UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA Y ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS DE TRATAMIENTO EN ESPOSAS DE MILITARES DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA N° 7 "LOJA" PERIODO MAYO-OCTUBRE 2013.

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

Autora:

Andria Luisa Zabala Abarca

Director:

Psic. Clín. Luis Fernando Sarmiento

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÒN

PSICÓLOGO CLÍNICO: Luis Fernando Sarmiento L.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO EN ESPOSAS DE MILITARES DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA" PERIODO MAYO-OCTUBRE 2013**; elaborado por la egresada Andria Luisa Zabala Abarca, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución, por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Diciembre del 2013.

Psic. Cln. Luis Fernando Sarmiento

DIRECTOR DE TESIS

II

AUTORÍA

Yo, Andria Luisa Zabala Abarca, 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.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación

de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Andria Luisa Zabala Abarca.

1104989189

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Andria luisa Zabala Abarca, declaro ser autora de la tesis titulada **"CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO EN ESPOSAS DE MILITARES DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA" PERIODO MAYO-OCTUBRE 2013"** , como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

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

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

Firma:

Autora: Andria luisa Zabala Abarca

Cedula: 1104989189

Dirección: Sauces Norte

Correo Electrónico: wia.churona@gmail.com

Teléfonos: Domicilio: 072540912 **Celular:** 0992002955

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Psic. Clin. Fernando Sarmiento

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTA: Dra. Lupe Machado Paladines

VOCAL: Mgs. Psic. Clin. Zhenia Muñoz Vinces

VOCAL: Psic. Clin. Ines Lozano Salinas

DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la oportunidad de vivir y hacer que cada momento de mi vida sea un regalo, y permitirme alcanzar esta meta tan anhelada que refuerza aún más mis conocimientos y actitudes.

A mis padres, a quienes amo Luis y Raquel por ser el pilar fundamental y brindarme una carrera para mi futuro, por todo el apoyo incondicional en todo aspecto de mi vida, por sus palabras de aliento y sobre todo por confiar en mí y creer que podía lograr lo que me propusiera

.

A mis hermanos Jeacqueline, Vanessa, David por permanecer a mi lado y brindarme siempre sus buenos consejos.

A mis sobrinos Luis Andrés y Anthony, por darme todo su afecto, ternura y regalarme momentos de alegría con sus sonrisas.

A mis amigos, Karla, Karina, Patricia y Patito a los que aprecio mucho y con quienes he compartido momentos muy importantes de mi vida y sobre todo por haber permanecido juntas todos estos años de estudio.

A mi Director de Tesis Luis Fernando Sarmiento por su paciencia por su generosidad y quien a más de haber sido mi maestro ha sido un amigo y mi guía en el desarrollo de este proyecto.

Finalmente a todos mis docentes que fueron parte de todo este proceso de estudio y haberme brindado sus conocimientos para alcanzar la meta propuesta.

Andria

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios y a mis padres por todo su apoyo y esfuerzo.

Dejo constancia de gratitud a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica, y sus docentes, por la formación académica y científica brindada en todo este trayecto.

De manera especial agradezco a la Dra. Lupita Machado quien sentó las bases para el desarrollo de esta investigación, el cual fue dirigido posteriormente por el Dr. Luis Fernando Sarmiento a quien expreso también de manera especial mi reconocimiento, por haberme brindado su tiempo, apoyo y acertadas correcciones a este trabajo.

Mi reconocimiento y agradecimiento a las esposas de militares del COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA", y demás personal que labora en esta entidad, quienes me abrieron sus puertas sin ningún impedimento e hicieron posible el presente estudio.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.

LA AUTORA

ESQUEMA DE TESIS

PORTADA……..I

CERTIFICACION……..…II

AUTORIA……..III

CARTA……..IV

DEDICATORIA……..……V

AGRADECIMIENTO……...VI

INDICE…….…VII

PÁGINAS

1. TÍTULO…….…8
2. RESUMEN…….....9
3. ABSTRACT…….…….10
4. INTRODUCCIÓN……..11
5. REVISION DE LA LITERATURA…….……..14
6. MATERIALES Y METODOS……...89
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS……....102
8. DISCUSIÓN……..…….110
9. CONCLUSIONES…….…….…….....113
10. RECOMENDACIONES…….…….....115
11. PLANIFICACIÓN PSITERAPÉUTICA……..……...116
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..……137
13. ANEXOS……..……..……143

1. TÍTULO

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO EN ESPOSAS DE MILITARES DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA" PERIODO MAYO-OCTUBRE 2013

2. RESUMEN

La violencia domestica constituye un problema generalizado de índole social, lo cual afecta a las mujeres independientemente de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

La finalidad del presente trabajo investigativo es conocer las Consecuencias Psicológicas de la Violencia en las esposas de militares del Comando de Brigada de Infantería Nº 7 de la ciudad de Loja, para posteriormente elaborar un Plan Terapéutico para su tratamiento.

Dicho estudio se ha logrado a través de la utilización de métodos y estrategias de investigación: la cual ha sido de tipo transversal, deductivo-inductivo, analítico-sintético; con el objetivo de identificar si existía o no violencia y de qué tipo, estrategias de comunicación que utilizan cada miembro de la pareja y que consecuencias psicológicas provoca.

Entre los resultados más relevantes se puede mencionar que el tipo de violencia con mayor incidencia es la física y psicológica; la manera en que cada miembro de la pareja se enfrenta a una situación conflictiva es Agresión-pasiva (AP), es decir que existe falta de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales. Y por último las consecuencias psicológicas de violencia que se dan mayormente son Ansiedad fóbica y Depresión.

PALABRAS CLAVES: Consecuencias Psicológicas de Violencia y Alternativas Terapéuticas de Tratamiento.

ABSTRACT

Domestic violence is a widespread social problem, which affects women regardless of age, race, culture and socioeconomic status.

The purpose of this research work is to understand the Psychological Consequences of Violence in military wives Command Infantry Brigade No. 7 Loja, later developing a therapeutic plan for treatment, and in this way to stop the cycle of violence and prevent its recurrence. So the victim should understand that nothing you do or say justifies abuse.

This study has been achieved through the use of methods and research strategies: which has been synthetic-analytic, deductive-inductive, cross type, with the aim of identifying whether or not there was violence and what kind, strategies communication used by each partner when facing a conflict that causes psychological consequences.

Among the most important results can be mentioned that the kind of violence more incidence found in the study population is physical and psychological, the way each partner faces a conflict situation is Aggression-passive (AP), and there is lack of direct and clear expression of preferences. And finally the psychological consequences of violence that occur are mostly phobic anxiety and depression.

KEYWORDS: Psychological Consequences of Violence and Alternative Therapeutic Treatment.

3. INTRODUCCIÓN

A pesar de ser la violencia un fenómeno ancestral, es reconocido por la sociedad como un problema de salud vigente, no sólo por los efectos que ocasiona sino porque nulifica los derechos humanos fundamentales y además atraviesa de forma transversal la vida cotidiana, social y política de las mujeres turbando sus posibilidades de desarrollo tanto en el ámbito público y privado.

En este sentido la violencia contra las mujeres sigue siendo una epidemia global que puede manifestarse de diferentes formas; física, psicológica, sexual, económica e incluso en los peores casos puede llegar al asesinato, más conocido como feminicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), también pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos.

Así mismo el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), informa que de acuerdo un estudio realizado el 60.6% de las mujeres en Ecuador ha vivido algún tipo de violencia. Misma que no presenta mayores diferencias entre zonas urbanas (61.4%) y rurales (58.7%). De las cuales el 90% que ha sufrido violencia por parte de su pareja no se ha separado, de este grupo el

54,9% no piensa separarse, el 23,5% se separó por un tiempo y regreso con su pareja y el 11,9% piensa separarse.[1]

Teniendo en cuenta esta problemática nace la curiosidad de investigar en la familia militar específicamente con las esposas de militares del Comando de Brigada de Infantería Nº7 "Loja"; siendo seleccionado como muestra 60 parejas de esposos entre oficiales y voluntarios que habitan en las residencias militares de esta ciudad. Con el objetivo de conocer si hay violencia, cual es el tipo más frecuente y a su vez las consecuencias psicológicas que desencadena esta problemática.

Los instrumentos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron: Historia Clínica Psicológica, acompañada de una Encuesta Estructurada de Violencia dirigida hacia la Victima y el Agresor, Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), El Inventario de Síntomas SCL-90-R DE Derogatis,; los cuales conjuntamente me sirvieron para obtener un diagnóstico y cumplir con mi objetivos antes mencionados.

La elaboración de este trabajo consta de tres capítulos los cuales están estructurados de la siguiente manera:

Capítulo I: Violencia la misma que consta de introducción, definición, antecedentes históricos de la violencia, situación actual de violencia, violencia doméstica, tipos de violencia doméstica, como se produce la violencia en la pareja, el ciclo de la violencia, agresor, característica del

[1] Seis de Cada Diez Mujeres Sufren Violencia de Género en Ecuador, Marzo 2012, Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=490%3A6-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-de-genero-en-ecuador&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

agresor, victima, características de la víctima, causas de violencia doméstica, consecuencias de violencia.

Capitulo II: Consecuencias psicológicas de violencia, así mismo consta de una breve introducción sobre las principales consecuencias para luego referirse a cada una de las patologías; depresión, ansiedad, trastorno de pánico, fobia, insomnio, trastorno de estrés postraumático, trastorno de somatización, trastornos de la conducta alimentaria, ideación paranoide, psicoticismo, hostilidad, Sensitividad interpersonal, obsesiones y compulsiones, ideación suicida, vergüenza y culpabilidad, conductas autolíticas y autodestructivas, abuso de alcohol y drogas. Irritabilidad, baja autoestima; todas constan de definición, síntomas y consecuencias.

Capitulo III: Ejército Ecuatoriano, mismo que contiene introducción, antecedentes históricos del ejército ecuatoriano, rol estratégico, formación militar, especialidades militares, militares y salud mental.

Al término de la revisión bibliográfica se encuentran los resultados, expresados mediante gráficas, cada una con un análisis detallado, los cuales le dan validez y la importancia necesaria a este estudio.

Finalmente se encuentra las conclusiones, recomendaciones y planificación terapéutica, para que posteriormente pueda ser ejecutado por el personal encargado dentro de la institución. De tal manera que doy cumplimiento a los objetivos propuestos en esta tesis.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. VIOLENCIA

1.1. INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades. Adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Afecta tanto a los hombres como a las mujeres de todas las edades, pero sobre todo a los jóvenes y niños. No obstante, existen diferencias importantes entre las mujeres y los hombres en lo que se refiere a la forma, la naturaleza y las consecuencias de la violencia. Gran parte de la violencia es perpetrada por los hombres, independientemente del sexo y la edad de las víctimas.[2]

1.2. DEFINICIÓN

La violencia es una fuerza que proviene de la raíz Griega que significa vis (fuerza, vigor), de características injusta, atropella la libertad, la vida y el ser. La victima es forzada mediante la intimidación o la agresión casi siempre física, experimentando un profundo y persistente miedo e indefensión. Es la

[2] VIOLENCIA CONTRA LA MUJER; Organización Panamericana de Salud; Harvard Center for Population and Development Studies, 2000; p. 3

manifestación, grosera y primitiva, se conforma con la emoción, el sentimiento y la voluntad. Se caracteriza por ser monótona y recidiva.

1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA VIOLENCIA.

La perspectiva histórica es necesaria para encontrar el sentido psicosocial a las diversas formas de violencia y además para permitir comprender que ha estado presente a través de las diferentes épocas del desarrollo de la humanidad.

Muchos afirman que el hombre es un ser social y agresivo por naturaleza, afirmaciones que son empleadas para justificar los comportamientos humanos violentos a lo largo de toda la historia. Otros aseguran que se debe asumir con rigor científico que el ser humano no es ni bélico ni pacífico, ya que tales condiciones son aprehendidas socialmente y transmitidas estas de generación en generación a través de los procesos de socialización por lo que es completamente imposible aislar la naturaleza humana de las conductas aprehendidas a lo largo de años de existencia.

La palabra violencia se define como: “Ejecución forzosa, presión psicológica, coacción a la fuerza, sin consentimiento del otro para obligarle a hacer lo que desea”. Esta situación ha estado presente en diferentes actividades del quehacer humano, como por ejemplo: en las relaciones entre estados, en la familia, en la escuela, en el trabajo y otras, por consiguiente la violencia es un fenómeno social no exclusivo de un grupo especial de personas, en consecuencia esta puede ser llevada a cabo por cualquier persona.

Algunos historiadores aseguran que el vocablo violencia nació en Roma, descrita entonces como una acción de imposición forzada, no consentida voluntariamente por quien la sufría, los romanos solían relacionar el término violencia cuando se referían a ideas y conceptos que denotaban fuerza, vehemencia, furia, ira entre otros excesos temperamentales, dando con ello además una visión de miedo y de incertidumbre.

El rey Amenophis IV (rey Athon) de Egipto, en sus célebres instrucciones que orientaban a su gobierno en lo que se refiere a su política social, la violencia y la imposición eran los ejes de su accionar. Aconsejaba aplastar sangrientamente a los facciosos y ser implacables con los pobres que pretendían apoderarse de los bienes de los esclavistas.

El Primer Ministro del Estado de Chan, Shi Huang Ti, en China antigua, también asumía parecida opinión al afirmar “Que las personas en sí mismas son cobardes y perezosas, el miedo al castigo los hacia trabajar”. Sostenía que al gobernar el mundo se debía gobernar de acuerdo con la naturaleza humana, dando recompensas y castigo a sus gustos y antipatías.

Es importante dar a conocer que también existieron algunas personas que se oponían a la violencia; tal es el caso del célebre filósofo Confucio, quien anhelaba un estado y una sociedad armónica, gobernada por sólidos principios morales y dirigentes íntegros y honestos. Confucio no aprobaba la violencia social, ya que esta vulneraba la armonía de la sociedad en el respeto individual de cada uno de los ciudadanos que conformaban la nación china, siempre solía comparar al Estado con la familia.

En documentos históricos antiguos, como la Biblia, se recogen algunos aspectos de este fenómeno social que ha constituido un flagelo durante siglos; tal es el caso de los preceptos religiosos que constituían una ética, donde los principales expositores de ésta fueron: Moisés, Abraham, los Profetas, Jesús y los Apóstoles, quienes contribuyeron a conformar criterios para distinguir el bien y el mal.

La civilización griega desde sus orígenes, se vio envuelta en hechos de violencia social materializada por guerras, luchas políticas, tiranías, genocidios y por desastres naturales, que aumentaron su cementerio de divinidades y dioses.

Son estas referencias históricas que se revisten como muy tempranos síntomas de la problemática más profunda e íntima del sistema democrático esclavista.[3] De la cual no se encuentra exento nuestro país.

Es por ello que en los años 80 se intensifica el activismo por la No violencia contra la mujer; y por ende en 1986 se crean los primeros consultorios jurídicos alternativos para atender problemas específicos de las mujeres.

En los años 90 lo que se pretendía era llegar a la elaboración y negociación de políticas públicas, orientadas a la erradicación de la violencia intrafamiliar; aunque cabe mencionar que hasta antes del año 1994 la

[3] Universidad Tecnológica de el Salvador; Capitulo II; Marco Teórico y Conceptual de Referencia; pp. 8-13, Recuperado de: http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%202.pdf

violencia intrafamiliar no era un problema público, ya que era considerado como un problema doméstico, lo cual provocaba mayor riesgo para las víctimas de este tipo de violencia, especialmente mujeres y niños.

Cabe señalar además que desde la década de los 80 la presencia de mujeres profesionales emprendieron un 'trabajo de hormiga' desde sus distintos espacios de acción para posicionar institucionalmente los derechos de las mujeres. Este trabajo se fortaleció en los 90 y cobró mucha más visibilidad con la estructuración de un movimiento ecuatoriano de mujeres que ha demostrado una gran capacidad de negociación en la promoción de sus derechos. Dos fueron los espacios privilegiados de acción: el reconocimiento de la violencia doméstica como un delito público y la promoción de la participación política de las mujeres.[4]

No obstante se hace necesario la creación de ciertos organismos para el proceso de defensa a la mujer entre los cuales están:

La Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU) como entidad dependiente del Ministerio de Bienestar Social, hoy consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), que es el organismo rector de las políticas públicas para la erradicación de la violencia intrafamiliar.

Se fundan en esta época instituciones sociales que trabajan por los derechos de la mujer, como el Centro Ecuatoriano para Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), Centro de Planificación y Estudios Sociales

[4] HERRERA G., Las fisuras del patriarcado; Reflexiones sobre Feminismo y Derecho; p. 7, Recuperado de: www.flacso.org.ec/docs/fisuras.pdf

(CEPLAES), Centro de Estudios e Investigaciones Multidisciplinarias del Ecuador (CEIME) y Centro Integral de Atención a las Mujeres (CIAM).

Las experiencias de las Comisarías de la Mujer y la Familia en el Ecuador y aquellas recopiladas de países latinoamericanos, principalmente las revisiones y reformulaciones de las legislaciones de estos países, abrieron el camino para que nuestro país se empiecen las primeras discusiones para la expedición de una Ley que viabilice y garantice la protección a la mujeres y sancione la violencia a la mujer y la familia.

Así se empieza a impulsar una corriente muy fuerte nacional e internacional para que el Estado Ecuatoriano asuma compromisos orientados a eliminar y sancionar la Violencia de Género, hasta que se logra la suscripción de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer de Belem do Parà Brasil, que fue ratificada por el Ecuador el 30 de junio de 1995. Este instrumento se constituyó en el principal antecedente inmediato para la elaboración de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia.[5]

Con posterioridad, la Constitución de la República del Ecuador del 2008 recogió, muchas de las demandas de las mujeres, reconoce a la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar como una violación a los derechos humanos, establece la obligatoriedad del Estado de otorgar protección y atención emergente a las víctimas; y, de adoptar las medidas necesarias

[5] ALVAREZ E., Análisis y Crítica de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia; Cuenca, 2011; pp. 11-12.

para prevenir, eliminar y sancionar la violencia contra mujeres, niños/niñas, adolescentes y personas de las tercera edad.[6]

Desde el año 2009, CEPAM brinda servicios de atención integral: Servicio legal civil, donde se apoya a víctimas de violencia intrafamiliar y atiende casos de divorcios, pensiones alimenticias y el Servicio penal que brinda asesoría en delitos sexuales. También cuenta con el servicio psicológico y social, que trabaja de forma coordinada con los otros servicios, para dar una atención integral a las mujeres que deciden denunciar sus situaciones de violencia.[7]

Como ya se vio, la violencia es un fenómeno que existe desde las civilizaciones más antiguas, cuyos prejuicios e intereses desembocaron en la subcultura del sometimiento de la mujer y los hijos a la voluntad y capricho del jefe de familia.

Por tanto, es un fenómeno cultural, es decir, que se ha ejercido por costumbre y tradición, pero que es susceptible de poder modificarse.

Estos antecedentes históricos son necesarios por lo tanto para cualquier análisis o estudio en los cuales se pretenda explicar los factores de riesgo que posibilitan la violencia

[6] ALVAREZ E., Análisis y Crítica de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia; Cuenca, 2011; p.17.

[7] Centro Ecuatoriano Para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM); Quito. Recuperado de: http://www.cepam.org.ec/index.php

1.3.1. **Situación Actual de la Violencia.**

La violencia es un fenómeno que afecta a un gran número de personas quienes se ven dificultadas para desarrollar sus actividades diarias. En un ambiente de violencia como el actual en el país; ninguna persona está ajena a sufrir los efectos del mismo, basta observar los titulares de los principales medios de comunicación como para comprender el nivel de violencia que impera en la sociedad.[8]

Por otro lado, nos damos cuenta que nuestro país, carece de una estrategia de seguridad ciudadana; pues lo único que se ha desarrollado son propuestas aisladas que no abordan de manera sistemática y eficiente el conjunto de la violencia y la seguridad ciudadana.

1.4. VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Se denomina así a toda acción o conjunto de acciones realizadas "que utilizan abusivamente el poder para lograr dominio sobre una persona, forzándola y atentando contra su autonomía, integridad, dignidad o libertad". Así mismo se define a una mujer golpeada como "aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo". Definir la violencia doméstica en estos términos implica admitir que la mayor parte de los incidentes de violencia física y psicológica se dan en el marco de una de las relaciones

[8] Universidad Tecnológica De El Salvador; Capitulo II; Marco Teórico y Conceptual de Referencia; Antecedentes Históricos de Violencia; p. 16, Recuperado de: http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%202.pdf

que debería ser por definición la llamada a más protección y refugio, el matrimonio y el hogar. La realidad es que "es en el ambiente conyugal donde las mujeres están más expuestas a verse involucradas en la violencia, en carácter de víctima y no de agresoras. En la institución de la familia donde perdura el legado patriarcal a través de la continuación de la relación jerárquica entre hombres y mujeres, y que en el fondo posibilita conceptualmente la violencia."[9]

1.5. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

En una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia o solo alguno de ellos. No siempre se produce violencia física, pero a la física siempre le acompaña la violencia psicológica, y en los peores casos violencia sexual.

