculturales	25
4.7. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	26
4.7.1. Consecuencias a nivel individual	27
4.7.2. Consecuencias a nivel Social	27
4.8. ESTADO EMOCIONAL	29
4.8.1. Estado Emocional de la Víctima de Violencia Intrafamiliar	30
4.8.2. Síndrome de la Mujer Maltratada	32
4.8.3. Depresión	32
4.8.4. Trastornos de ansiedad	33
4.9. PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS	35
4.9.1. Abuso o dependencia de sustancias	35
4.9.3. Cogniciones postraumáticas	36

4.9.4. Déficit en solución de problemas _____	37
4.9.6. Suicidio o ideación suicida _____	39
4.10. Sala de Primera Acogida Para la Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar _____	39
4.10.1 Funciones que cumple la Sala de Primera Acogida para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar. _____	40
5. MATERIALES Y MÉTODOS _____	42
5.1. TIPO DE ESTUDIO _____	42
5.2. ÁREA DE ESTUDIO _____	42
5.3. UNIVERSO _____	42
5.4. MUESTRA _____	42
5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN _____	42
5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN _____	43
5.7. MATERIALES Y TÉCNICAS _____	43
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS _____	47
CUADRO N° 1 _____	47
CUADRO N° 2 _____	48
CUADRO N° 3 _____	49
CUADRO N° 4 _____	50
CUADRO N° 5 _____	52
7. DISCUSIÓN _____	54
8. CONCLUSIONES _____	59
9. RECOMENDACIONES _____	60
10. BIBLIOGRAFÍA _____	93
11. ANEXOS _____	95
ÍNDICE _____	106