1.5.1. **Violencia física:** se refiere a cualquier conducta por parte del agresor, que implique: Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona, puede consistir en empujones, lanzamiento de objeto, apretones, arañazos, pellizcos, golpes, halarle el pelo, bofetadas, atacar con arma blancas o arma de fuego hasta llegar al punto de hospitalizar o causar la muerte.[10]

La violencia física por omisión, recogida en la tipología de la violencia que hace la Organización Mundial de la Salud OMS

[9] NUÑEZ M., Amores Que Matan; El Flagelo de la Violencia Contra la Mujer; Ecuador, 2003; p. 2.
[10] Capitulo II, Marco Referencial ;p. 16, Recuperado de: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016742/016742_Cap2.pdf

(Krug et al., 2002) como negligencia o de privación, se refiere a aquellos casos en los que el maltratador priva a su víctima de los cuidados pertinentes en caso de enfermedad o, de manera voluntaria, no le protege de situaciones que entrañan riesgo para su integridad física.

El maltrato físico es la forma más evidente de violencia doméstica y el más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal.

1.5.2. **Violencia psicológica:** se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización. Este tipo de maltrato se caracteriza por frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos o destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras) y por último, culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos.

1.5.3. **Violencia sexual:** está referido a la imposición forzada de relaciones sexuales o conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por la víctima.

Estos actos pueden ir desde una relación sexual no deseada, posturas, gestos, actos o formas de vestir, hasta abuso y violación con uso de fuerza física.

Insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales, trato como si la mujer fuera un objeto, venganza, chantaje y amenazas si no quiere tener relaciones sexuales.[11]

Es frecuente que el maltrato sexual sea minimizado por las mujeres, al creer que los hombres tienen unas necesidades que deben satisfacer a su manera (Torres y Espada, 1996). En consecuencia, no suele ser denunciado por las propias víctimas, que piensan que, aún sin desearlo, es un deber u obligación implicarse en este tipo de actos.[12]

1.5.4. **Violencia patrimonial:** son las acciones u omisiones encaminada a la destrucción de objetos o propiedades en el núcleo familiar de los que depende la existencia de la misma; la negación a cubrir cuotas alimenticias para las hijas (os) o gastos básicos para la sobrevivencia, es dirigida contra los bienes pertenencias de la persona a quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia.[13]

---

[11] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; p. 41.

[12] GRIJALBA E., UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica Con Trastorno De Estrés Postraumático: Validación Empírica De Un Programa De Tratamiento; Madrid, 2007; p. 9, Recuperado de: http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf

[13] Capitulo II, Marco Referencial ;p. 16, Disponible en: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016742/016742_Cap2.pdf

En ocasiones, el **maltrato social** y el **maltrato económico** se han considerado como dos categorías distintas, entendiéndose por maltrato social el aislamiento de la víctima de su entorno social, a través del control de sus relaciones familiares y de amistad, y por maltrato económico el control absoluto de los recursos materiales compartidos (dinero, bienes, valores). Sin embargo, se prefiere considerar estos dos tipos de violencia como subcategorías del maltrato psicológico, ya que ambas modalidades tienen como objetivo el control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000).[14]

1.6. CÓMO SE PRODUCE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

Cuando una mujer inicia una relación de pareja, con un hombre violento que también ha asumido e interiorizado el rol e identidad masculinos tradicionales, puede sentir e interpretar que el control de su pareja sobre su comportamiento, actividades, relaciones o incluso la manifestación de celos es amor.

La violencia puede iniciarse, por tanto, en el noviazgo y aumentar con la convivencia o después del matrimonio. El *hombre* que ha asumido los valores y la masculinidad tradicional siente que tiene derecho a ser cuidado y atendido, a ser complacido, a que la mujer esté a su disposición.

[14] GRIJALBA E., UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica Con Trastorno De Estrés Postraumático: Validación Empírica De Un Programa De Tratamiento; Madrid, 2007; p. 10. Recuperado de: Disponible en: http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf

La mujer siente que es su deber, su obligación, cuidarle, atenderle, estar disponible para él. Incluso al principio lo hace por su propio gusto, refuerza su autoestima y su autovaloración al sentir que está cumpliendo con el ideal de mujer que ha interiorizado como valioso. Pero a medida que la relación avanza, un hombre violento aumenta su control y utiliza, si hace falta, la violencia para conseguir más de ella. Quiere la total sumisión.

El hombre violento utiliza diversas tácticas que tratan de conseguir el control total sobre la mujer al causarle un estado de miedo, pánico, terror, sumisión, dependencia.

a) Aislamiento de toda relación social, de su entorno social, familiar, amistades. redes de apoyo, etc., para evitar que la mujer pueda tener otros criterios, comparar comportamientos, pedir y recibir ayuda. Para ello, desvaloriza a su familia, amistades o cualquier actividad que la mujer quiera emprender fuera de la casa con otras personas, la aísla controlando incluso sus salidas, actividades, relaciones, pudiendo llegara encerrarla.
b) La desvalorización personal: las humillaciones producen en la mujer baja autoestima, inseguridad, sentimientos de incapacidad, impotencia, el sentimiento de que sin él no podrá hacer nada.
c) Demandas triviales para polarizar su atención, impidiendo que pueda dedicar su energía a sus propios proyectos o a buscar salidas.
d) Pequeñas autorizaciones, que crean una gran dependencia emocional, al no tener la mujer otras fuentes de afecto y relación.

e) Mediante los golpes, amenazas, gritos, romper cosas, intimida a la víctima, crea un estado de pánico y terror.

f) Culpar a la mujer, minimizar la violencia, hacerse la víctima, provocar pena, chantajes emocionales que hacen dudar a la mujer de su responsabilidad y paralizan sus intentos de terminar con la relación.

1.6.1. **El ciclo de la violencia**

El ciclo de la violencia, descrito por la investigadora estadounidense Leonore Walker en 1979, explica y nos ayuda a entender cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja. Leonore trabajó en una casa refugio para mujeres maltratadas y observó que muchas mujeres describían un patrón muy parecido en el proceso de maltrato y que este tenía una forma cíclica, que se desarrollaba en tres fases: la fase de tensión, la fase de agresión y la fase de conciliación, arrepentimiento o de «luna de miel». Las cuales varían en tiempo e intensidad para cada pareja.

1. *La fase de tensión,* se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El hombre violento expresa hostilidad, pero no en forma explosiva.[15]

   La mujer presenta un comportamiento de negación y racionalización de lo ocurrido que se expresa en la justificación del comportamiento de su pareja, no se defiende, se muestra pasiva y casi convencida de

[15] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; P. 48.

que no existe salida por lo tanto no realiza ningún esfuerzo para cambiar su situación;[16] al contrario intenta calmar, complacer o, al menos, no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión.[17]

Durante esta etapa lo que no alcanzan a comprender la mayoría de las víctimas de violencia domestica que este es precisamente el efecto que el varón violento pretende lograr: manipular de tal modo a su víctima que ella llegue a sentir que aun la violencia es necesaria para mantener dicha relación.[18]

1.6.2. **Síntesis Comparativa entre Varón y Mujer**

Varón

Crece la ansiedad y la tensión, alberga sentimientos de superioridad, es evidente una baja autoestima, es sumamente perfeccionista respecto de lo que espera del rol de la mujer, está convencido que la agresión es una buena medida disciplinaria, tiene poco control de su tensión, se muestra egoísta en extremo y se mantiene en contacto con la familia.

Mujer

Crece la ansiedad en forma pasiva, alberga sentimientos de impotencia, baja autoestima, toda su energía va dirigida a prevenir situaciones que

[16] El Ciclo de la Violencia en la Pareja; Anexo Nº 1; p. 1. Recuperado de: http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VIF.pdf
[17] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; p. 48.
[18] NUÑEZ M., Amores Que Matan; El Flagelo de la Violencia Contra la Mujer; Ecuador, 2003; p. 40.

puedan aumentar la tensión, crea mecanismos de negación que tienden a justificar o racionalizar la agresión, desarrolla mecanismos para resistir la tensión, gran inseguridad personal y se encuentra aislada socialmente.

2. Fase de agresión, (también llamada "episodio agudo") viene inmediatamente después de la tensión,[19] en la que estalla la violencia psíquica, física y/o sexual.[20] En esta fase ambos operan con una pérdida de control y con gran nivel de destructividad de parte del hombre hacia la mujer, donde el primero comienza por querer enseñarle una lección a su mujer, sin intención de causarle daño y se detiene solamente cuando piensa que ella aprendió la lección. Ella es golpeada y experimenta incertidumbre acerca de lo que sobrevendrá; enfrenta de forma anticipada la casi certeza de que será golpeada gravemente por lo que cualquier acto o palabra que ella realice para tratar de detener el incidente agudo y como una forma de salir de la angustia que sobreviene ante lo incierto de la relación, tiene efecto de provocación sobre la agresividad del hombre.

   Esta disociación va acompañada de un sentimiento de incredulidad sobre lo que está sucediendo, el miedo le provoca un colapso emocional que la lleva a paralizarse por lo menos las primeras 24 horas dejando pasar varios días antes de decidirse a buscar ayuda. Ante lo impredecible del momento, a veces suele darse un distanciamiento de la pareja que puede llevar a la mujer a buscar

[19] NUÑEZ M., Amores Que Matan; El Flagelo de la Violencia Contra la Mujer; Ecuador, 2003; p. 40.
[20] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; p. 48.

ayuda profesional, irse de la casa, aislarse más o en algunos casos cometer homicidio o suicidarse. En otras ocasiones es su misma pareja quien le cura las lesiones o la lleva al hospital reportando ambos la causa de las lesiones como un "accidente doméstico".[21]

1.6.3. **Síntesis Comparativa entre Varón y Mujer**

Varón

No siente culpa emocional, sostiene que solo con su actitud lograra mantener, unida a la familia, descarga toda su violencia sin control, se ciega de manera incontrolable, su ira es irrefrenable, su furia se desata en el momento menos esperado y ante situaciones no provocadas, pierde percepción de las consecuencias de la violencia que ejerce.

Mujer

Siente culpa, llega a creer que su conducta ha sido provocadora, cree que aceptando la violencia lograra algún día encontrar solución a sus problemas, no pone resistencia. Llega a creer que hacerlo es peor, tiene un miedo paranoico irracional e incontrolable, trata de controlar el cuándo y el dónde se ha de dar el incidente violento, aunque la mayoría de las veces no le resulte, pierde la percepción del riesgo que corre.

3. Fase de conciliación o «luna de miel», en la que el hombre violento se arrepiente, pide perdón, le hace promesas de cambio o le hace

[21] El Ciclo de la Violencia en la Pareja; Anexo Nº 1; p. 2. Recuperado de: http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VIF.pdf

regalos;[22] inclusive en la mente de muchos varones violentos y de algunas mujeres que se han dejado manipular por la violencia, suponen que los problemas de maltrato se solucionan al tener relaciones sexuales después de un incidente; considerando que va a restaurar el pacto matrimonial que ha roto con su acción violenta. No obstante lo único que está haciendo es reiniciando el proceso.

Es probable que en esta etapa le permita a la víctima ver el «lado bueno» de su pareja, fomentando la esperanza de que puede llegar a cambiar, ya que realiza promesas de someterse a alguna terapia o haga ofrecimientos en relación a cambios que quiere introducir a su vida.[23]

1.6.4. **Síntesis Comparativa entre Varón y Mujer**

Varón

Muestra arrepentimiento. Parece sincero, busca tener relaciones sexuales para arreglar la situación violenta, promete todo, da muestras de querer cambiar, manifiesta un gran miedo a perder a la familia, manipula afectivamente.

Mujer

Empieza a albergar esperanzas de que puede haber un cambio, a menudo se siente usada y siente que la relación no arregla nada, en muchas

[22] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; p. 48.
[23] NUÑEZ M., Amores Que Matan; El Flagelo de la Violencia Contra la Mujer; Ecuador, 2003; pág. 42.

ocasiones cree, porque quiere creer, en ese contexto ella se siente capaz de aceptar todo, se siente madre con un niño al que debe proteger, no se da cuenta de que es manipulada.

EL ciclo de la violencia explica por qué algunas mujeres retiran su denuncia, que interponen en la fase de agresión, al encontrarse un hombre que se arrepiente, promete cambiar y que está en plena fase de «luna de miel». También explica por qué las mujeres, después de verbalizar que están sufriendo violencia o de iniciar la toma de decisiones para terminar con la relación, le disculpan, minimizan su comportamiento violento o lo justifican, volviendo de nuevo a la situación anterior.

Con el tiempo, la fase de agresión se repite más a menudo o se está todo el tiempo entre la tensión y la agresión, sin apenas «fase de conciliación». Cuando esto sucede, es cuando muchas mujeres deciden pedir ayuda. A veces, hasta llegar a este momento, han pasado muchos años.[24]

Lo lamentable del ciclo de la violencia es que sigue un patrón repetitivo y a medida que las situaciones de violencia se suceden el ciclo se hace más rutinario, las etapas más cortas y la violencia más intensa.[25]

1.7. Agresor

El agresor es alguien que mantiene o ha mantenido una relación afectiva de pareja con la víctima.

La persona violenta no es exclusiva de una determinada clase social,

[24] RUIZ C., QUEMADA J., BLANCA P.; LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES; Prevención y Detección; España, 2005; pág. 48.
[25] NUÑEZ M., Amores Que Matan; El Flagelo de la Violencia Contra la Mujer; Ecuador, 2003; pág. 43.

puede existir en cualquier ciudad y lugar.

Los estudios realizados demuestran que existen ciertas peculiaridades, vivencias y situaciones específicas comunes a la mayoría de ellos; en este sentido se han dirigido en diferentes direcciones y han puesto de manifiesto algunas características generales. Entre ellas destaca el hecho de que, el factor de riesgo más importante es haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o adolescencia, y que entre las razones y motivaciones existentes en este tipo de hechos están la necesidad de control o de dominar a la mujer, sentimientos de poder frente a la mujer y la consideración de la independencia de la mujer como una pérdida de control del hombre.

Con frecuencia los hombres atribuyen las agresiones hacia sus parejas al hecho de no haber desempeñado correctamente sus obligaciones de buenas esposas.[26]

Lo han experimentado como sistema de poder, aprendiendo que ejerciéndolo en el hogar, obtienen la máxima autoridad y consiguen lo que quieren. El hombre violento es el resultado de un sistema social que ofrece los ingredientes para alimentar esta forma de actuar. Aspira a ejercer un poder y control absolutos sobre su pareja en lo que hace y en sus pensamientos y sentimientos más íntimos. Consideran a su pareja como una posesión que tienen derecho a controlar toda su vida.

La gratificación obtenida al establecer el control por medio de la violencia

[26] CABANILLA M., Efectos Psicológicos En Mujeres De 25 A 40 Años De Edad Víctimas De Violencia Sexual Por Parte De Sus Cónyuges, Usuarias De La Fundación María Guare; Guayaquil, 2011; pág. 18.

también puede reforzar a los agresores y hacerlos persistir en esta actitud.

Los hombres maltratadores suelen tener una imagen muy negativa de sí mismos, provocando esto una baja autoestima, sintiéndose por esto fracasados como persona, y consecuentemente actuando de forma amenazante y omnipotente y reforzándose así con cada acto de violencia.[27]

1.7.1. **Características del agresor:**

Dentro de las principales características se encuentran: baja autoestima, dominio sobre su víctima, aislamiento social, rigidez de pensamiento, dificultad para controlar sus impulsos, niega y minimiza la violencia, desautoriza a su pareja ante los/as hijos/a, dificultad para resolver conflictos, se adhiere fácilmente a los estereotipos masculinos, no expresa sus emociones adecuadamente, utiliza la agresividad para conseguir sus logros, conductas disociadas expuestas socialmente, son personas muy agradable ante los demás, esto hace que se dude de la víctima, poseen con una marcada mezcla de amor y temor a la pareja, muy ajustado a los roles tradicionales, no le gusta el cambio, más bien le teme, siempre busca la culpa en la otra persona y trata de justificar su conducta.

1.8. Victima

En este tipo de hechos la víctima presenta una serie de características que hacen pensar que gran parte de la situación viene condicionada por ella.

[27] LOPEZ E., La Figura Del Agresor En La Violencia De Género: La Figura Del Agresor En La Violencia De Género: Características Personales E Intervención; Papeles del Psicólogo; Septiembre 2004. Recuperado de: http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1160

La violencia se establece progresivamente en la pareja. La mujer se deja maltratar, en algunos casos, 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. La principal razón que demora o impide el abandono de la víctima es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica, el miedo a perder los hijos, o debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si le dices algo a la policía te mato".

La mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia efectiva ("¡Qué bueno es él cuando no me golpea!"); su autoestima disminuye notablemente hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes. Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, que según algunos clínicos especulan que incluso.[28] Puede ser debido a una ausencia de oportunidad para desarrollar mecanismos de protección adecuados combinado con otros efectos postraumáticos, tales como la dificultad de análisis de la situación o de las personas con relación al peligro, el fatalismo relacionado a la depresión o la sensación de incapacidad y desamparo.

También puede deberse a respuestas alteradas por la amenaza de peligro que van desde la negación y aturdimiento psíquico hasta la disociación.[29]

---

[29] CABANILLA M., Efectos Psicológicos En Mujeres De 25 A 40 Años De Edad Víctimas De Violencia Sexual Por Parte De Sus Cónyuges, Usuarias De La Fundación María Guare; Guayaquil, 2011; p.22.

1.8.1. **Características de la víctima:**

La victima presenta baja autoestima, cuadros depresivos, riesgo de adquirir algún tipo de adicción, teme al estigma del divorcio, falta de control sobre su vida, se siente totalmente dependiente, confundida, siente miedo de comunicar su problema, sensación de aislamiento e indefensión, sentido de culpabilidad y justifica el "castigo", acepta la responsabilidad de las agresiones, mantiene la esperanza que su pareja va a cambiar, alteración conductual de hiperactividad o paralización, dificultad de recibir las respuestas e integrar la información, dificultad de concentrarse y responder adecuadamente o focalizar su atención, estado emocional agudo, temeroso, percibe un ambiente peligroso, es ambivalente (una parte de ella quiere salir de la situación y por otro lado se siente ligada a la pareja), presenta problemas de salud recurrentes: somatizaciones, dolores de cabeza, problemas de sueño, agotamiento, problemas de salud mental.[30]

1.9. CAUSAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

No existe ningún elemento que pueda, de por sí solo, explicar las violencias cometidas contra las mujeres.

Varios factores sociales y culturales, complejos y vinculados entre sí, a menudo institucionalizados, han mantenido a las mujeres en una posición de particular vulnerabilidad frente a las violencias dirigidas contra ellas, y todos ellos constituyen una manifestación de las relaciones de poder

[30] Perfil Víctima y Agresor, Recuperado de: http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html

históricamente desiguales entre el hombre y la mujer.[31]

Desde muy temprano, se configura al hombre como privilegiado, como poderoso. A la mujer se le configura socialmente como delicada, débil, que necesita protección. Esta forma diferente de educar a los hijos e hijas, a la larga configura la personalidad tanto el hombre como de la mujer, formando dos polos opuestos, diferentes, pero cuya diferencia se encuentra en una construcción social y no en aspectos biológicos o naturales. De ahí nace la falsa creencia de parte del hombre de su superioridad respecto de la mujer, y, de la obediencia de ésta hacia él. Al no existir esa obediencia, entonces se desencadena la violencia.

Los factores que influyen en estas relaciones desequilibradas de poder comprenden: los mecanismos socioeconómicos; la institución de la familia, en la cual encuentran expresión, precisamente, dichas relaciones de poder; el temor de la sexualidad femenina y el control que se ejerce sobre ella; la creencia en la superioridad innata del varón; y las sanciones legales y culturales que tradicionalmente niegan a mujeres y niños una condición de independencia legal y social. La carencia de recursos económicos es la base en que se asientan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia y las dificultades en que ellas se encuentran para poder librarse de una relación violenta. Los lazos que existen entre la violencia y la falta de recursos económicos, que implica dependencia, forman un círculo vicioso. Por un lado, las amenazas de violencias y el terror de padecerlas

[31] Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); LA VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA MUJERES Y NIÑAS; Florencia-Italia, 2000; p. 7. Recuperado de: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf

impiden a la mujer buscar empleo o, en el mejor de los casos, la obligan aceptar tareas mal pagadas y desenvueltas a domicilio, en las cuales se las explota. Y por otro, sin conseguir la independencia económica, la mujer no tiene la posibilidad de escapar a los abusos sufridos dentro de la relación. Situación que es debida además a la falta de comprensión existente entre las parejas.

En ciertos países también puede valer el contrario de este argumento; es decir, que la creciente importancia de las actividades remunerativas y de la independencia económica de las mujeres se percibe como una amenaza que, a su vez, lleva a un aumento de las violencias por parte de los hombres. Esto se verifica particularmente cuando el compañero de sexo masculino está desempleado y siente que su autoridad dentro del hogar está en peligro.

Los estudios han puesto al descubierto asimismo un vínculo entre el incremento de la violencia y la desestabilización de las estructuras económicas dentro de la sociedad.

Estos factores influyen también indirectamente en el aumento de la vulnerabilidad de la mujer, al favorecer los comportamientos riesgosos y provocar un mayor abuso de alcohol y drogas, el desmantelamiento de las redes de asistencia social y una mayor dependencia económica de la mujer en relación al hombre.

Por otra parte, en muchas sociedades la sexualidad de la mujer está ligada a la noción de honor familiar. Las normas tradicionales vigentes en dichas

sociedades permiten que se mate a las hijas, hermanas y esposas "descarriadas", sospechadas de haber manchado el honor de la familia por haberse entregado a relaciones sexuales prohibidas, o por haberse casado o divorciado sin la autorización de la familia. Siguiendo el mismo razonamiento, el honor de una sociedad o de un grupo étnico enemigos puede ser ultrajado mediante actos de violencia cometidos contra sus mujeres.

Se ha constatado que ciertas experiencias vividas en la infancia, como por ejemplo el haber presenciado violencias domésticas o el haber sufrido abusos físicos y sexuales, son factores de riesgo para los niños. Por haber sido testigos de tales modelos de conducta, los niños pueden aprender que la violencia es un modo de resolver conflictos y de afirmar la propia virilidad. Ese aprendizaje negativo se arraiga totalmente en las personas y por lo tanto es transmisible en las siguientes generaciones.

También se ha notado que el consumo excesivo de alcohol y otros estupefacientes constituye un factor desencadenante de comportamientos agresivos y violentos de los hombres contra las mujeres y los niños.

Otra causa de la violencia son los medios de comunicación: En la televisión la violencia es glorificada, y los estereotipos que nos presentan son de violencia sexual.[32] Se sabe que el aislamiento de las mujeres dentro de sus familias o comunidades contribuye al aumento de la violencia, especialmente si dichas mujeres tienen escasas posibilidades de ponerse

[32] La Violencia Interpersonal; Causas de Violencia; Recuperado de: http://viomancora.wordpress.com/causa-de-violencia/

en contacto con las organizaciones familiares o locales.

En todo caso, el fenómeno de la violencia contra las mujeres sigue agravándose en numerosos países a causa de la legislación, la aplicación de las leyes y el sistema jurídico, que no reconocen que la violencia doméstica constituye un delito.[33]

1.10. CONSECUENCIAS DE VIOLENCIA

Las consecuencias alcanzan no sólo a la misma mujer, sino a sus hijos e hijas, al cónyuge y a la sociedad en general. Afecta la salud física, mental y social de la mujer. Los hijos de mujeres maltratadas suelen presentar trastornos emocionales y de conducta, aprenden a aceptar la violencia o a cometer actos cuando son víctimas ellos mismos del agresor. Por otro lado el hombre golpeador puede resultar herido o muerto si la mujer toma represalia o decide defenderse, pierde el amor de la esposa o compañera y se expone a perder toda su familia, deteriora su autoestima y tiene sentimientos de culpabilidad, que muchas veces trata de revertir tornándose violento a nivel estructural de la sociedad, una consecuencia estructural es la reproducción de modelo familiar con dominación masculina, que reduce a la mujer a un nivel inferior de sumisión y subordinación al hombre en el ámbito económico, psicológico, social y político.[34]

Los resultados de las principales investigaciones llevadas a cabo sobre el

[33] Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); LA VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA MUJERES Y NIÑAS; Florencia-Italia, 2000; p. 8. Recuperado de: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf

[34] Capitulo II, Marco Referencial; p.p. 18-19. Recuperado de: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016742/016742_Cap2.pdf

tema en los últimos veinte años pueden resumirse en el siguiente cuadro:[35]

Ámbito	**Consecuencias de la violencia en el ámbito familiar**
Trabajo	a) Incremento del ausentismo laboral b) Disminución del rendimiento laboral.
Educación	a) Aumento del ausentismo escolar. b) Aumento de la deserción escolar. c) Trastornos de conducta y del aprendizaje. d) Violencia en el ámbito escolar.
Salud	a) Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etcétera). b) Consecuencias para salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos,

[35] CORSI J., MALTRATO Y ABUSO EN EL AMBITO DOMESTICO; Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares; Buenos Aires-Argentina, 2006; p.p. 30-31.

	etcétera). c) Trastornos del desarrollo físico y psicológico. d) Consecuencias letales (suicidio, homicidio).
Social	a) Fuga del hogar. b) Embarazo adolescente. c) Niños en situación de riesgo social (niños en la calle). d) Conducta de riesgo para terceros. e) Prostitución.
Seguridad	a) Violencia social. b) Violencia juvenil. c) Conductas antisociales. d) Homicidios y lesiones dentro de la familia. e) Delitos sexuales.
Economía	a) Incremento del gasto en los sectores Salud, Educación, Seguridad, Justicia. b) Disminución de la producción.

CAPITULO II

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA

2.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud OMS considera el maltrato como uno de los mayores asuntos de salud y de derechos humanos. En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) se resumen sus principales consecuencias psicológicas: Depresión, insomnio, irritabilidad, baja autoestima, ansiedad o angustia, ganas de llorar sin motivo, suicidio o ideación suicida, trastornos psicosomáticos, abuso de alcohol y drogas, fobias y trastorno de pánico, cambios del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático, conductas autolíticas y autodestructivas, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, trastornos de la conducta alimentaria y del sueño.[36]

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1 Definición

La depresión es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, de la

[36] Consecuencias Físicas y Psicológicas de la Violencia Contra la Mujer; Recuperado de: http://empoderarmujeres.blogspot.com/2010/11/consecuencias-de-la-violencia-de-genero.html

voluntad y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

2.2.2 Síntomas

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. Pues varía su gravedad, frecuencia, y duración pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Los principales síntomas son: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento[37]

2.2.3. Consecuencias

Las consecuencias de la depresión son muy importantes y afectan a nivel personal, familiar y social; debido a la sintomatología que presenta. Si la

[37] National Institute of Health; Que es la Depresión, Recuperado de: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml

enfermedad no es tratada correctamente puede provocar intentos y suicidio.

Otra de las graves consecuencias de la depresión es el alejamiento progresivo de la familia y los amigos. Esto conlleva a la persona a sentirse inútil y desesperanzada. Llega a pensar que nadie la puede ayudar. .

2.3. ANSIEDAD

2.3.1. Definición

Se define como “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto”. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno.

A continuación se muestran tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas:

1. *Área cognitiva.*- temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.
2. *Área conductual o relacional*.- irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.
3. *Área somática*. - Hiperactivación vegetativa.

Estas tres áreas de respuesta no se activan de la misma manera en todos los sujetos; es más, tampoco tienen que hacerlo necesariamente en el

mismo sujeto. Es decir, nos podemos encontrar con sujetos que presentan más repercusión de la ansiedad en una área que en otra.[38]

Todos en algún momento de nuestras vidas experimentamos ansiedad o estrés, por diversas situaciones como, por ejemplo, cumplir plazos de entrega ajustados, obligaciones sociales importantes o conducir con mucho tránsito. Esta ansiedad leve puede ayudar a mantenerlo alerta y concentrado para enfrentarse a situaciones amenazadoras o difíciles.

Pero las personas que sienten temor extremo y preocupaciones que perduran pueden estar lidiando con trastornos de ansiedad. La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e interfiere con actividades diarias.

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes; es más frecuente en mujeres y está relacionado con el estrés ambiental crónico. En personas de mayor edad existe una mayor prevalencia de ansiedad grave.[39]

2.3.2. Síntomas

1. A nivel cognitivo-subjetivo se presentan los siguientes síntomas: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras

[38] ADOLFO J., Psicopatología; Editorial UOC. Barcelona, 2006; p. 120.
[39] MARTIN E., Ansiedad; Recuperado de: http://www.webconsultas.com/ansiedad/ansiedad-398

dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

2. *A nivel fisiológico se encuentran los siguientes síntomas*: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, dificultades respiratorias, sequedad de la boca, dificultad para tragar, cefalea, mareo, nauseas, etc.

3. *A nivel motor u observable presenta:* evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.[40]

2.3.3. Consecuencias

Las consecuencias que puede presentar la ansiedad, pueden variar en función del tiempo e intensidad de los síntomas, así como la predisposición o no del afectado aceptar que tiene un problema y a acudir a un especialista para ser tratado. Si el individuo se niega a reconocer que sufre dicho problema o prefiere restarle importancia, a la larga las consecuencias pueden ser devastadoras tanto física como psicológicamente.

Frecuentemente en etapas de ansiedad, el individuo suele rechazar las sugerencias de los amigos, familiares y seres más cercanos cuando es justo la reacción a la que sería deseada. La ansiedad no controlada a

[40] Sociedad Española Para el Estudio de Ansiedad y Estrés (SEAS); Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/sintomas.htm

tiempo y tratada por un especialista puede acabar desembocando en un trastorno depresivo. Los cuadros clínicos de la ansiedad y de la depresión se solapan en una gran parte de los casos, y de hecho tres de cada cuatro casos de depresión presentan también síntomas de ansiedad. El individuo puede empezar por presentar pérdida del apetito, empezarse a mostrar reacio a la actividad y a salir fuera de casa, escaso apetito sexual o cambios bruscos de humor y pronto puede verse inmerso en una depresión como consecuencia última de no haber tratado su ansiedad a tiempo.[41]

2.4. TRASTORNO DE PÁNICO

2.4.1. Definición

El llamado ataque de pánico o trastorno de pánico consiste en la aparición repentina, abrupta e inesperada de síntomas físicos cognitivos y conductuales de una duración breve de hasta una hora con un pico máximo a los 10 minutos

El síntoma básico de este trastorno es el ataque de pánico. Se trata de un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, de breve duración y carácter espontaneo, no ligado a sucesos claramente identificables. Los síntomas característicos están constituidos por combinaciones variadas de sentimientos de prensión, miedo o terror, junto a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios, hasta molestias abdominales, pasando por sensaciones de mareo, sudoración, temblor,

[41] Consecuencias de la Ansiedad; Recuperado de:http://ansiedad.comocombatir.com/consecuencias-de-la-ansiedad.html

hormigueos y escalofríos. En algunos casos el paciente refiere sentimientos de extrañeza referidos a sí mismos o a su entorno (Chappa, 2006).[42]

Estos síntomas van acompañados generalmente de miedo intenso a perder el control, a morir o a enloquecer. Una persona puede tener un ataque de pánico o varios con frecuencias variables.

Cuando la persona presenta varios ataques espontáneos, inesperados y recurrentes, entonces está sufriendo un Trastorno de Pánico.

El desarrollo del trastorno de pánico tiene sus orígenes en la experiencia del ataque de pánico inicial espontáneo. A medida que se hacen más frecuentes y recurrentes, el paciente desarrolla una preocupación intensa acerca de la ocurrencia y consecuencia de futuros ataques. Este temor se llama ansiedad anticipatoria.

2.4.2. Síntomas

Las personas que presentan esta patología muestran los siguientes síntomas: falta de aire, ahogo, palpitaciones, taquicardia, dolor en el pecho, molestias abdominales, nausea, mareo, temblor, escalofríos u oleadas de calor, sudoración, hormigueo o entumecimiento, irrealidad del entorno o de uno mismo, miedo intenso a perder el control, a morir o a enloquecer.

[42] MILOS D., FACTORES POTENCIALES DE RIESGO PARA SINDROME DE PÁNICO; Estudio Transversal para una Muestra de Atención Primaria; Granada-España, 2010; pp. 27-28. Recuperado de: http://hera.ugr.es/tesisugr/18838650.pdf

2.4.3. Consecuencias

La consecuencia de esta preocupación persistente es una tendencia a evitar situaciones en las que el paciente las valora como relacionadas a ataques previos o futuros. Un factor primordial en esta conducta evitativa es la creencia de que escapar de estas situaciones será difícil o vergonzoso; piensan además que escapar a las situaciones será difícil. Esta conducta puede agravarse y generalizarse a múltiples situaciones que llevan al paciente a aislarse, incapacitándolo a salir o haciendo necesario el acompañamiento permanente de alguien que le brinde reaseguro. Esta forma de conducta evitativa severa se llama agorafobia. Si bien la agorafobia aparece asociada a los ataques de pánico, pueden existir las crisis sin agorafobia y, aunque con mucha menor frecuencia, agorafobia no asociada a ataques de pánico".[43]

2.5. FOBIA

2.5.1. Definición

La Fobia se define como un miedo intenso, específico e irracional a objetos y situaciones concretas, estas, por lo tanto, consisten en un proceso de transformación de un miedo en una angustia exagerada e irracional, siendo ésta la primera sensación que el sujeto experimenta frente al elemento fóbico.

Las Fobias se caracterizan porque el miedo que anteriormente era normal y

[43] ATAQUES DE PÁNICO Y FOBIAS | El miedo repentino que paraliza; Buenos Aires, 2013; Recuperado de: http://www.sentirypensar.com.ar/nota324.html

generalizado, ahora se concentra en una sola situación, por lo que son mucho más intensas y específicas. Por lo general se clasifican en dos tipos: fobias sociales y las específicas; las primeras consideran situaciones que involucren relaciones inter e intrapersonales, y todas aquellas fobias que tengan que ver con interacciones con la sociedad. Las segundas, en tanto, se refieren a objetos, elementos o situaciones, no sociales, como por ejemplo el miedo a la noche, al encierro, etc.

2.5.2. Síntomas

El principal síntoma es la angustia, posteriormente empiezan las palpitaciones, temblores incontrolables, la sensación de muerte inminente, incluso de locura. Presenta sudoración, puede sentir punzadas en el estómago o se distorsionen sus sentidos y se sufra vértigo. También hay dificultades para respirar.

Posteriormente el paciente presenta limitaciones, barreras autoimpuestas por él, que pueden llegar a situaciones ilógicas basadas en la idea de que para evitar aquello que produce un miedo incontrolable, basta con no salir de la casa.

La fobia, que siempre varía en intensidad dependiendo de quien la padezca, obliga al enfermo a depender de un ambiente que él mismo ha creado y donde se siente cómodo. Por lo general, depende de una persona, el acompañante fóbico. Con ella establece una relación de dependencia que puede llegar a afectar a su vida sentimental y familiar. A

la larga, el acompañante fóbico suele pensar que su pareja le hace la vida imposible. El fóbico siempre duda de sí mismo, de su propia capacidad de hacer las cosas. La duda acaba por extenderse a todo.[44]

2.5.3. Consecuencias

Además de los síntomas negativos que padecen las personas con fobia en el momento en el que se ven enfrentados a una situación temida, este trastorno va provocando graves consecuencias en la vida cotidiana de los afectados, de manera que, poco a poco, van restringiéndose sus contactos con los demás y sus actividades diarias. Algunas de las consecuencias más importantes son las siguientes:

Aislamiento: La fobia va haciéndose más fuerte con el tiempo, con lo que los síntomas van haciéndose cada vez más intolerables. Por ello, la persona llega hasta el punto de aislarse socialmente y recluirse en casa o incluso en su propia habitación.

Depresión: El aislamiento y la sensación de incapacidad para luchar contra esta fobia, a pesar de saber que es exagerada e ilógica, hacen que la persona se sienta incapaz, que su autoestima se reduzca, que restrinja las actividades que podrían resultarle agradables. Esta situación va haciendo que la persona se culpe, se siente inferior y se deprima.

Abuso de sustancias: Las personas con fobia se sienten liberadas de su ansiedad mediante el consumo de alcohol y drogas.

[44] GONZALES L., TRASTORNOS MNETALES: FOBIA, PANICO Y MIEDO; Chile, 2006. Recuperado de: http://www.slideshare.net/gunthergretchen/psicologa-las-diferencias-entre-pnico-fobiamiedo

Problemas de pareja: Esta situación, en la que vas a ser juzgado por la otra persona, les genera una gran tensión; lo que reduce aún más su autoestima y su confianza en sí mismos.

Otros problemas asociados: Dependiendo de los casos, algunas personas pueden presentar problemas asociados a su fobia como la ira y la agresividad, ya sea enfocada a los seres cercanos que le rodean o hacia sí mismos. En casos graves pueden autolesionarse o tener ideaciones suicidas.[45]

2.6. INSOMNIO

2.6.1. Definición

El insomnio es un trastorno que consiste en la incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido. En los pacientes que lo sufren, la duración y la calidad del sueño es baja e interfiere en su vida cotidiana. Este trastorno se manifiesta con una dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo o mediante un despertar final adelantado.[46]

El insomnio puede ser agudo (de corta duración) o crónico (constante). El insomnio agudo es común y a menudo se debe a situaciones como estrés en el trabajo, presiones en la familia o situaciones traumáticas. Dura días o semanas.

---

[45] Fobias y Como Superarlas; Octubre, 2011; Recuperado de: http://www.fobias.org/fobia-social/consecuencias/

[46] Enfermedades: Insomnio; Recuperado de: http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/insomnio

El insomnio crónico dura un mes o más. La mayoría de los casos de insomnio crónico son secundarios. Ciertos problemas de salud, algunas medicinas, los trastornos del sueño y otras sustancias pueden causar insomnio secundario.

En cambio, el insomnio primario no se debe a problemas médicos, medicinas u otras sustancias, sino que es un trastorno independiente y su causa no se conoce bien. Varias circunstancias de la vida pueden provocar insomnio primario, entre ellas el estrés prolongado y las alteraciones del estado emocional.[47]

2.6.2. Síntomas

Las quejas o síntomas más comunes de las personas con insomnio son: dificultad para dormir, sueño ligero e irregular, despertarse durante la noche, problemas para recuperar el sueño, no poder dormir más de 3 ó 4 horas, pesadillas, pensamientos sombríos, no se siente renovado al despertar al contrario siente cansancio e incluso puede quedarse dormido durante el día.[48]

2.6.3. Consecuencias

La falta de sueño sosegado puede afectar su capacidad para realizar las actividades diarias porque está cansado o tiene dificultad para

[47] National Heart, Lung, and Blood Institute; Que es el Insomnio; Recuperado de: http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/inso/

[48] INSOMNIO – Definición y Síntomas, Recuperado de: http://salud.kioskea.net/faq/2559-insomnio-definicion-y-sintomas

concentrarse. Las principales consecuencias son: sensación de fatiga al despertar (sueño no reparador), somnolencia durante el día, trastornos de la atención y de la memoria, entumecimiento en algunas partes del cuerpo, dificultades para mantenerse concentrado durante el día, sensación de sueño, bostezos, irritabilidad, angustia, sensación de cansancio durante todo el día, y puede darse una depresión.

2.7. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO

2.7.1. Definición

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas. Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares (Conejero, de-Rivera, Páez & Jiménez, 2004), pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a experimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback). Estos procesos cognitivos disminuyen la capacidad de

concentración, memoria, toma de decisiones, y producen reacciones emocionales muy fuertes, con intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. (Dongil, 2008).[49]

2.7.2. Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

1. *"Reviviscencia" repetitiva del hecho, lo cual perturba las actividades diarias*: episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez; recuerdos reiterativos y angustiantes

[49] DONGIL E., Sociedad Española Para el Estudio de Ansiedad y Estrés (SEAS); Trastorno de Estrés Postraumático; Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm

del hecho; pesadillas repetitivas del hecho; reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

2. *Evasión:* insensibilidad" emocional o sentirse como si no le importara nada; sentirse despreocupado; no poder recordar aspectos importantes del trauma; falta de interés en las actividades normales; mostrar menos expresión de estados de ánimo; evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho; sensación de tener un futuro incierto.

3. *Excitación:* dificultad para concentrarse; sobresaltarse fácilmente; tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto; sentirse más alerta (hipervigilancia); irritable o tener ataques de ira; tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

También pueden presentarse sentimientos de culpa acerca del hecho (incluyendo "culpa del sobreviviente"); entro otros tener síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión como los siguientes: agitación o excitabilidad, mareo, desmayo, sensación de latidos del corazón en el pecho, dolor de cabeza[50]

2.7.3. Consecuencias

El individuo que sufre Trastorno por estrés Post Traumático, pierde significativamente el interés por participar en actividades que antes le parecían gratas, se aleja de los demás, pierde la capacidad de expresar sus sentimientos y experimenta desesperanza respecto al futuro.

[50] Trastorno de Estrés Postraumático; Recuperado de: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm

Algunas personas experimentan secuelas emocionales semanas o meses después de haber estado expuestos a un suceso traumático. Otras pueden experimentar estas reacciones mientras todavía se hallan en el lugar de los hechos, cuando deberían concentrarse en los peligros que cambian continuamente a fin de velar por su propia seguridad y rescatar a los heridos. Dentro de las consecuencias que se presentan están:

a) *A nivel físico*: dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, shock, náuseas/vómitos, mareo, sudoración excesiva, aceleración del ritmo cardíaco, sed, dolor de cabeza, alteraciones visuales, espasmos de la mandíbula, dolores difusos.
b) *A nivel cognoscitivo*: confusión, pesadillas, desorientación, aumento o disminución del estado de alerta, concentración deficiente, trastornos de la memoria, dificultad para resolver problemas e identificar objetos conocidos.
c) A nivel emocional: ansiedad, culpa, aflicción, negación, miedo, pérdida de control emocional, irritabilidad, depresión, sentimientos de fracaso, culpabilidad.
d) A nivel conductual: pérdida o aumento temporal del apetito, consumo excesivo de alcohol, incapacidad de descansar, intranquilidad, cambios en la conducta sexual, ira intensa, aislamiento, estallidos emocionales.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar

pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencias) o tornarse muy perturbado durante los aniversarios del evento.[51]

2.8. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

2.8.1. Definición

El trastorno de somatización (llamado antiguamente "histeria crónica" o "síndrome de Briquet") es una afección crónica en la cual la persona presenta síntomas físicos que involucran más de una parte del cuerpo, pero que no tienen un origen físico identificable .Sin embargo, el dolor y otros síntomas que las personas experimentan son reales y no son creados ni simulados.

Una explicación etiológica común es que conflictos psicológicos internos son expresados como signos físicos.

Los pacientes con desorden de somatización por lo general visitarán muchos doctores intentando obtener el tratamiento que imaginan necesitar.

2.8.2. Síntomas

Las personas con el trastorno de somatización se quejan de muchas enfermedades físicas que involucran muchas partes diferentes del cuerpo. Un diagnóstico de somatización requiere experimentar una variedad de

[51] GONZALES M., Estrés Postraumático, Recuperado de: http://www.monografias.com/trabajos62/estres-postraumatico/estres-postraumatico2.shtml#ixzz2iYhpBzuS

síntomas (al menos tres) durante una cantidad de tiempo considerable (causando sufrimiento por lo menos dos años).[52]

Los ***síntomas físicos*** son un modo de pedir ayuda y atención. La intensidad y persistencia de los síntomas reflejan el intenso deseo de la persona de ser atendida en cada uno de los aspectos de su vida. Los síntomas también parecen servir a otros propósitos, como permitir que la persona eluda las responsabilidades de la vida adulta. Los síntomas incluyen (por lo menos durante 2 años): Dolores de cabeza, Dolores de espalda, Dolor articular, Dolor de pecho, Latidos cardíacos irregulares, Dolor en brazos o en piernas, Dolor en la vagina o en el pene durante las relaciones sexuales, Dolor al orinar.

Síntomas gastrointestinales (cualquier afección, además de dolor, en el estómago o los intestinos): Náuseas, Distensión, Vómitos, Diarrea. **Síntomas sexuales** (cualquier afección, además de dolor, en el sistema reproductor o sexual): Incapacidad para mantener una erección (hombres), Períodos irregulares (mujeres), Sangrado menstrual excesivo (mujeres).

Síntomas neurológicos: pérdida del equilibrio, la voz y el tacto, parálisis, debilidad, dificultad para deglutir, incapacidad de controlar la necesidad de orinar, delirios o alucinaciones, incapacidad para sentir dolor, amnesia (problemas de la memoria), ceguera temporal, sordera temporal, convulsiones.

[52] SAFER D., Trastorno de Somatización; Recuperado de: http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=127523

Los síntomas pueden alterar parcial y completamente el funcionamiento social, familiar y laboral. Y pasan la mayoría del tiempo en muchas consultas con diferentes médicos con quejas, demandas excesivas y frustradas por la falta de respuesta a sus síntomas.[53]

2.8.3. Consecuencias

Estos síntomas pueden ocasionar angustia, malestar y afectar negativamente la habilidad de un individuo, impidiendo su funcionamiento normal. El trastorno de somatización muchas veces es infra diagnosticado o por otro lado mal diagnosticado, ocasionando esto un alto costo para los servicios de salud.A pesar de recibir mucha atención médica los pacientes refieren gran sufrimiento, provocando frustración en el médico o por otro lado enojo.

2.9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.9.1. Definición

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Esta patología incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La *anorexia nerviosa* se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

[53] Psiquiatría para Todos; Somatización; Recuperado de: http://www.psiquiatria-para-todos.com/somatizacion.html

La *bulimia nerviosa* se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Además se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado debido a que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.[54]

2.10. IDEACIÓN PARANOIDE

2.10.1. Definición

Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su apartado psiquiátrico, se sitúa la Paranoia entre los llamados Trastornos de ideas delirantes. Son trastornos psicóticos, esto es, enfermedades parecidas a la Esquizofrenia pero diferentes de ella, en las que se produce un quiebro de la realidad y el enfermo crea una nueva dentro de su mente.

La Paranoia y los demás Trastornos de ideas delirantes, como su propio

[54] LOPEZ J., MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV-TR); Barcelona, 2005; p. 653.

nombre indica, se caracterizan principalmente por la presencia de delirio o ideas delirantes, que pueden definirse como falsas creencias de diferentes temáticas o contenidos (existen delirios de perjuicio, de grandeza, de enfermedad, de seducción, de ruina y de muchos más temas) que se basan en una incorrecta valoración de la realidad exterior. Es característico que las creencias delirantes se mantengan firmes y no sea posible rebatirlas con una argumentación lógica.

En el caso concreto de la Paranoia la temática del delirio es el perjuicio. Suele ser un delirio bien estructurado en el sentido de que el sujeto que lo padece se siente víctima de las acciones de una persona o de varias personas o de una institución, cree que actúan en su contra con ánimo de perjudicarlo, con un entramado argumental comprensible, pero no real, con el que intenta justificar su delirio.

El paciente paranoico siente que hay cámaras y micrófonos para vigilarle, aunque no los ve y puede incluir en su delirio a vecinos e incluso desconfiar de sus propios familiares, en una enorme confabulación que a todas luces es errónea y patológica, pero que altera toda su forma de vida previa, pudiendo llegar a presentar claras alteraciones de conducta y agresividad.

El paciente está totalmente seguro de la certeza de sus creencias y no se le puede convencer de su error mediante el razonamiento lógico. Esta es la base de todo trastorno delirante.[55]

[55] Saludalia; Paranoia; Recuperado de: http://www.saludalia.com/enfermedades/paranoia

2.11. PSICOTICISMO

2.11.1. Definición

Hace referencia a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad, donde están presentes síntomas como alucinaciones, delirios, etc. Se caracterizan por ser fríos, egocéntricos e irresponsables, pero también son más creativos, objetivos, realistas, competitivos, originales y críticos.

Naturaleza

Psicoticismo se puede dividir en los rasgos más estrechos, como la impulsividad y búsqueda de sensaciones. Estos pueden a su vez ser subdivididos en rasgos aún más específicos. Por ejemplo, la impulsividad puede dividirse en impulsividad estrecha, toma de riesgos, la no planificación, y la alegría. Búsqueda de sensaciones también ha sido analizada en un número de facetas separadas.[56]

2.12. HOSTILIDAD

2.12.1. Definición

Del latín *hostilitas*, hostilidad es la cualidad de hostil, que indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo. El concepto permite hacer referencia a una acción hostil y a la agresión armada, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE).

[56] Psicoticismo, Naturaleza, Críticos, Bases biológicas de psicoticismo; Recuperado de: http://centrodeartigos.com/articulos-informativos/article_60963.html

La hostilidad puede surgir en un momento particular en el que la persona se ve alterada en su comportamiento debido a causas circunstanciales. Sin embargo, también podemos hablar de personalidades hostiles que son mucho más problemáticos ya que demuestran una falta de tolerancia, incapacidad para aceptar las formas de pensar de otros, así como también demuestran el recurso a la violencia como único medio para resolver todos los conflictos.[57]

La hostilidad, por lo tanto, implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en violencia emocional o física, de mano de una sola persona, un grupo pequeño o una gran cantidad de gente y estar dirigida, de igual forma, a uno o más sujetos.

Existe la hostilidad de una persona hacia otra, lo que supone un enfrentamiento entre dos sujetos, pero también la hostilidad de un país hacia otro (una situación que puede llevar a una guerra).

El comportamiento hostil puede cobrar diversas formas; en algunos casos, se trata de actitudes sutiles, que pueden constar de frases con tono irónico, de burla o en la antipatía misma.

En otras ocasiones, en cambio, la hostilidad es más directa, con actos y expresiones verbales que buscan importunar o intimidar a la persona hasta causarle un daño físico o emocional.[58]

[57] Definición de Hostilidad; Recuperado de: http://www.definicionabc.com/social/hostilidad.php
[58] Definición de Hostilidad; Recuperado de: http://definicion.de/hostilidad/#ixzz2iZ9DEGCz

2.12.2. Características

a) Es una actitud mantenida y duradera.

b) La característica central distintiva del constructo de hostilidad implica las siguientes variables cognitivas: Cinismo (creer que los otros están egoístamente motivados), desconfianza (pensar que los otros son dañinos e intencionalmente provocadores) y denigración (evaluación de los otros como dañinos, peligrosos y no sociables).

c) Es una actitud cínica acerca de la naturaleza humana, pudiendo llegar al rencor y violencia en determinadas situaciones, aunque la hostilidad suele expresarse de modo sutil.

d) Implica creencias negativas hacia otras personas.

e) Componente cognitivo de la hostilidad como los sentimientos negativos hacia los otros.

f) Una característica muy importante de la hostilidad es el componente afectivo de esta actitud, según Izard (1977): las emociones más prominentes en el patrón de hostilidad son ira, asco y desprecio.

Hay que diferenciar la hostilidad expresamente de la agresión. Según Izard: la agresión es un acto físico que puede o no ser instigado y mantenido en parte por una o más de las emociones del patrón de la hostilidad. La intención es dañar, desconcertar o defenderse del objeto.[59]

[59] Psicología de la Emoción; CAPÍTULO 8: LAHOSTILIDAD, EL HUMOR, LA FELICIDAD Y EL AMOR. Recuperado de: http://www.psicocode.com/resumenes/8EMOCION.pdf

2.13. SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

2.13.1. Definición

En las aproximaciones más generales, la Sensibilidad Social (o Sensibilidad Interpersonal) se define como la habilidad para sentir, percibir y responder de forma conveniente en situaciones personales, interpersonales y sociales (Bernieri, 2001). Se trata de un constructo amplio, que incluye la destreza para decodificar correctamente las emociones, los pensamientos, los rasgos de personalidad o, incluso, las relaciones sociales que mantienen las personas observadas. En ocasiones se ha mencionado que esta destreza se fundamenta en una correcta captación de claves no verbales (Carney y Harrigan, 2003), aunque no necesariamente deben desecharse procesos que incluyen la información verbal. Como habilidad para codificar información social, manejar la expresividad y responder adecuadamente ante demandas interpersonales, es una capacidad íntimamente relacionada con la Inteligencia Emocional (Goleman, 1995; Salovey y Mayer, 1990), si bien es verdad que en ésta última se enfatiza además la correcta expresión, el control del propio comportamiento y la capacidad de influir sobre otras personas, mientras que en la Sensibilidad Social el foco se ha dirigido fundamentalmente hacia la precisión del receptor, que se define como sensible si es capaz de: (1) detectar las claves sociales relevantes, (2) decodificar con justeza esta información, y (3)comprender las implicaciones de una situación social.

Algunos investigadores (Cf. Carney y Harrigan, 2003) opinan que la Sensibilidad Interpersonal sería el constructo más amplio y dentro del cual

cabría distinguir entre la Sensibilidad Social y la Sensibilidad Emocional. Esta última correspondería a la habilidad de detectar correctamente las claves no verbales asociadas a una emoción, mientras que la Sensibilidad Social supondría una valoración más global de la información social, que incluiría -aunque no con exclusividad- la emoción, la personalidad, el rol social, etc.[60]

2.13.2. Características

a) Personas con habilidades sociales definidas
b) Capacidad de ayuda a otros
c) Buen sentido del humor
d) Sensibilidad para entender y detectar los sentimientos de los demás
e) Capacidad para resolver conflictos y tomar decisiones apropiadas en situaciones emocionales
f) Potencialidad de liderazgo.[61]

2.14. OBSESIONES Y COMPULSIONES

2.14.1. Definición

Actualmente es reconocido como un problema común que afecta al dos por ciento de la población. Esta patología pertenece al grupo de los trastornos de ansiedad caracterizado por:

[60] Consultores en Ciencias Humanas (COHS); TESIS: Test de Sensibilidad a las Interacciones Sociales; España;p.19. Recuperado de: http://www.libreriaimagina.com/juguetes/155103/guias/Manual.pdf
[61] Sensibilidad de Inteligencia Interpersonal; Recuperado de: http://es.scribd.com/doc/21025333/Sensibilidad-de-Inteligencia-Interpersonal-1

Las **obsesiones** son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados (al menos inicialmente) como intrusos e inapropiados (egodistónicos) y que causan ansiedad o malestar acusados. Aunque la persona considera que las obsesiones no son el tipo de pensamientos que esperaría tener, reconoce que son el producto de su propia mente (aunque involuntarias) y que no vienen impuestas desde fuera, como ocurre en la inserción de pensamiento.

Los contenidos más frecuentes de las obsesiones tienen que ver con la contaminación, dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias, dudas repetidas sobre si se ha cerrado el gas o la puerta e impulsos de carácter agresivo u horrendo, hacer daño o matar a un hijo o proferir obscenidades en una iglesia.

Estas obsesiones implican hacerse daño a sí mismo o causar daño a otros. Otras obsesiones hacen referencia a la necesidad de tener las cosas en un orden determinado (lo que lleva a un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas).

Las **compulsiones** son conductas (lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras o pensamientos en silencio, repasar mentalmente acciones previas, formar contra imágenes) repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente (llevar a cabo una acción, como vestirse o lavarse, de acuerdo con estrictas reglas propias y sin que se pueda explicar por qué se llevan a cabo).

La mayoría de autores emplean el término ritual como sinónimo de compulsión, aunque otros los distinguen; así, según Botella y Robert (1995), los rituales son compulsiones manifiestas o encubiertas que siguen un patrón rígido y una secuencia de pasos o etapas con un principio y un final bien definido.

Las compulsiones están dirigidas no a proporcionar placer, sino a prevenir o reducir el malestar (o el aumento de este) o algún acontecimiento o situación temidos (consecuencias desastrosas como matar al alguien o ir al infierno); sin embargo, no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien son claramente excesivas.[62]

12.14.2. Síntomas

Las obsesiones y compulsiones más frecuentes en estas personas son:

Obsesiones: temor a contaminarse, a causar daños a otros o a que le pase algo a los padres, familia, ideas agresivas o de contenido sexual, escrupulosidad /religiosidad excesiva, pensamientos prohibidos, necesidad de simetría, necesidad de decir o confesar.

Compulsiones: lavarse, repetir una acción hasta hacerla 'bien', asegurarse de haber cerrado la puerta, cerrado el agua, tocar, contar objetos o hasta un determinado número, ordenar, acumular (no poder tirar nada), rezar[63]

---

[62] BADOS A., Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Barcelona, 2005; pp. 3,4. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf

[63] SOUTULLO C., Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes; Navarra, 2011; Recuperado de: http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/psiquiatricas/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc-ninos-adolescentes

2.14.3. Consecuencias

Desde la perspectiva cognitivo conductual, el TOC constituye principalmente un problema en el que pensamientos que de otro modo serían inofensivos han devenido foco de preocupación para la persona. Dichos pensamientos son interpretados de manera amenazante, lo que provoca un patrón de respuestas que, sin buscarlo, terminan aumentando la frecuencia de las intrusiones. Esto genera un círculo vicioso, en el que el sujeto puede pasar un día entero envuelto en rituales que intentan acallar la ansiedad. El miedo, la vergüenza o la culpa que ocasiona la obsesión puede ser tan fuerte que la persona que la sufre buscará alivio de modo desesperado. El ritual compulsivo proporciona ese alivio y restablece una sensación de relativa seguridad, aun cuando sólo sea por poco tiempo. Esta pequeña tranquilidad motiva el uso de rituales. Pero los rituales nunca brindan una solución de larga duración. Pronto las obsesiones vuelven a aparecer, y tendrá que repetirse toda la secuencia.[64]

2.15. IDEACION SUICIDA

2.15.1. Definición

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido

[64] AMIL A., TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO; Recuperado de: http://www.sexologia-clinica.com.ar/

o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (Diekstra y Garnefski, 1995; Goldney et al., 1989). La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados.[65]

2.16. VERGÜENZA Y CULPABILIDAD

2.16.1. Definición

Se podría decir que la vergüenza y la culpa son emociones interpersonales porque ambas nos indican que hay algo que está mal entre nosotros y el resto del mundo. Las dos nos piden hacer una cuidadosa revisión interna y hacer cambios en nuestras vidas. Además las dos son útiles cuando se experimentan en forma moderada, pero resultan dañinas cuando son demasiado intensas. Vivir en demasía cualquiera de estas dos emociones puede resultar abrumador.

Se considera la *vergüenza* como la emoción social por excelencia. Misma que tiene una serie de correlatos físicos, como el enrojecimiento, o la imposibilidad de sostener la mirada, aceleración del pulso, sensación de vacío en el estómago y en el vientre. La manifestación conductual, es la

[65] GARCIA J., Suicidio y Psiquiatría; Madrid, 2011; Editorial Triacastela. pp. 19,20.

busca de huida y ocultación, y por último, a nivel cognitivo existen una serie de pensamientos irracionales que denigran a la persona, y la categorizan como inferior a lo que le rodea. Ejemplos de estos pensamientos, pueden ser, no sentirse, merecedor de sentirse, malo.

Es una emoción que aparece cuando nos ven, o pueden vernos haciendo algo que consideramos que daña nuestra apariencia.

La vergüenza se muestra en un doloroso intento de esconderse, de desvanecerse, de desaparecer de la faz de la tierra.[66]
La *culpa* es un sentimiento, que suele confundirse con la vergüenza. La culpa se establece cuando la persona ha roto algún tipo de código que rige a un sistema social. Dicho código puede hallarse de forma implícita o explícita. Yonteff habla que si "la sanción por la culpa es el castigo, la sanción por la vergüenza es el destierro, o el aislamiento". Para Ronald y Patricia Potter-Efron, a diferencia, de la vergüenza, que está en el ser, la culpa está en el hacer. Ambas pueden aparecer juntas, formando un círculo vicioso.[67]

2.17. CONDUCTAS AUTOLÍTICAS Y AUTODESTRUCTIVAS

2.17.1. Definición

Comprende todas las conductas orientadas hacia la autodestrucción, indirecta o directa, del propio individuo o grupo. La tendencia autodestructiva es la conducta orientada hacia el suicidio ya sea en forma consciente o

[66] FERNADEZ V., VERGÜENZA PROFUNDA, CORROSION INTERNA; p. 201.
[67] Asociación Madrileña de Agorafobia (AMADAG); La Vergüenza y la Culpa, Recuperado de: http://www.amadag.com/la_verguenza_y_la_culpa.html

inconsciente

Su comportamiento autodestructivo no se presenta en condiciones de estrés. Estas personas presentan una gran capacidad de negación. Por ello, muestran poca capacidad para visualizar a largo plazo, no son tolerantes a los retrasos y a los imprevistos. No son capaces de justificar su conducta y ésta siempre parece ser impulsiva y difícil de entender, pero posiblemente sea justificada por el placer y alivio que produce el acto o actividad en sí.

Son, en definitiva, personas con alta dependencia e impulsividad y que presentan las siguientes características de personalidad: búsqueda de placer inmediato y poca tolerancia a la frustración; tendencia a la negación; superioridad y dominación; falta de planificación a largo plazo; búsqueda constante de estimulación; relaciones interpersonales insuficientes y fuerte sentimiento de individualismo.[68]

Las más comunes son:

a) Beber alcohol, fumar.
b) Relaciones sexuales sin protección ya que un embarazo puede truncar sus estudios, etc.
c) Gente que está en riñas constantes, pandillas:
d) En tanto que las conductas para-suicidas suelen ser llamadas a las conductas que pueden llevar al paciente a la muerte, como el conducir temerariamente alcoholizado.

[68] El Comportamiento Autodestructivo, Recuperado de: http://www.isepclinic.es/index.php?option=com_content&view=article&id=92%3Ael-comportamiento-autodestructivo&catid=9%3Apsicologia-adultos&Itemid=173&lang=es

2.18. ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

2.18.1. Definición

El abuso de drogas es un problema de salud pública serio que afecta a casi todas las comunidades y familias de algún modo. Las drogas que forman parte del abuso incluyen: anfetaminas, esteroides anabólicos, drogas de club, cocaína, heroína, inhalantes, marihuana, drogas recetadas.

El abuso de drogas también representa un papel en muchos problemas sociales importantes, tales como conducir vehículos, violencia, estrés y maltrato infantil; todo balo los efectos de la sustancia. Lo que conlleva a la pérdida del hogar, a cometer infracciones, y problemas para conservar un trabajo debido al ausentismo que presenta. En caso de embarazo perjudica al feto y destruye familias. Su tratamiento es diverso pero lo ideal sería iniciar con la prevención del abuso de sustancias.

El concepto de abuso de alcohol es aceptado por las clasificaciones americanas como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que se caracteriza por un deterioro significativo en las obligaciones personales, un

El abuso de alcohol se ha caracterizado, a menudo, como uso del mismo en un grado tal que lleva a uno o más delos siguientes problemas:

1. Pérdida de control sobre la bebida
2. Trastornos médicos
3. Problemas sociales, por ejemplo, pérdida de empleo.

El abuso de alcohol se distingue del alcoholismo porque con frecuencia los problemas relacionados con el alcohol, o el problema de la bebida, como normalmente se le llama, no entrañan necesariamente dependencia alcohólica.[69]

2.19. IRRITABILIDAD

2.19.1. Definición

Del latín *irritabilitas*, la irritabilidad es la propensión a irritarse (sentir ira o una excitación morbosa en un órgano o parte del cuerpo). Puede definirse como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo.

La irritabilidad, por lo tanto, permite que un organismo identifique un cambio negativo en el medio ambiente y reaccione ante dicha alteración. Esta respuesta puede tener efectos patológicos o fisiológicos.

La irritabilidad está considerada como una capacidad homeostática de los seres vivos para responder ante estímulos que dañan su bienestar o su estado natural. Gracias a esta capacidad, los seres vivos logran adaptarse a los cambios y garantizan su supervivencia. Cabe destacar que se conoce como homeostasis al conjunto de fenómenos de autorregulación que posibilitan el mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo.

[69] PEREZ J., Sociedad Española de Toxicomanía; TRATADO SET DE TRASTORNOS ADICTIVOS; España, 2006; p. 168.

Es posible distinguir entre dos tipos de estímulos que despiertan la irritabilidad: los internos (que se producen dentro del organismo) y los externos (provienen del ambiente). La temperatura, la composición química del suelo, el agua o el aire, la luz y la presión son estímulos que motivan la reacción del organismo.

Mientras que en un organismo unicelular todo el individuo responde frente al estímulo, en los organismos multicelulares la reacción depende de ciertas células, según cada caso en particular.

La irritabilidad puede ser motivada por cuestiones psicológicas y expresarse mediante reacciones exageradas o desproporcionadas, generalmente inesperadas por el entorno de la persona. Es muy común que la inestabilidad emocional sea mal vista y que la gente no se detenga a pensar que ésta no puede ser provocada intencionalmente, sino que se origina a partir de una serie de sucesos del pasado, que en la mayoría de los casos tienen lugar durante la tierna infancia.[70]

2.20. BAJA AUTOESTIMA

2.20.1. Definición

La Baja autoestima se define como la dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás.

Las personas con Autoestima Baja buscan, a veces sin ser muy conscientes

[70] Definición de Irritabilidad, Recuperado de. http://definicion.de/irritabilidad/#ixzz2iZos9l00

de ello, la aprobación y el reconocimiento de los demás y suelen tener dificultad para ser ellas mismas y poder expresar con libertad aquello que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones interpersonales, así como para poder decir “no” al otro sin sentirse mal por ello.

En ocasiones las personas que esconden en su interior sentimientos de Baja Autoestima, suelen ocultárselos a sí mismas mediante el uso de diferentes mecanismos de defensa, (negación, intelectualización, fantasía, etcétera) incluso haber creado a su alrededor una coraza defensiva, para protegerse de la amenaza (a menudo fantaseada) frente a posibles rechazos sociales, incluso a críticas personales u opiniones que cuestionen sus creencias.

Las personas con Baja Autoestima suelen experimentar ansiedad ante situaciones de intimidad y afectivas.

Las causas que explican una Baja Autoestima (más o menos reconocida por la persona) son muy variables y numerosas, por lo que durante la Psicoterapia se hace necesaria la construcción de hipótesis sobre los motivos que desencadenaron estos sentimientos.

CAPITULO III

VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

3.1. Violencia Social.

Hoy el país vive conmovido por una violencia macro o social. Se asiste con inmenso dramatismo a los mayores excesos en términos de violación de los derechos humanos, de desvalorización de la vida, de delincuencia, de enfrentamientos armados. Es una violencia visible y ya cotidiana: no sólo se ve todos los días; se acerca cada vez más y se conoce todo lo posible de ella por los medios de comunicación; también se ha metido en la vida diaria a través del desasosiego, la presencia de la muerte, la preocupación y la desesperanza. Desafortunadamente, no se necesitan estadísticas para mostrar y probar la extensión y proporción del fenómeno ni para reafirmar cómo se evidencia día tras día, cómo se constituye en la noticia cotidiana acompañado de miedo, inseguridad y angustia provocados por la internalización de dichos excesos de la sociedad.[71]

3.2. Violencia en la escuela.

La escuela en la perspectiva de la violencia aparentemente se vive como si la violencia de la sociedad fuera la única y, peor aún, como si, por ser de la

[71] Unidad e igualdad, Recursos de igualdad ,2007,Reduperado de: http://www.uca.es/recursos/doc/unidad_igualdad/47737780_1122011112236.pdf

sociedad en sentido amplio y macro, fuera externa a cada uno de sus integrantes y, así mismo, externa a las instituciones y lugares donde transcurre su diario vivir: la familia, la escuela, el trabajo y la calle.

En particular, en la institución educativa no se reconoce la existencia de la violencia, no se hace consciente, no es un tema importante de reflexión y aun se niega su existencia. La violencia se encuentra y ubica fuera de la institución educativa. Ante el horror del transgresión, el homicidio, las masacres, se pierden las proporciones de problemas también graves, pero menos dramáticos o espectaculares. Es el caso de otras formas posibles de violencia que han permeado las instituciones sociales haciendo, además, que allí “nada sea grave”, ante la gravedad de lo que pasa afuera.

Y resulta que en la institución educativa se suceden fenómenos de violencia tal y como se caracterizan para la sociedad en su conjunto (muertes, amenazas); pero además, conductas, relaciones y comportamientos de agresión dirigidos a lastimar o dañar al otro, desde algún punto de vista ya sea físico, psicológico, moral, así como situaciones donde se expresa intolerancia, discriminación, desconocimiento del otro, todo lo cual tiene que ver con la violencia o, por lo menos, con un terreno abonado para ella. Igualmente, lo que parece revelarse en la institución educativa es la ausencia de espacios y mecanismos formativos y creativos de canalización de la ira, la irritabilidad, la inconformidad, la frustración y el conflicto. Por tanto, hablar de violencia escolar es necesario e importante sobrarían las razones justificativas de ello. Al presenciar la actual situación del país no

puede hacerse algo distinto a preguntarse por nosotros mismos, nuestro papel en ella, en las instituciones sociales a las que pertenecemos y la manera como a su interior incluyen la violencia. Es indispensable empezar a asumir la violencia como fenómeno de importante reflexión en la institución educativa. Porque dicha institución, lleva a cabo una misión que no tiene discusión en cuanto a formación, modelamiento y transmisión a través de la cual se promueven, explicita e implícitamente, concepciones, ideas y representaciones asociadas directamente con características de la violencia.

3.3. **Violencia durante el embarazo**

La violencia antes y durante el embarazo tiene graves consecuencias de la salud, tanto para la madre como para el bebé. Conlleva a embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el mismo, incluyendo el aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer.

El infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo y el abandono sistemático de las niñas son prácticas que se las realizan en algunos países son considerados también como formas de violencia.

3.4. **Discriminación y violencia**

Muchas mujeres se enfrentan a múltiples formas de discriminación y a riesgos cada vez mayores de violencia.

En Canadá, la probabilidad de las mujeres indígenas de morir como resultado de la violencia, es cinco veces mayor que la de otras mujeres de la misma edad.

En Europa, Norteamérica y Australia, más de la mitad de las mujeres discapacitadas ha experimentado abuso físico, de frente a una tercera parte de mujeres no discapacitadas.

3.5. Violencia familiar

La violencia en el hogar y el maltrato a los miembros de la familia menos capaces de defenderse siempre ha existido, sin embargo se ha intentado tener oculta esta problemática hasta hace tiempo atrás, en que ha empezado a ser considerada como un problema social, tal como es.

Podemos definir el maltrato como una situación que no es accidental, en la cual una persona sufre un daño físico, se ve privado de sus necesidades básicas o es agredido emocionalmente; todo esto como resultado de una acción u omisión por parte de otro miembro de la familia.

En general, la naturaleza oculta del maltrato permite que la gente no vea, no escuche, no hable sobre la conducta que es totalmente contradictoria al sistema de valores socialmente aceptados.

Hay quienes sostienen que la familia es la institución social más violenta. Shauss afirma que: " la violencia en la familia es más común que el amor y la palabra hogar no siempre está asociada a las palabras calor, intimidad tranquilidad y seguridad."

Debemos tener en cuenta que la organización social de la familia se da dentro de un contexto cultural en el cual vemos que la violencia no sólo es aceptada sino también es tolerada y a veces estimulada.

Es importante señalar que los actos de violencia no son privativos de una clase social determinada, aunque comúnmente la vemos asociada a sectores marginales de la sociedad. Pueden ocurrir en cualquier clase social, en ambos sexos, en todos los niveles educacionales y en cualquier etapa del desarrollo familiar.

Se considera que la familia es el lugar donde el ser humano se desarrolla biológica y psíquicamente, construye su identidad; es ámbito de contención afectiva, de aprendizaje de conductas, de transmisión de valores.
Un grupo familiar cuyo modo de resolución de conflictos es violento, será un modelo para los hijos testigos de esa violencia, que repetirán las mismas conductas cuando formen sus propias parejas, constituyéndose esa situación en un factor de riesgo, además de ser un daño en sí mismo para los miembros más débiles de la familia (mujer y niños).

Cada familia tiene su propia organización interna, determinadas características de la organización posibilitan la aparición de fenómenos violentos:

a. Una organización jerárquica fija e inamovible basada en desigualdades naturales.
b. La distribución desigual de poder.
c. Interacción rígida.
d. Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género.

Consenso social con respecto al abuso ejercido dentro del ámbito privado familiar, lo que legitima al agresor y deja indefensa a la víctima.

La Psicoterapia Integrativa

La Psicoterapia Integrativa ha sido desarrollada por Richard G. Erskine, que inició su trayectoria profesional como Terapeuta Gestáltico, y posteriormente como Analista Transaccional y Psicoanalista. Inicialmente la Psicoterapia Integrativa surgió como una escuela del Análisis Transaccional. Posteriormente ha desarrollado sus propios métodos de formación y acreditación.

Richard G. Erskine, con la colaboración principalmente de Janet P. Moursund y Rebecca L. Trautmann, ha creado una aproximación terapéutica a los problemas de salud mental en la cual el adjetivo "integrativa" tiene dos sentidos:

a) En primer lugar hace referencia al proceso de integración de la personalidad y de aceptación de aquellos aspectos escindidos de la experiencia del sujeto que están en la base de los problemas mentales. Mediante el proceso de integración el sujeto trae a su conciencia las fantasías, sensaciones, miedos y anhelos que fueron expulsados de la conciencia como resultado de traumas agudos o acumulativos.

b) En segundo lugar el adjetivo "integrativa" se refiere a una metodología teórica que integra conceptos y técnicas procedentes de una extensa variedad de psicoterapias: Análisis Transaccional, Terapia Centrada en el

Cliente, Terapia Gestalt, Psicoanálisis de las Relaciones Objetales, Psicología del Self, etc. A diferencia de un abordaje "ecléctico" los creadores de la Psicoterapia Integrativa han intentado construir una Psicoterapia consistente desde el punto de vista lógico, en la cual cada elemento o técnica se deriva de un conjunto básico de conceptos acerca de la naturaleza de las relaciones humanas claramente definido.

La Psicoterapia Integrativa se focaliza en la relación interpersonal. Estar sano significa estar en relación con los demás. La necesidad de relación es la más básica de las necesidades humanas. Ser humano es estar en relación con otros (Erskine, Moursund y Trautmann, 1.999). La salud y el desarrollo psicológicos tienen lugar cuando las figuras de apego del niño reconocen sus necesidades relacionales y responden a ellas de la forma apropiada. El malestar psicológico se origina en un fallo relacional y en la experiencia acumulativa de fracasos en la satisfacción de las necesidades relacionales.

La experiencia de Sí mismo es producto del tipo de relación que el sujeto ha experimentado a lo largo de su desarrollo evolutivo. El contacto con otros es una experiencia motivadora primaria de la conducta humana. La falta de contacto durante ciertos momentos clave del desarrollo psicológico resulta en lesiones narcisistas que deterioran la capacidad para relacionarse con los demás. La Psicoterapia Integrativa comprende un conjunto de métodos que

apuntan a reparar el daño sufrido por el sujeto en el sentimiento de Sí mismo.

La Psicoterapia Integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida.

El término "integrativa" de la Psicoterapia Integrativa tiene varios significados. Se refiere al proceso de integrar la personalidad: asimilar aspectos repudiados, no conscientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en las relaciones con las personas, con el fin de reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto. Es el proceso de crear la totalidad. A través de la integración, se hace posible para las personas afrontar cada momento abiertamente y de forma espontánea sin la protección de una opinión, postura, actitud, o expectativa formadas de antemano.

La Psicoterapia Integrativa se refiere también a la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona, con una consciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias

del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

La Psicoterapia Integrativa tiene en cuenta muchos criterios sobre el funcionamiento humano. El enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de las relaciones objetales, la psicología psicoanalítica del self y el análisis transaccional son todos considerados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cuando se integran de una forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta, cada uno de ellos gana valor. Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean en Psicoterapia Integrativa están basadas en las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo.

El objetivo de una psicoterapia integrativa es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

Está reconocido, dentro de este marco, que la integración es un proceso con el que los propios terapeutas también tienen que comprometerse. Por lo tanto, hay un foco de atención en la integración personal de los terapeutas.

Sin embargo, aunque sea esencial un énfasis en el crecimiento personal del terapeuta, es necesario también que haya una dedicación a la búsqueda del conocimiento en el área de la psicoterapia y sus campos afines. Existe una obligación ética, en particular para los psicoterapeutas integrativos, de dialogar con colegas de diferentes orientaciones y de mantenerse informados de la evolución de este ámbito.

Psicoterapia Integrativa en Ecuador

El Dr Balarezo en Ecuador ha desarrollado el Modelo integrativo focalizado en la Personalidad integrando en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales

Se integran las conceptualizaciones y formas de tratamiento realizadas desde distintas corrientes que aporten al esclarecimiento de los aspectos estructurales y funcionales del núcleo básico del sujeto enriqueciendo el diagnóstico y ejercicio psicoterapéutico. Se incorporan también aspectos como la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de aspectos de relación durante el proceso psicoterapéutico: “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados” (Balarezo, 2003).

5. MATERIALES Y METODOS

MATERIAL Y METODO 1

HISTORIA PSICOLOGICA CLINICA

La Historia Psicológica Clínica es el instrumento que reúne todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente, es decir obtener un adecuado conocimiento de las condiciones conductuales, bio-psico-sociales y existenciales de un paciente.[72]

Esos datos van a constituir la base para el diagnóstico clínico los cuales se complementan con las observaciones y entrevistas realizadas así como el resultado de las pruebas aplicadas y los informes de profesionales de otras disciplinas y de esta manera se podrá diseñar un tratamiento psicológico.

INDIVIDUAL-DESCRIPTIVO

La Historia Psicológica Clínica se la ha realizado acorde a la metodología propuesta. Entrevista que se ha complementado con los resultados de reactivos psicológicos. Su aplicación fue de forma individual en una sesión y en algunos casos en dos; siendo su objetivo la adquisición de datos neutrales, precisos y sistemáticos que pueden usarse posteriormente para conocer con especificidad lo que está ocurriendo, en qué circunstancias y todo lo que pueda ser pertinente.

[72] IZARRA Y., Entrevista Psicológica Clínica. Recuperado de :http://es.scribd.com/doc/44707443/Entrevista-Psicologica-Clinica

MATERIAL Y METODO 2

ENCUESTA ESTRUCTURADA DE VIOLENCIA DIRIGIDA A LA VICTIMA Y EL AGRESOR

Esta entrevista ha sido tomada del libro Amores que Matan, El Flagelo de La Violencia Contra La Mujer; Autor: Miguel Ángel Núñez, 2003: misma que ha servido para obtener información acerca de la problemática en estudio.

Lo que pretende es hacer un análisis introspectivo tanto a la víctima como al agresor para saber si están o no viviendo el ciclo de la violencia.

APLICACIÓN – TIEMPO:

La encuesta consta de 21 preguntas para la víctima y de 24 para el agresor. Su forma de responder es mediante dos ítems SI o NO en ambos casos. Mientras más respuestas afirmativas presente más posibilidad tenemos de detectar victimas de agresión. Se lo realiza de forma individual.

El tiempo varía según la capacidad de comprensión y velocidad de la personas en estudio.

CALIFICACIÓN:

Los resultados fueron analizados mediante indicadores donde nos muestran si existe agresión y de qué tipo, tomando en cuenta como puntuación mínima 3 y máxima de 7 en adelante.

INDIVIDUAL - DESCRIPTIVO

Su aplicación fue individualmente tanto a las esposas como al personal militar, en un tiempo aproximado de 15-20 minutos dependiendo el caso; para luego interpretar los resultados de acuerdo a los indicadores.

MATERIAL Y METODO 3

CUESTIONARIO DE ASERCION EN LA PAREJA (ASPA)

El cuestionario de aserción en la pareja (ASPA), diseñado a partir de los trabajos de DeGiovanni (1978) y Carrasco (1991, 1993), ofrece la posibilidad de evaluar de qué manera cada miembro de una pareja se enfrenta a situaciones conflictivas que pueden surgir en toda convivencia marital.

Este Cuestionario, en sus Formas A y B, se plantea como objetivos:

1) Evaluar la frecuencia con que son utilizadas cuatro estrategias diferentes de afrontamiento: asertiva, agresiva, sumisa y agresivo-pasiva, ante situaciones conflictivas centradas en el ámbito marital.
2) Confrontar la visión que tiene cada persona sobre su forma de encarar situaciones problemáticas normales en una convivencia de pareja (Forma A) con la que de él o ella tiene su cónyuge (Forma B).

Las cuatro categorías de conductas asociadas con la aserción son:

Aserción (AS): expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo.

Agresión (AG): expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. La coacción incluye la expresión de castigo y amenazas.

Sumisión (SU): carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales y sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro.

Agresión-pasiva (AP): carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda.

VALIDEZ:

El estudio psicométrico del cuestionario fue realizado sobre 418 parejas, y se encontró una fiabilidad de 0,83; 0,81; 0,75 y 0,84 para las cuatro subescalas (aserción, agresividad, sumisión y agresión pasiva).

Los análisis factoriales del instrumento y la correlación encontrada con el cuestionario DAS (Escala de Ajuste Diádico, Spanier, 1976) demostraron su validez de constructo. En este estudio, el análisis de fiabilidad de las cuatro dimensiones que componen el ASPA, así como la fiabilidad alcanzada por la escala total resultaron satisfactorios con coeficientes alpha de Cronbach entre 0,72 y 0,91.

El estilo de comunicación más representativo entre las mujeres evaluadas es de tipo asertivo (M= 3,81) y el menos expresado el agresivo (M= 1,98). Los índices de asimetría muestran valores aceptables salvo el caso del estilo agresivo con una clara asimetría positiva, es decir, la mayor frecuencia de puntuaciones se localizan en valores bajos.[73]

[73] IRAUGI, I., Adaptación y Estudio Psicométrico de dos Instrumentos de Pareja: Índice de Satisfacción Matrimonial y Escala de Inestabilidad Matrimonial. España, 2009. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a12v12n2.pdf

APLICACIÓN – TIEMPO:

El Cuestionario de Aserción en la Pareja, con sus dos formas, puede aplicarse bien a un solo miembro de una pareja, en su Forma A, o a los dos miembros de la pareja, complementando en este caso las dos formas, la A y la B. se lo puede realizar de forma individual y colectiva.

Es importante mencionar que para cada situación se van a presentar diferentes formas de actuar y que por lo tanto el objetivo es discriminar entre ellas, señalando cual sería la más frecuente o probable y cuál sería la probabilidad o frecuencia de las demás.

El tiempo es variable de 15 a 20 minutos aproximadamente cada escala.

CALIFICACIÓN:

Mediante este instrumento se obtiene perfiles individuales, que consisten en cuatro puntuaciones de razón que reflejan la probabilidad relativa, en tanto por ciento, de conducirse en cada uno de los cuatro estilos.

Para la calificación consta de una Hoja de respuestas sin necesidad de plantilla. Se debe en cada caso indicar en la Hoja si se ha utilizado la Forma A o la Forma B del Cuestionario.

En esta Hoja marcara con un aspa el círculo correspondiente a la opción elegida, luego estos valores se trasladarán a la casilla en blanco y se totalizaran verticalmente en cada una de las columnas correspondientes a las cuatro subescalas de la prueba.se calculara primero el subtotal que comprende los elementos del 1 al 20, a continuación del 21 al 40 y finalmente el total de los 40 elementos.

Luego se obtendrá el total general para las cuatro subescalas (TG) sumando las puntuaciones directas totales de cada subescala.

La puntuación final(PR) se obtiene multiplicando el total de puntos alcanzados en ella por 100 y dividiendo el resultado por el total general de las cuatro subescalas (TG): PR= PDx100/TG.

La justificación del uso de este sistema de puntuación radica en la finalidad de la prueba, que trata de conocer en qué proporción, al relacionarse con su pareja, usa conductas agresivas, sumisas, asertivas, agresiva-pasiva.[74]

INDIVIDUAL – DESCRIPTIVO

Se lo aplico de forma individual a cada uno de las partes con el objetivo de constatar de qué manera se relacionan estas parejas que se encuentran dentro del ciclo de la violencia.

[74] CARRASCO Mª J., Cuestionario de Aserción en Pareja (ASPA); Madrid, 2005; p. 9,11.

MATERIAL Y METODO 4

INVENTARIO DE SINTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

El Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis y asociados (1975,1994) para evaluar el grado de malestar psicológico actual (*distress)* que experimenta una persona.

Se trata de una escala de síntomas que se administra de forma autoaplicada y que evalúa un amplio rango de sintomatología psicopatológica que experimenta una persona durante el período que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás. Puede ser utilizado en pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico y en población general.

El inventario puede ser utilizado como método de cribado para la detección de casos clínicos. Además resulta útil para la valoración de cambios sintomáticos producidos por el tratamiento o para el seguimiento de diversos casos crónicos En este mismo sentido, Pincus, Rush, First y McQueen (2000, citado por Holi, 2003) señalan que escalas como estas pueden utilizarse en el contexto clínico para: 1) identificar a individuos con ciertas características; 2) asistir al diagnóstico según los actuales sistemas clasificatorios; 3) evaluar las características clínicas de los pacientes, más allá del diagnóstico, para facilitar la selección de tratamiento; 4) supervisar

los beneficios y los efectos adversos del tratamiento; 5) determinación del pronóstico o para fines administrativos.[75]

Consta de 90 ítems y se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices de malestar psicológico.

DESCRIPCIÓN DE LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS:

Somatizaciones (SOM): Evalúa la presencia de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares).

Obsesiones y Compulsiones (OBS): Incluye síntomas que se identifican con el síndrome del mismo nombre: (pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposible de controlar).

Sensitividad Interpersonal (SI): Detecta la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación en especial al compararse con sus semejantes (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales).

Depresión (DEP): Incluye una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida).

[75] SANCHEZ O., Revista Argentina de Clínica Psicológica; Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica; Argentina Noviembre 2009; pág. 265-266.

Ansiedad (ANS): Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad, cognitivos y comportamentales tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, inquietud, palpitaciones.

Hostilidad (HOS): Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativo de ira, enojo o rabia, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas.

Ansiedad Fóbica (FOB): Hace referencia a una respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape.

Ideación Paranoide (PAR): Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desordenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía, desconfianza, delirios.

Psicoticismo (PSIC): El psicoticismo está representado como una expresión de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro.

ITEMS ADICIONALES.

Además incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica: poco apetito, problemas para dormir, pensamiento acerca de la muerte o morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo, sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice global de severidad (IGS)

2) Total de síntomas positivos (TSP)

3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

VALIDEZ:

El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, según los resultados hallados en diferentes países, culturas, idiomas, edades y muestras (clínicas y de población general). El SCL-90-R cuenta con abundante evidencia a favor de su validez convergente con otros instrumentos diagnósticos, de su validez concurrente y predictiva. De hecho, a principios de la década pasada los editores del instrumento (National Computer Systems, 1993) publicaron una revisión bibliográfica que compila aproximadamente 750 investigaciones publicadas que utilizaron el SCL-90R.

Cabe mencionar que la gran popularidad que obtuvo el SCL-90-R entre profesionales e investigadores de la salud mental puede atribuirse a tres características: (1) se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, (2) permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y (3) exhibe buenas propiedades psicométricas.[76]

APLICACIÓN – TIEMPO:

Puede ser aplicado en un amplio rango de edad (13 a 65 años), ya sea de forma individual o colectiva y sólo requiere que el evaluado tenga un nivel intelectual normal y no presente ideas delirantes o curse un trastorno psicótico en el momento de la evaluación. Para ello el investigador debe proporcionar las siguientes instrucciones "A continuación se van a presentar una lista de problemas que tienen todas las personas. Lea cada uno de los ítems de forma pausada y seleccione uno de los números(o= Nada, 1= Muy poco, 2= Poco, 3= Bastante, 4= Mucho) que describen el grado de malestar que el problema le ha causado a usted en los últimos 7 días, incluyendo el día de hoy.

Ponga el número en el lugar correspondiente a la derecha de la pregunta. Conteste todas las preguntas, sin dejar ninguna y escriba el número claramente. Si cambia de opinión borre perfectamente el numero incorrecto y vuelva a anotar."

[76] SANCHEZ O., Revista Argentina de Clínica Psicológica; Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica; Argentina Noviembre 2009; p. 266.

El tiempo de la aplicación de la prueba suele ser de 3 ó 4 minutos para la explicación y alrededor de 15 minutos aproximadamente para completarla. Esto dependiendo el caso ya que las personas muy cuidadosas o inseguras pueden tardar el doble de tiempo.

CALIFICACION:

Para obtener las puntuaciones directas de cada escala, se suman los valores de los ítems y se divide para el número de ítems que tiene esa escala.

El Índice de Severidad Global, se obtiene dividiendo la suma de todos los valores entre el número total de ítems (90).

El Total de Síntomas Positivos, es igual al número de ítems con valor diferente a 0, e indica la amplitud y diversidad de psicopatología.

El Índice de Malestar Sintomático Positivo (Distrés), se obtiene dividiendo la suma de los valores de todos los ítems entre el Total de Síntomas Positivos.

Finalmente con estos valores nos dirigimos hacia la tabla de baremos diseñada para las distintas poblaciones.

INDIVIDUAL – DESCRIPTIVO.

El instrumento fue aplicado de forma individual a cada una de las esposas de militares, obteniendo como resultados sintomatología que nos indican el grado de malestar psicológico actual.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

Este apartado hace referencia a los resultados obtenidos durante el proceso de investigación en las esposas de militares del COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 “LOJA”, que se desarrolló durante el periodo mayo a octubre del 2013, donde se evidencia las consecuencias psicológicas en la persona víctima de violencia.

Tomando en cuenta el planteamiento de los objetivos tanto general como específicos se efectuaron cada una de las interpretaciones estadísticas, expresadas en cuadros y gráficos específicos.

La información procesada se detalla con los resultados, gráficos, análisis e interpretaciones que se muestran a continuación.

Para la elaboración de los resultados se tuvo presente los siguientes aspectos:

a) Se determinó si la persona se encontraba viviendo el ciclo de la violencia.
b) Tipos de violencia
c) Estrategias de comunicación que cada miembro de una pareja pone en marcha a la hora de afrontar una situación conflictiva que puede surgir en una convivencia marital.
d) Consecuencias psicológicas de violencia.
e) Finalmente la realización de un plan terapéutico específico para dicha problemática.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Luego de la valoración clínica psicológica y de recabar la información necesaria para llegar a un diagnóstico certero y oportuno de víctimas de violencia se obtiene los siguientes resultados.

TABLA N° 1

CUADRO ESTADÍSTICO DE VICTIMAS DE VIOLENCIA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI es víctima de violencia	40	67%
NO es víctima de violencia	20	33%
TOTAL	**60**	**100%**

Fuente: Esposas de militares del C7-BI "LOJA"
Elaborado por: Andria Luisa Zabala Abarca.

GRÁFICO N° 1

CUADRO ESTADÍSTICO DE VICTIMAS DE VIOLENCIA

Análisis de resultados: Luego de realizada la investigación y mediante la Historia Clínica se llega a la conclusión que: el 67% de las mujeres son víctimas de violencia, mientras que el 33% no mostraron signos o a la vez eran mínimos, para ser catalogados como víctima de violencia.

TABLA N° 2

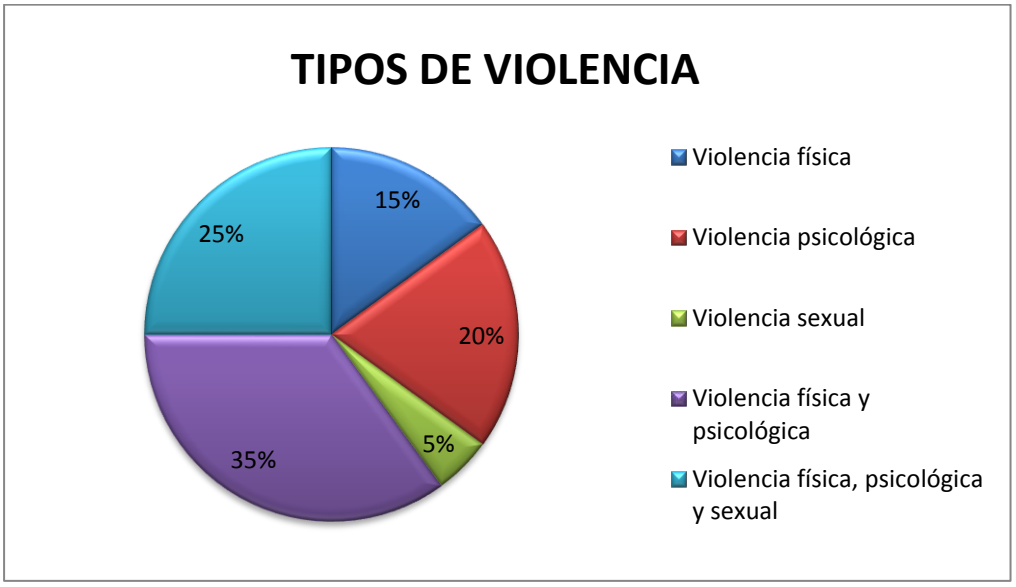
TIPOS DE VIOLENCIA

VIOLANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
física	6	15%
psicológica	8	20%
sexual	2	5%
física y psicológica	14	35%
física, psicológica y sexual	10	25%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Esposas de militares del C7-BI "LOJA"
Elaborado por: Andria Luisa Zabala Abarca.

GRÁFICO N° 2

TIPOS DE VIOLENCIA



Análisis de resultados: Una vez obtenido los resultados mediante la encuesta estructurada podemos observar que: el 35% de las mujeres sufre violencia física y psicológica; el 25% violencia física, psicológica y sexual; el 20% violencia psicológica; el 15% violencia física y el 5% violencia sexual.

TABLA N° 3

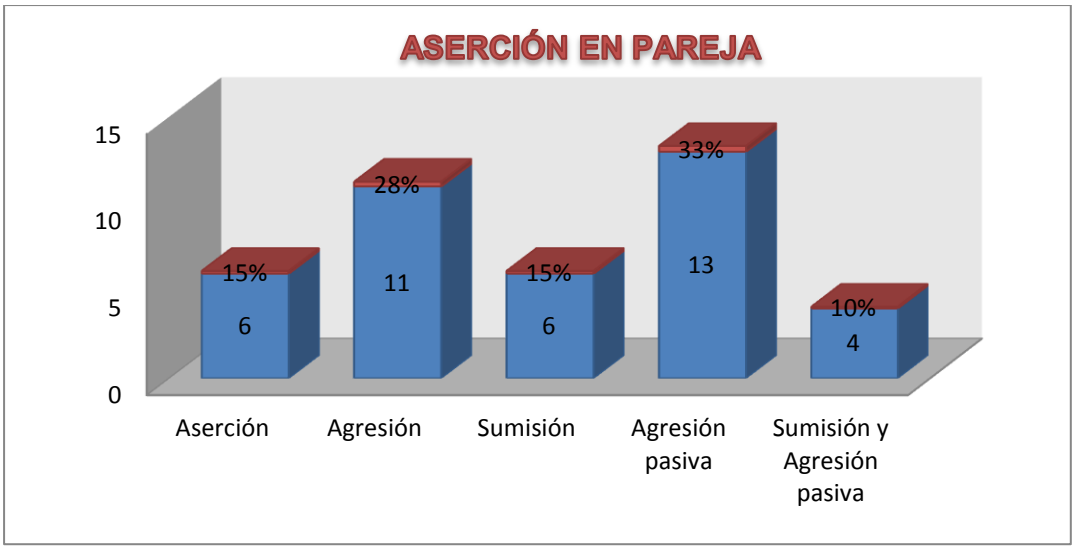
ASERCIÓN EN LA PAREJA

VARIABLE	FRECUANCIA	PORCENTAJE
Aserción	6	15%
Agresión	11	28%
Sumisión	6	15%
Agresión pasiva	13	33%
Sumisión y Agresión pasiva	4	10%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Esposas de militares del C7-BI "LOJA"
Elaborado por: Andria Luisa Zabala Abarca.

GRÁFICO Nº 3

ASERCIÓN EN LA PAREJA



Análisis de resultados: Luego de la aplicación del Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), se puede notar un cifra elevada en: Agresión pasiva con un 33%, 28% Agresión, 15% Sumisión, 15% Aserción y un 4% muestra Agresión pasiva y Sumisión.

TABLA Nº 4

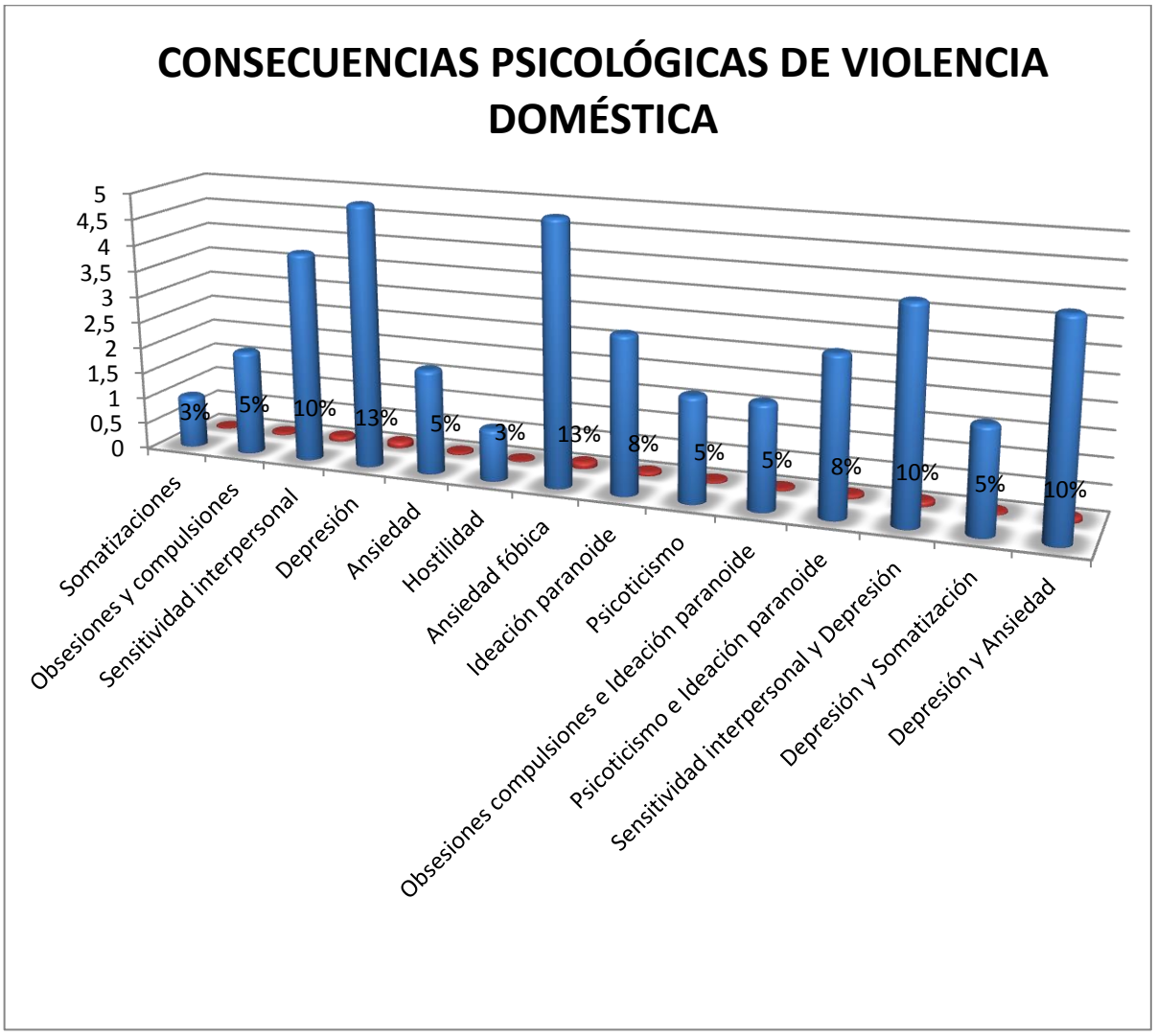
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Somatizaciones	1	3%
Obsesiones y compulsiones	2	5%
Sensitividad interpersonal	4	10%
Depresión	5	13%
Ansiedad	2	5%
Hostilidad	1	3%
Ansiedad fóbica	5	13%
Ideación paranoide	3	8%
Psicoticismo	2	5%
Obsesiones compulsiones e Ideación paranoide	2	5%
Psicoticismo e Ideación paranoide	3	8%
Sensitividad interpersonal y Depresión	4	10%
Depresión y Somatización	2	5%
Depresión y Ansiedad	4	10%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Esposas de militares del C7-BI "LOJA"
Elaborado por: Andria Luisa Zabala Abarca.

GRÁFICO Nº 4

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA



Análisis de resultados: Después de obtener los resultados del reactivo psicológico SCL-90R de L. Derogatis; se pudo evidenciar lo siguiente: Depresión y Ansiedad fóbica presentan los picos más altos con un 13%; Sensitividad interpersonal, Depresión y Sensitividad interpersonal, Depresión y Ansiedad en un 10%; Ideación paranoide, Psicoticismo e Ideación paranoide en un 8%; Obsesiones y compulsiones, Ansiedad, Psicoticismo, Obsesiones compulsiones e Ideación paranoide, Depresión y Somatización presentan un 5%; y en una minoría presentan Somatizaciones y Hostilidad con un 3%.

INDICADORES DE AGRESIÓN

Durante el proceso de investigación en lo que se refiere a la aplicación de reactivos psicológicos específicamente a la Entrevista Estructurada de Violencia, como bien se dijo al inicio no solo se dirigía a la víctima sino también al agresor, donde se pudo obtener los siguientes resultados, tomando las puntuaciones solo de tres en adelante.

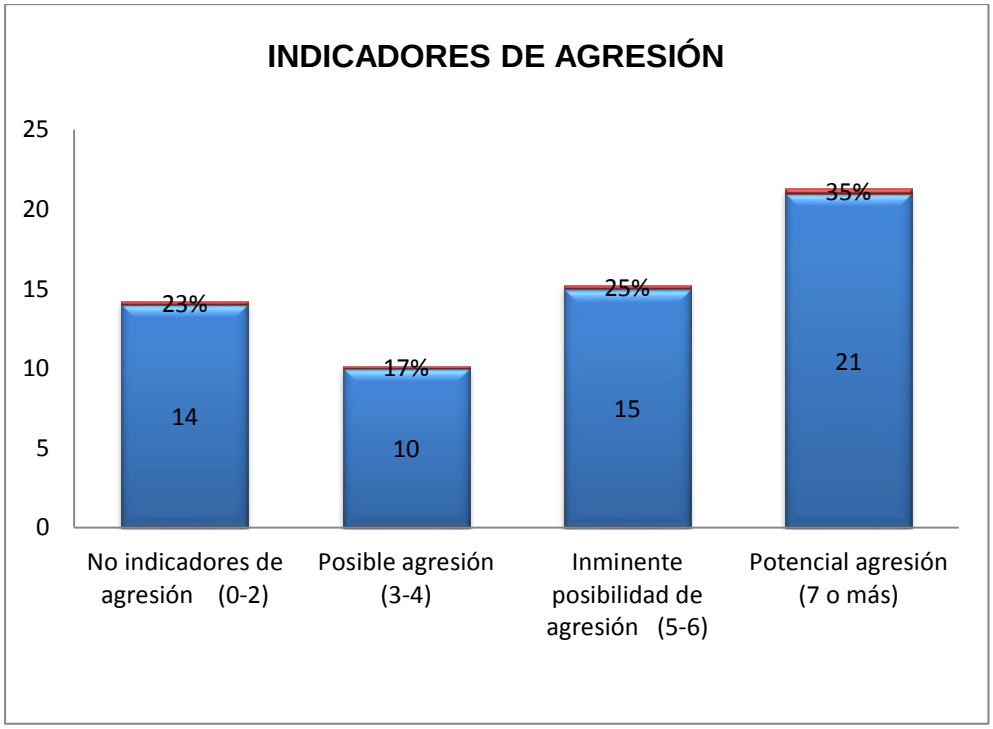
TABLA Nº 5
INDICADORES DE AGRESIÓN

VARIABLE	PUNTUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No indicadores de agresión	0-2	14	23%
Posible agresión	3-4	10	17%
Inminente posibilidad de agresión	5-6	15	25%
Potencial agresión	7-mas	21	35%
TOTAL		**60**	**100%**

Fuente: Personal militar del C7-BI “LOJA”.
Elaborado por: Andria Luisa Zabala Abarca.

GRÁFICO Nº 5

INDICADORES DE AGRESIÓN



Análisis de resultados: Luego de la evaluación e interpretación de los resultados de la Encuesta Estructurada de Violencia dirigida hacia el agresor se concluye: que el 35% de los esposos de las víctimas de violencia son considerados como potenciales agresores; el 25% inminente posibilidad de agresión; el 23% no presenta indicadores de agresión y el 17% presenta posible agresión.

7. DISCUSIÓN

En el presente trabajo investigativo se indago sobre si existía o no violencia en la población de estudio que estaba conformada por las esposas de los militares del C7-BI "LOJA", para la ejecución de la investigación se utilizó: La Entrevista Estructurada de Violencia dirigida hacia la víctima y el agresor de la cual obtuve que el 67% son víctimas de violencia en diferentes tipologías, estas son: violencia física y psicológica en un 35%; el 25% violencia física, psicológica y sexual; el 20% violencia psicológica; el 15% violencia física y el 5% violencia sexual. Al constatar estos datos con un estudio multipaís que presenta La Organización Mundial de Salud, revela que el 15% - 71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y / o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.

Lo que demuestra que las mujeres están más expuestas a la violencia en el hogar que en la calle, lo que tiene graves repercusiones para la salud femenina," afirmó el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS.[77]

En el Ecuador en cambio de acuerdo a la Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia contra las Mujeres, se conoce que 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional urbano o rural. El 90% de las mujeres que sufren violencia sigue junto a su agresor. El 52% de ese total, cree que una pareja debe superar las dificultades. El 22% no tiene independencia económica, un 16,7% ni siquiera tiene a donde ir y siente miedo; igual que ese 9,9% que teme por

[77] Organización Mundial de la Salud(OMS); Violencia contra la mujer , 2012, Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

sus hijos y aquel 7% que ya está amenazada con perder los hijos o su casa. Y cuando ella, al final toma la decisión de abandonarlo, un 76,4% también fue golpeada. (Encuesta Nacional de Violencia: 2012)[78]

Conjuntamente se utilizó el Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), donde nos muestra de una forma más clara, las estrategias de comunicación que cada miembro de una pareja pone en práctica al momento de afrontar una situación marital conflictiva, obteniendo una cifra elevada en Agresión pasiva con un 33%, 28% Agresión, 15% Sumisión, 15% Aserción y un 4% muestra Agresión pasiva y Sumisión.

En lo que respecta a las consecuencias psicológicas de violencia y al interpretar el reactivo psicológico SCL-90R., se concluye que los índices más altos se encuentran en Depresión y Ansiedad fóbica con un 13%; Sensitividad interpersonal, Depresión y Sensitividad interpersonal, Depresión y Ansiedad en un 10%; Ideación paranoide, Psicoticismo e Ideación paranoide en un 8%; Obsesiones y compulsiones, Ansiedad, Psicoticismo, Obsesiones compulsiones e Ideación paranoide, Depresión y Somatización presentan un 5%; y en una minoría presentan Somatizaciones y Hostilidad con un 3%. Difiriendo estos datos con un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, donde se considera al maltrato como uno de los mayores asuntos de salud y de derechos humanos. En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) se resumen sus principales consecuencias psicológicas: Depresión, Ansiedad o

[78] ONU MUJERES, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, La Violencia Contra las Mujeres un Sistema de Salud Pública., Recuperado de: http://www.onumujeresecuador.org/index.php?option=com_content&view=article&id=942:dia-mundial-de-la-salud&catid=27:ecuador&Itemid=29

angustia, Fobias y trastorno de pánico, Insomnio, Trastorno de estrés postraumático, Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño, Trastornos psicosomáticos, Sentimientos de vergüenza y culpabilidad, Conductas autolíticas y autodestructivas, Abuso de alcohol y drogas, Irritabilidad, Suicidio o ideación suicida.

Como consecuencia de una agresión se producen cambios en el sistema de creencias. Kilpatrick & Otto (1987) lo explican de la siguiente manera: la gente generalmente asume que su mundo es predecible, justo, legal y seguro, pero después de ser victimizado estos supuestos básicos son sacudidos, lo que produce un sentimiento de vulnerabilidad, rabia y una necesidad de comprender por qué fueron abusados. Cuando las personas han sido expuestas a hechos inesperados e incontrolables, reaccionan con pasividad (indefensión aprendida y desesperanza).[79]

Finalmente en el estudio ya se han descrito las graves consecuencias psicológicas para la salud y el bienestar de las mujeres que son víctimas de violencia ejercida por el marido o la pareja, y se expone el grado de ocultación que sigue rodeando este tipo de violencia y más aún en las esposas de militares quienes se limitan a expresar la situación que viven realmente en sus hogares por diversos factores, como que puede ser causa para sometimiento o castigos y en los casos más graves despido laboral; lo que implica una pérdida de salario y en algunos casos perdida de su vivienda temporal (villa). Situación que afecta no solo a la víctima o al agresor sino a la familia misma.

[79] Consecuencias Físicas y Psicológicas de la Violencia Contra la Mujer; Recuperado de: http://empoderarmujeres.blogspot.com/2010/11/consecuencias-de-la-violencia-de-genero.html

8. CONCLUSIONES

a) El 67% de las esposas de los militares son víctimas de violencia doméstica. Mientras que un 33%, los signos que presentaban eran mínimos y en otros casos no presentaban signos; por lo tanto no fueron consideradas como víctimas de violencia.

b) Los tipos de violencia más frecuentes son la física, psicológica y sexual al mismo tiempo en un 35%, y en una minoría violencia sexual con un 5%. El resto de porcentajes corresponde a los tres tipos de violencia que dan en forma individual.

c) Las estrategias de comunicación que presentan estas personas a la hora de afrontar una situación conflictiva son de Agresión pasiva en un 33%, lo que significa que existe una carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales. A continuación se encuentra Agresión en un 28% es decir que estas personas utilizan explícitamente formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. En un 15% Sumisión y Aserción el primero significa un sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro y el segundo seria la forma ideal de comunicación ya que expresa los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa. Finalmente en un 10% se presentan Sumisión y Agresión pasiva al mismo tiempo.

d) Las consecuencias psicológicas de violencia domestica con mayor prevalencia son: Depresión y Ansiedad Fóbica en un 13%, Sensitividad interpersonal en un 10%, seguido de Depresión y Ansiedad, Sensitividad interpersonal y Depresión que se presentan en la misma intensidad; en un 5% se encuentran Obsesiones Compulsiones, Ansiedad, Psicoticismo, estas se presentan de forma individual en tanto que Obsesiones Compulsiones e Ideación paranoide, Depresión y Somatización se presentan en la misma intensidad; por último se encuentra Somatizaciones continuado de Hostilidad en un 3%.

e) Finalmente se planteó indicadores de agresión en diferente escalas donde el 35% son considerados como Potencial agresor, el 25% presenta Gran posibilidad de agresión, el 17% Posibilidad de futura agresión y en un 23% No presenta indicadores de agresión.

9. RECOMENDACIONES

1. Ejecutar el plan propuesto de intervención psicoterapéutico con enfoque integrativo que queda en el departamento de psicología, para mejorar el estado de salud mental de la víctima y a su vez erradicar el ciclo de la violencia.

2. Denunciar a la Unidad Especializada de Violencia Contra la Mujer y la Familia para que tome las medidas de protección en contra del victimario.

3. Reportar a las autoridades militares los casos encontrados de violencia para que tomen las medidas correspondientes.

4. Requerir a las autoridades de la institución que el departamento de psicología tenga una mejor ubicación debido a que las víctimas cuando asisten a esta, temen ser vistas por sus esposos que laboran en el establecimiento.

5. Incitar a las esposas del personal militar a identificar precozmente los primeros signos de violencia como forma de prevención.

6. Formar a los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en prevención primaria y secundaria para que posteriormente puedan intervenir en casos de violencia

10. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO CON ENFOQUE INTEGRATIVO

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO DIRIGIDA A LAS ESPOSAS DE MILITARES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERÍA Nº 7 "LOJA".

La terapia integrativa es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológica de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida.

El objetivo de una psicoterapia integrativa es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

La terapia se llevara a cabo de forma individual y dirigida para la víctima.

La violencia ejercida contra las mujeres requiere un abordaje integral a diferentes niveles, relacionado con la prevención, identificación e intervención con la víctima, ya que las secuelas que conlleva esta problemática incluye numerosos síntomas psíquicos, psicosomáticos y físicos.

En cuanto a la intervención con mujeres maltratadas, diversas entidades y organismos han desarrollado programas dirigidos a este fin, pero aún son pocos los estudios publicados sobre su efectividad.

Es por ello que mediante la utilización de técnicas terapéuticas se pretende que la paciente adopte ciertas habilidades y de esta manera pueda hacer frente a una situación marital conflictiva.

Para la elaboración del plan de intervención psicoterapéutico se presentan las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Diagnostico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento
6. Prevención de recaídas

FASE 1: ENCUADRE

Se refiere a las actitudes del terapeuta necesarias para conseguir una relación que favorezca el proceso donde se trabaja específicamente el rapport y empatía para así poder establecer la alianza terapéutica.

La finalidad de este es que cada parte especifique las condiciones generales del programa terapéutico que se llevara cabo.

Sus puntos más importantes son:

Horarios y días.- es decir a qué hora serán las sesiones, cuantos días a la semana, o dependiendo del paciente el terapeuta dará su opinión de cuantas veces es necesario ver al paciente, tomando en cuenta la evolución del paciente o sus vacaciones.

Duración de cada sesión.- esto dependerá de cada paciente o terapeuta de la ética del profesional al decidir cuánto tiempo dará a cada paciente, también se toma en cuenta la evolución del paciente.

Lugar.- aquí hay que especificar si habrá un cambio; aunque por lo general deberá ser en el mismo lugar (espacio del consultorio); además se puede utilizar caminatas en parques, "cambios de aire". Para lograr un resultado especifico, reducir estrés y sedentarismo, etc.

Formas de pago.- se acuerda el valor de cada sesión, si es que es una cuota fija o flexible, o cada que tiempo se pagara: semanal, quincenal, mensual, etc.

Pautas en caso de falta de pago.- el terapeuta deberá tener claro hasta cuantas sesiones tolerara la falta de pago y las medidas que se tomara en caso de que llegara a ocurrir esta situación.

Pautas a seguir en caso de ausencia del paciente.- en caso de falta a la sesión sin aviso previo deberá abandonar el pago de igual forma puesto que para el terapeuta conlleva una pérdida económica y de tiempo. Para ello se determinara un tiempo para avisar de antemano, puede ser una semana, dos días, 24 horas, etc.

El contrato terapéutico no es necesariamente un contrato inflexible, es decir, es utilizado también como una guía, tanto para el paciente como para el terapeuta. Incluso puede haber cambios a lo largo del tratamiento por diferentes condiciones, siempre y cuando tanto el paciente como el terapeuta estén de acuerdo.

FASE 2: EVALUACION Y DIAGNÓSTICO

Después de obtener información mediante la Historia Clínica Psicológica la cual se complementó con los resultados de los reactivos aplicados, y de haber valorado exhaustivamente al paciente; se elaborara un diagnóstico preciso y así saber que estrategias terapéuticas podemos utilizar.

FASE 3: PLANIFICACIÓN

La planificación psicoterapéutica de este estudio está basada en el modelo integrativo que se refiere a la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

El plan está dirigido hacia las esposas de militares víctimas de violencia; mismo que será desarrollado por el personal específico que labora en esta entidad.

FASE 4: INTERVENCIÓN

En esta etapa se pondrá en marcha el desarrollo del proceso terapéutico, mediante la aplicación de técnicas terapéuticas del modelo integrativo; con el objetivo de controlar las consecuencias psicológicas que ha dejado la violencia en los aspectos emocionales (ansiedad, depresión), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la violencia) y sociales (impacto de este problema en la esfera socio familiar del paciente, ya que durante el ciclo de la violencia el paciente se encuentra sometido).

FASE 5: SEGUIMIENTO

La fase de seguimiento nos ayuda a mantener el contacto con el paciente permitiéndonos de esta manera ir evaluando la eficacia del tratamiento efectuado, además nos permite ir afirmando aquellos cambios cognitivos, emocionales, comportamentales y espirituales que se llevaron a cabo dentro del proceso,

La fase de seguimiento está estructurada de manera que tanto el paciente como el terapeuta tienen la oportunidad de manejar cualquier situación adversa, y la cual no tiene un tiempo específico, más bien dependerá de la seriedad e interés que ponga el paciente en su tratamiento.

FASE 6: PREVENCION DE RECAIDAS

Esta fase está destinada a mejorar las estrategias de protección ante situaciones de riesgo de violencia, señales que surgen antes de la recaída, por ello se pretende que la persona identifique respuestas negativas y fortalezca actitudes que le han permitido desarrollarse como persona, evitando caer nuevamente en el ciclo de la violencia.

PLAN TERAPÉUTICO

Diseño de la planificación terapéutica con enfoque Integrativo y va dirigido hacia las víctimas de violencia.

FASE I

SESIÓN I	
Tema:	• **Establecer el contrato y alianza terapéutica.**
Objetivo	• **Desarrollar Empatía y rapport para crear un ambiente de confianza entre paciente y terapeuta**
Duración	45-50 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	En la primera entrevista se pone en práctica los recursos verbales; así como también se establecen los límites y objetivos a alcanzar entre el terapeuta y paciente. Me da a conocer al paciente sobre la confidencialidad que existirá en la terapia.

FASE II

SESIÓN I	
Tema:	Evaluación y Diagnostico
Objetivo	Obtener información para la realización del diagnóstico clínico.
Duración	50-60 minutos dependiendo la rapidez del paciente.
Sesiones	Dos
Procedimiento	En esta fase se continua con la obtención de datos de la Historia Psicología Clínica y la aplicación de algunos reactivos como por ejemplo: Cuestionario de Aserción en la Pareja que tiene una duración entre 15-20 minutos aproximadamente, el cual nos ayuda a conocer que estrategias de comunicación emplea la pareja al momento de un conflicto marital. El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Su aplicación también se la realiza en unos 15 minutos aproximadamente, este nos permite evaluar patrones de síntomas presentes en un individuo. Complementado esta información se podrá establecer un buen diagnóstico.

FASE III

SESIÓN I	
Técnica	Relajación y respiración.
Objetivo	Disminuir síntomas ansiógenos que presentan las pacientes evaluadas.
Duración	30- 40 minutos
Sesiones	Uno
Procedimiento	Visualización de una paisaje (Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación) • Imagínate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas. • Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco. • Vas muy despacio deleitándote de todo lo que ves y sientes a tu alrededor. • Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz. Oyes el canto de los pájaros y los ves volar a tu alrededor. • Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el frescor del agua en tus manos. Dirígelas a tu boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar. • Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbar cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descansa profundamente, muy profundamente.

SESIÓN II	
Objetivo	Modificar pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas
Técnica	Registro de pensamientos automáticos A-B-C
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	a) Primero se le debe de enseñar al paciente el modelo A-B-C, luego cuando ya sepa el significado de sus letras y como funciona, se elabora una hoja de auto registro. Posteriormente se le enviara l atarea a su casa para que refuerce lo aprendido. b) Una vez que ya no exista confusión entre los hechos, lo que piensa y lo que siente, podemos pasar a la reestructuración cognitiva. c) El segunda parte se pretende identificar y modificar conductas desadapatativas mediante reforzadores: premio o castigo.

SESIÓN III	
Objetivo	Detectar y modificar pensamientos distorsionados
Técnica	a) Reestructuración cognitiva b) Solución de problemas
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Dos
Procedimiento	Se enseña al paciente a aprender a encontrarlos las distorsiones cognitivas para poder cambiarlos. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos pues, El individuo identifica y defina el problema para poder elaborar soluciones alternativas y de esta manera explorare posibles soluciones y tome las decisiones más acertadas. Descomponer el problema en sus componentes elementales puede ayudar a hacer el problema más sencillo. Se debe seguir los pasos: 1. Definir el problema con términos específicos 2. Proponer una serie de soluciones posibles 3. Examinar los pros y contras de cada solución, en presente y futuro. 4. Escoger la mejor solución hipotetizada. 5. Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla. 6. Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

SESIÓN IV	
Objetivo	Fortalecer la autoestima y aspectos positivos de la persona
Técnica	a) Árbol de los logros
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	a) Se le pedirá a la paciente que realice un árbol en una hoja de papel bond y coloque en el tronco sus virtudes, en la raíz sus fortalezas, en las ramas sus logros, y sus anhelos en la copa u el fruto. b) Estas se tendrán que trabajar de manera más cuidadosa posible ya que la persona se encuentra en un momento de susceptibilidad. Para ello se deberá dirigir al paciente con el fin de reconocer sus cualidades y limitaciones, puntualizando las características positivas y enfocarse en el potencial de sí misma y no en la victimización. c) Mediante esta técnica la persona se da cuenta de cuáles son sus virtudes y cualidades, que actividades realiza para su beneficio y qué objetivos tiene para su vida.

SESIÓN V	
Objetivo	Identificar el factor estresante y disminuir los síntomas que provoca
Técnica	Desensibilización sistemática
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Dos
Procedimiento	Podemos hacerlo repasando con la imaginación la exposición al estímulo que genera ansiedad (por ej. cómo responder ante una situación o pensamiento ante los que sentimos descontrolar o con gran malestar psicológico o fisiológico) y tras dominar la situación con la imaginación (viéndonos por ej. a nosotros mismos respondiendo controladamente y de una forma mucho más positiva y adaptativa) pasar posteriormente a practicar con la exposición directa. Se trata de deshacer condicionamientos que provocan ansiedad y aprender otros más positivos y adaptativos. Esto sirve para cualquier situación que pueda provocarnos ansiedad. **Los pasos son:** 1. Relajar los músculos a voluntad (Relajación diferencial o progresiva). 2. Hacer una lista con todos los temores o situaciones ansiógenas. 3. Construir una jerarquía de escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad de ansiedad. 4. Avanzar, a través de la imaginación o mediante enfrentamiento, con las situaciones temidas de la jerarquía. Es importante que se practique la visualización para que la situación se viva como muy real. No se pasará a una nueva situación ansiógena hasta no haber logrado que la anterior situación de la jerarquía quede totalmente resuelta en cuanto a la ansiedad vivida.

FASE VI

SESIÓN V	
TEMA:	**FIN DE TRATAMIENTO**
Objetivo	**Hacer el cierre de todo el proceso terapéutico.**
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Uno
Procedimiento	En la parte final de un tratamiento se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado

PLANIFICACION PSICOTERAPEUTICA DIRIGIDA PARA FAMILIAS O GRUPOS DE PERSONAS

SESIÓN I	
Tema:	• **Establecer el contrato y alianza terapéutica.**
Objetivo	• **Desarrollar Empatía y rapport para crear un ambiente de confianza entre paciente y terapeuta**
Duración	45-50 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	En la primera entrevista se pone en práctica los recursos verbales; así como también se establecen los límites y objetivos a alcanzar entre el terapeuta y pacientes. Incentivar a los pacientes a que participen.

SESIÓN II	
Técnica:	Asertividad
Objetivo	Hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.
Duración	50-60 minutos dependiendo la rapidez del paciente.
Sesiones	Dos
Procedimiento	**Habilidades sociales básicas**: Mantener Contacto Ocular, Saludar/Despedirse, Escuchar, Formular una Pregunta, Responder a una Pregunta, Dar las Gracias, Pedir Permiso, Auto-presentarse, Presentar a otras Personas. Hacer un Elogio o Cumplido. **Habilidades sociales intermedias:** Iniciar Conversaciones con Extraños, Mantener Conversaciones, Cerrar Conversaciones, Pedir Ayuda o Favores, Dar Instrucciones u Órdenes, Disculparse, Expresar los Sentimientos, Formular una Crítica, Formular o Responder Quejas, Responder a Bromas Pesadas. **Habilidades sociales avanzadas**: Defenderse del Rumor o de Acusaciones Injustas, Establecer empatía, Ejercer Auto-Control, Proponer y Negociar Acuerdos, Conceder o Realizar Entrevistas, Mediar en Conflictos, Hablar en Público.

SESIÓN III	
Técnica	Cambio de roles.
Objetivo	Comprender las actitudes del otro; reconocer sus sentimientos, actitudes y valores.
Duración	40- 45 minutos
Sesiones	Uno
Procedimiento	**1. Motivación**: Promover un clima de confianza, presentando la situación que se va a representar. **2. Preparación para la dramatización**: El coordinador da a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y cuál es la situación que se va a dramatizar. **3. Dramatización:** Los integrantes del grupo asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencia el conflicto presentado. No hay un guion a seguir, ya que el desarrollo de la historia queda por completo sujeto a las decisiones de los jugadores. Por este motivo la imaginación, la narración oral, la originalidad y el ingenio son primordiales. **4. Debate**.- Luego se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada, se hacen las preguntas sobre el problema dramatizado, se puede solicitar que los que han representado el conflicto den sus opiniones y como se han sentido al asumir el rol que les ha tocado interpretar. .

SESIÓN IV	
Técnica	La Silla Vacía
Objetivo	Integrar los aspectos psicológicos de su ser que rechaza y proyecta para que los incorpore en su personalidad, tomando responsabilidad de ellas y encontrando un acuerdo mutuo.
Duración	40-45 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	Se coloca físicamente frente al paciente una silla en la cual se desarrollará este procedimiento. El paciente recapitula lo sucedido y el terapeuta interviene haciendo énfasis en el sentimiento o la emoción que acompaña la situación descrita, pidiendo paralelamente a la persona que se percate de lo que está sintiendo. De esta forma, la silla actúa a modo de pantalla, donde el paciente focaliza su atención y proyecta su percepción del acontecimiento. El terapeuta dirige la intervención hacia el momento más intenso emocionalmente para el paciente. El paciente establece contacto y el terapeuta contribuye a maximizarlo para que ocurra el awareness (darse cuenta). Y cuando se pone en la silla a una persona significativa. El paciente utiliza su imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, el espacio vacío de la silla. El

terapeuta le pide primero que lo describa físicamente para darle fuerza a tal imagen y presencia, dirige la intervención hacia el momento de mayor intensidad emocional, detiene el proceso y facilita la toma de contacto. El paciente se comunica directamente con la persona imaginada en la silla.

A lo largo de la sesión, existen diversos intercambios de silla. El paciente ocupa tanto la silla donde se ha sentado en el inicio, como la silla que ocupa la proyección. De este modo, él podrá sentir la situación, elemento o persona no disponible que ha proyectado en la silla, y establecer un diálogo.

Una vez de regreso a la silla original, se pide al paciente que cierre los ojos, imagine esa parte suya proyectada en la silla vacía, la acerque hacia sí mismo y la deposite en algún lugar de su cuerpo (cada parte guarda un sentido simbólico con las necesidades afectivas del paciente).

Al finalizar, el terapeuta añade información respecto al modo en cómo la persona puede sentirse después de un procedimiento similar, principalmente para no generar ansiedad innecesaria. Es habitual sentirse raro, triste o extraño los días siguientes a la sesión.

SESIÓN V	
Técnica	Seis sombreros para pensar
Objetivo	Ilustrar los diferentes métodos de pensamientos empleados en los procesos de resolución de problemas.
Duración	45-50 minutos
Sesiones	Una
Procedimiento	Hay seis sombreros de estilo y color diferentes. Cada sombrero representa un modo de pensar determinado. Si Usted se “pone” uno de estos sombreros, ha optado por pensar exclusivamente de esa manera concreta. Los demás participantes también se ponen un sombrero. Si cambian de sombrero, Usted y sus compañeros también cambiarán de forma de pensar. Cada participante debe ponerse los seis sombreros y empezar a reflexionar. Esta técnica permite abordar un problema desde diferentes puntos de vista o enfoques. Ponerse el sombrero Blanco significa actuar objetivamente proporcionando datos objetivos. Sombrero Rojo, significa actuar emocionalmente, dando pasos a las intuiciones o sentimientos cuando se está trabajando en el planteamiento o solución de un problema. Sombrero Negro es representar el enjuiciamiento crítico centrado en las desventajas o factores negativos. El sombrero Amarillo, significa adoptar la visión optimista, la visión centrada en las conveniencias y factores positivos. Adoptar el color Verde, significa adoptar el papel de la creatividad, de la generación de ideas. Finalmente, el sombrero Azul, corresponde al papel del director de la orquesta, del coordinador.

SESIÓN VI	
TEMA:	**FIN DE TRATAMIENTO**
Objetivo	**Hacer el cierre de todo el proceso terapéutico.**
Duración	45-60 minutos
Sesiones	Uno
Procedimiento	En la parte final de un tratamiento se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

[1] ALBURQUERQUE, 2002, Juan, Educación y Violencia Familiar, DYKINSON, S.L. Madrid.

[2] ALMÉRAS, D., B., R., , 2002, Violencia Contra la Mujer en Relación de Pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. Copyright. Naciones Unidas,

[3] BECK, 2003, Aaron,Terapia Cognitiva de la Depresión, Descleé De Brouwer, New York.

[4] CORSI, Jorge, Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico: 2006, fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares, Buenos Aires, Paidós.

[5] CARRASCO, 2005, Mª J., ASPA, Cuestionario de Aserción en la Pareja, Madrid.

[6] CASCÓN, P. 2006, Educación Emocional y Violencia contra la Mujer. LOS LIBROS DE LA CATARATA. Madrid.

[7] CASULLO, 1999/ 2008.,María, M, El Inventario de Síntomas SCL-90-R. de L. Derogatis, UBA. CONICET.

[8] CONSEJO General del Poder Judicial, 2004, LERKO PRINT, S.A. Madrid.

[9] MEDINA, 2002, Amparo, Libres de la Violencia Familiar, Mundo Hispano. Canadá.

[10] NUÑEZ, M. 2003, Amores que Matan: el flagelo de la violencia contra la mujer., Ediciones.

[11] ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud 2001, Atlas, Recursos de la Salud Mental en el Mundo, Ginebra.

[12] RAYMOND, B., C., H., W., M., T., Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad.

[13] RUIZ., C., B., P. 2005, La Violencia Contra las Mujeres, Prevención y Detección. Ediciones Díaz de Santos. España.

[14] Sanmartín 2004, José, El Laberinto de la Violencia, España.

MANUALES Y GUIAS CLINICAS:

[15] CABALLO, Vicente, Manual de técnica de Terapia y Modificación de Conducta.

[16] DIRECCION de Sanidad del Ejercito 2009, Manual Básico de Salud Mental de la Fuerza Terrestre, Ecuador.

[17] ECHEBURÚA, 2006, Enrique, Manual de Violencia Familiar, SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A. España.

[18] FRANCISCO, L., C., M., M. 1993, Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta, Madrid.

[19] NACIONES, U.2010, Manual de Legislación Sobre la Violencia Contra la Mujer. Copyright. Naciones Unidas.

[20] RAMOS, M. 2005, Manual sobre Violencia Familiar y Sexual. Gráfica Kisp´s. Perú.

PAGINAS ELECTRONICAS:

[21] ALCÁZAR, M., G., G., Aspectos Psicológicos de la Violencia de Género. Una propuesta de intervención. Recuperado de: http://www.masterforense.com/pdf/2001/2001art10.pdf

[22] ATAQUES de Pánico y Fobias | El miedo repentino que paraliza; Buenos Aires, 2013; Recuperado de: http://www.sentirypensar.com.ar/nota324.html

[23] BLANCO, P., R., C., La Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/05violencia.pdf

[24] CAPITULO II, Marco Referencial; Recuperado de: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016742/016742_Cap2.pdf

[25] CICLO de la Violencia en la Pareja; Anexo Nº 1; p. 1. Recuperado de: http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VIF.pdf

[26] CENTRO Ecuatoriano Para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM); Quito. Recuperado de: http://www.cepam.org.ec/index.php

[27] DONGIL E., Sociedad Española Para el Estudio de Ansiedad y Estrés (SEAS); Trastorno de Estrés Postraumático; Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm

[28] FONDO de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); LA VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA MUJERES Y NIÑAS; Florencia-Italia, 2000; Recuperado de: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf

[29] GONZALES L., TRASTORNOS MNETALES: FOBIA, PANICO Y MIEDO; Chile, 2006. Recuperado de: http://www.slideshare.net/gunthergretchen/psicologa-las-diferencias-entre-pnico-fobiamiedo

[30] GRIJALBA E., UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica Con Trastorno De Estrés Postraumático: Validación Empírica De Un Programa De Tratamiento; Madrid, 2007; Recuperado de: http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf

[31] HERRERA G., Las fisuras del patriarcado; Reflexiones sobre Feminismo y Derecho; Recuperado de:www.flacso.org.ec/docs/fisuras.pdf

[32] HERNÁNDEZ, R., L., R., Víctimas de Violencia Familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf

[33] MARTIN E., Ansiedad; Recuperado de: http://www.webconsultas.com/ansiedad/ansiedad-398

[34] MILOS D., FACTORES POTENCIALES DE RIESGO PARA SINDROME DE PÁNICO; Estudio Transversal para una Muestra de Atención Primaria; Granada-España, 2010; Recuperado de: http://hera.ugr.es/tesisugr/18838650.pdf

[35] MORENO, C., Violencia Contra la Mujer. Género y equidad en la salud. Recuperado de: http://amro.who.int/spanish/DPM/GPP/GH/Moreno.pdf

[36] PILAR, M., G., A., Intervención Psicológica con Mujeres Maltratadas por su Pareja. Recuperado de: http://www.violenciadegenero-ull.com/intervencion.pdf

[37] PSICOTICISMO, Naturaleza, Críticos, Bases biológicas de psicoticismo; Recuperado de: http://centrodeartigos.com/articulos-informativos/article_60963.html

[38] PSICOLOGÍA de la Emoción; CAPÍTULO 8: LAHOSTILIDAD, EL HUMOR, LA FELICIDAD Y EL AMOR. Recuperado de: http://www.psicocode.com/resumenes/8EMOCION.pdf

[39] RUIZ, I., B., P., Violencia Contra la Mujer en la Pareja: determinantes y respuestas socio sanitarias. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s2/revision1.pdf

[40] SAFER D., Trastorno de Somatización; Recuperado de: http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=127523

[41] SOCIEDAD Española Para el Estudio de Ansiedad y Estrés (SEAS); Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/sintomas.htm

[42] UNIVERSIDAD Tecnológica de el Salvador; Capitulo II; Marco Teórico y Conceptual de Referencia; pp. 8-13, Recuperado de: http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%202.pdf

[43] ZUBIZARRETA, I., Consecuencias Psicológicas del Maltrato Doméstico en las Mujeres y en sus hijas e hijos. Recuperado de: http://www.emakunde.euskadi.net/u72nahikcon/es/contenidos/informacion/nahiko_materialak/es_ponencia/aadjunto/IRENE%20ZUBIZARRETA%20%20ZUTITU%20ConsecuenciaC%20psicol%C3%B3gicas%20del%20maltrato%20en%20mujeres%20y%20sus%20hijas%20e%20hijos.pdf

12. ANEXOS

ANEXO Nro. 1

HOSPITAL DE BRIGADA Nº 7 LOJA

SISTEMA DE SALUD MENTAL

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, estado civil, número de hijos, instrucción, profesión, ocupación, sueldo mensual, religión, tendencia política, Dirección domiciliaria, teléf.

_____
_____
_____
_____
_____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Enumere los síntomas principales por los cuales acude el paciente

_____
_____
_____
_____
_____

3. EVOLUCIÒN DE LA ENFERMEDAD:

Descripción cronológica de los síntomas, cusas, predisponentes, determinantes y desencadenantes, tratamiento y hospitalización

_____
_____
_____
_____

4. ANAMNESIS PERSONAL , NORMAL Y PATOLOGICA:

Prenatal, natal, postnatal, infancia, educación, pubertad, adolescencia, juventud, madurez, relaciones con los padres, hermanos, compañeros, profesores, edad de ingreso, adaptabilidad, éxitos, fracasos, rechazos, preferencia, aptitudes, enfermedades que ha sufrido en cada una de estas etapas, duración y forma de tratamiento

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA:

Organización familiar, número de miembros; nombre, edad, ocupación de sus padres, hermanos, allegados; aspecto económico, vivienda, alimentación, influencias emocionales, relaciones familiares, herencia, mórbida, estado de salud de los familiares

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. HISTORIA SOCIAL:

Desenvolvimiento social en el medio: Familiar, escolar, colegial, etc., amistades, relaciones interpersonales, actividades, aficiones, etc.

_____
_____
_____
_____
_____

7. HISTORIA LABORAL:

Posiciones, satisfacciones, responsabilidad, progresos, fracasos, cambios de ocupación, metas, descripción de las actividades, remuneración, vacaciones, utilización del tiempo libre.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. HISTORIA PSICOSEXUAL:

Orientación sexual, experiencias sexuales, enamoramiento, desenvolvimiento de sentimientos, matrimonio, conflictos, desengaños

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. EXAMEN DE FUNCIONES:

Aspecto físico y psíquico en general: conciencia, atención, sensopercepciones, memoria, afectividad, inteligente, pensamiento, voluntad e insti

_____
_____
_____
_____
_____

10. ESTUDIO PSICOLOGICO:

Aplicación de pruebas y resultados de los reactivos psicológicos

_____
_____
_____

11. DIAGNOSTICO CLINICO Y CODIGO:

_____
_____
_____
_____

12. EVOLUCIÒN Y TRATAMIENTO:

_____
_____
_____
_____

13. FUENTE DE INFORMACIÒN:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO NRO. 2

Encuesta Estructurada de Violencia

DIRIGIDA A LA VICTIMA Y EL AGRESOR; Tomada del libro Amores que Matan, El Flagelo de La Violencia Contra La Mujer; Autor: Miguel Ángel Núñez, 2003: misma que servirá para obtener información acerca de la problemática en estudio.

Conteste cada una estas preguntas con la primera respuesta que se le venga a la mente. Si intenta buscar otra respuesta o piensa mucho en la forma de contestar, su mente puede estar buscando una forma de evadir el problema o huir negando lo que está pasando. Lo primero que viene a su mente es lo más honesto.

a) Su pareja le da miedo.

SI ( ) **NO** ( )

b) Muchas veces tiene que actuar con mucho cuidado para evitar que su pareja se enoje.

SI ( ) **NO** ( )

c) En alguna ocasión su pareja le ha golpeado, empujado o abofeteado.

SI( ) **NO( )**

d) A veces siente que merece ser golpeada.

SI( ) **NO( )**

e) En alguna ocasión ha sentido que es culpable de algo, por eso le sucede esto, pero no sabe qué.

SI ( ) **NO ( )**

f) Perdió el respeto que antes sentía por su pareja.

SI( ) **NO( )**

g) La mayoría de las veces su pareja se comporta bien con usted, pero en ocasiones es cruel y perverso en su forma de tratarla.

SI( ) **NO( )**

h) En más de alguna ocasión su pareja le ha puesto en una situación tal que siente que está al borde de la locura.

SI( ) **NO**( )

i) En alguna ocasión ha sentido que la forma de liberarse de todo lo que le pasa es con la muerte de su pareja.

SI( ) **NO( )**

j) En alguna ocasión ha pensado que su pareja podría matarla.

SI( ) **NO( )**

k) En alguna ocasión su pareja le ha dicho que algún día la va a matar.

SI( ) **NO( )**

l) En algún momento su pareja la ha amenazado con el suicidio.

SI( ) **NO( )**

m) ¿Usted fue abusada siendo niña?

SI( ) **NO( )**

n) En alguna ocasión ha sido forzada por su pareja a hacer algo que no quería hacer.

SI ( ) **NO** ( )

o) Desde que está en esta relación ¿ha perdido a casi todos sus amigos?

SI( ) **NO( )**

p) Muchas veces se siente tan sola que no sabe a quién pedirle ayuda o no cree que le vayan a creer lo que está pasando.

SI ( ) **NO ( )**

q) ¿ha perdido algún trabajo a causa de su pareja?

SI ( ) **NO ( )**

r) A vece se siente emocionalmente insensible, como si nada pudiese ya afectarle.

SI ( ) **NO ( )**

s) En ocasiones siente que está fingiendo todo el tiempo para que la gente no se dé cuéntalo que realmente está viviendo.

SI ( ) **NO ( )**

t) Tiene temor de contarle a otros (amigos, familia) lo que está viviendo por miedo a las consecuencias.

SI ( ) NO ( )

u) ¿ha estado en otra relación en la que es posible que hay contestado afirmativamente estas preguntas?

SI ( ) NO ( )

Mientras más preguntas positivas respondas más urgente es la necesidad de ayuda, y eso debe ser hoy, no mañana.

EL AGRESOR

Muchos agresores no están dispuestos a hacerse un autoexamen. Pero, si en algún momento alguno estuviera accediendo a realizar un análisis introspectivo, estas preguntas pueden ayudarlo

1. ¿Tu pareja a veces te teme?

   SI( ) NO( )

2. Sientes celos de tu pareja.

   SI( ) NO( )

3. Tienes en muchas ocasiones deseos de saber dónde está tu pareja, que está haciendo y con quien.

   SI( ) NO( )

4. Eres muy protector de tu pareja.

   SI( ) NO( )

5. Consideras que tú eres el jefe y cabeza de la familia y que ese rol no es disputable.

   SI ( ) NO ( )

6. En ocasiones sientes que tienes poner orden de manera firme para que las cosas funcionen de acuerdo a lo que tú quieres en la relación de pareja que tienes.

   SI ( ) NO ( )

7. Has pegado, abofeteado o empujado a tu pareja.

   SI( ) NO( )

8. Alguna vez has dicho en tono amenazante a tu pareja: “¡mejor que no me hagas enojar!”

   SI ( ) NO ( )

9. ¿Has amenazado alguna vez a tu pareja?

   SI( ) NO( )

10. ¿En alguna ocasión has dicho algo a tu pareja que ella ha tomado como amenaza? Eso aunque tu estuvieses hablando en broma.

    SI( ) NO( )

11. Has dicho o has pensado en relación a tu pareja: “eres insoportable. Nadie podría aguantarte más que yo”

SI( ) NO( )

12. En alguna ocasión en medio de una discusión con tu pareja, ¿haz lanzado algún objeto o golpeado alguna pared?

SI( ) NO( )

13. Cuando tu pareja no quiere realizar algo que tu si quieres, ¿considera que los argumentos que tu das son convincentes e irrefutables?

SI( ) NO( )

14. Crees que es importante que las cosas se hagan a tu manera.

SI( ) NO( )

15. Piensas que en alguna ocasión tu pareja merece que le pegues.

SI( ) NO( )

16. Se te ha ocurrido que en algunas ocasiones tu pareja busca que tú le pegues.

SI ( ) NO ( )

17. Alguna vez te has descubierto a ti mismo sonriendo mientras tu pareja se quejaba de algún daño.

SI( ) NO( )

18. Has roto o quebrado intencionalmente algún objeto que era importante para tu pareja.

SI ( ) NO ( )

19. Temes que en algún momento alguien se entere de lo que realmente pasa en tu hogar. Temes que no logre entender lo que pasa y que llegue incluso a crearte problemas legales.

SI ( ) NO ( )

20. Has seguido a tu pareja sin que se entere, sabiendo que no le habría de gustar.

SI ( ) NO ( )

21. Crees que no eres violento con tu pareja y estas convencido que hay otros que tratan de manera mucho peor a sus parejas.

SI( ) **NO( )**

22. En alguna ocasión, ¿has impedido físicamente a tu pareja salir de su casa?

SI ( ) **NO ( )**

23. Es importante para ti que los otros, especialmente tu pareja, estén de acuerdo contigo.

SI ( ) **NO ( )**

Mientras contestabas este cuestionario, te has sorprendido a ti mismo argumentando con un “si, pero…”

SI ( ) **NO( )**

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad:**..... **Fecha de hoy:** .....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

O Mujer O Varón

Educación:

O Primario incompleto O Secundario incompleto O Terciario incompleto

O Primario completo O Secundario completo O Terciario/universitario completo

Estado civil:

O Soltero O Divorciado O Viudo/a

O Casado O Separado O En pareja

Ocupación: .....

Lugar de nacimiento: .....

Lugar de residencia actual: .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1.Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirmme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27.Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50 Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Hoja para el cálculo de los puntajes

1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas. usando tabla.
4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

1) SOMATIZACIONES (12 ítems)

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49.... 52.... 53.... 56.... 58....→

Total		promedio
Nº resp.		

SOM

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65.....- - - →

Total		promedio
Nº resp.		

OBS

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... - - - - - - - →

Total		promedio
Nº resp.		

SI

4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5....14....15... 20.... 22.... 26... 29... 30... 31... 32....54... 71... 79..... →

Total		promedio
Nº resp.		

DEP

5) ANSIEDAD (10 ítems)

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... →

total		promedio
Nº resp.		

ANS

6) HOSTILIDAD (6 ítems)

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... - - - - - - - - - - - - - - - - - - - →

Total		promedio
Nº resp.		

HOS

7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13..... 25..... 47..... 50..... 70.....75..... 82..... - - - - - - - - - - - - - - - →

Total		promedio
Nº resp.		

FOB

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... - →

Total		promedio
Nº resp.		

PAR

9) PSICOTICISMO (10 ítems)

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... - - - →

Total		promedio
Nº resp.		

PSIC

ITEMES ADICIONALES (7 ítems)
19.....44..... 59.....60..... 64.....66.....89..... - - - - - - - - - - - - - - →

Total	
Nº resp.	

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL - - - - - - - - - - - - - - - - - - - →

Σ " total"	Nº respuestas contestadas	
/		

IGS

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS - →

TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO - - - - - - - - - →

Σ "total"	SP	
/		

IMSP

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Normas Adultos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	**1,83**	**2,10**	**1,67**	**2,00**	**1,80**	**1,67**	**1,14**	**2,00**	**1,10**	**1,62**	**62,00**	**2,53**	**63**
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	**1,25**	**1,90**	**1,56**	**1,62**	**1,60**	**1,67**	**0,86**	**1,83**	**1,20**	**1,32**	**57,00**	**2,40**	**63**
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)

ASPA

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN LA PAREJA

HOJA DE RESPUESTAS

Forma A B

APELLIDOS

NOMBRE

EDAD SEXO V M

EXAMINADOR

FECHA

1.	①	②	③	④	⑤	⑥
2.	①	②	③	④	⑤	⑥
3.	①	②	③	④	⑤	⑥
4.	①	②	③	④	⑤	⑥
5.	①	②	③	④	⑤	⑥
6.	①	②	③	④	⑤	⑥
7.	①	②	③	④	⑤	⑥
8.	①	②	③	④	⑤	⑥
9.	①	②	③	④	⑤	⑥
10.	①	②	③	④	⑤	⑥
11.	①	②	③	④	⑤	⑥
12.	①	②	③	④	⑤	⑥
13.	①	②	③	④	⑤	⑥
14.	①	②	③	④	⑤	⑥
15.	①	②	③	④	⑤	⑥
16.	①	②	③	④	⑤	⑥
17.	①	②	③	④	⑤	⑥
18.	①	②	③	④	⑤	⑥
19.	①	②	③	④	⑤	⑥
20.	①	②	③	④	⑤	⑥
SUBTOTAL 1						

21.	①	②	③	④	⑤	⑥
22.	①	②	③	④	⑤	⑥
23.	①	②	③	④	⑤	⑥
24.	①	②	③	④	⑤	⑥
25.	①	②	③	④	⑤	⑥
26.	①	②	③	④	⑤	⑥
27.	①	②	③	④	⑤	⑥
28.	①	②	③	④	⑤	⑥
29.	①	②	③	④	⑤	⑥
30.	①	②	③	④	⑤	⑥
31.	①	②	③	④	⑤	⑥
32.	①	②	③	④	⑤	⑥
33.	①	②	③	④	⑤	⑥
34.	①	②	③	④	⑤	⑥
35.	①	②	③	④	⑤	⑥
36.	①	②	③	④	⑤	⑥
37.	①	②	③	④	⑤	⑥
38.	①	②	③	④	⑤	⑥
39.	①	②	③	④	⑤	⑥
40.	①	②	③	④	⑤	⑥
SUBTOTAL 2						

PD = TOTAL 1 + 2 TG

PR = PD X 100/TG

PC

AS AG SU AP

Autora: Mª J. Carrasco.
Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - *Este ejemplar está impreso en tintas azul y negra. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - D. Legal: M - 16.015 - 1996.

ASPA

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN LA PAREJA

FORMA A

A continuación se describen una serie de situaciones que pueden plantearse en la convivencia de una pareja. Indique, por favor, con qué frecuencia tiende a comportarse de manera similar a la que se describe. Aunque puede que no se comporte **de forma exacta** a la descrita, imagínese comportándose **de forma parecida** y señale **con qué frecuencia tiende a comportarse de esa manera.** Por favor, conteste a todas las situaciones planteadas.

Las respuestas deben anotarse en la hoja de respuestas preparada al efecto, marcando con una aspa el círculo que contiene el número adecuado. No debe hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

Indique la frecuencia con que tiende a comportarse de la forma descrita según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
CASI NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	GENERALMENTE	CASI SIEMPRE

Si, por ejemplo, cree que se comporta de esa manera OCASIONALMENTE, debe marcarlo así:

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

1. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, espero que se dé cuenta de la situación mostrándome frío/a y distante.
2. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, le amenazo con hacerle la vida imposible hasta que lo haga.
3. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, cambio de tema o le doy la razón para evitar una pelea.
4. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, no digo nada, pongo «mala cara» y decido no volver a interesarme por sus cosas.
5. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, intento que no se dé cuenta del daño que me ha hecho.
6. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, me meto con él/ella por su mal gusto y discuto para conseguir lo que quiero.
7. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, no digo nada pero me muestro frío/a y distante.
8. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», me muestro distante y frío/a para darle una lección.
9. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, no insisto.
10. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, lo dejo pasar y sigo con su tema.
11. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, no digo nada pero espero que se dé cuenta de la situación.
12. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, lo dejo pasar pero busco la ocasión para, sutilmente, echarle en cara que no cumple sus promesas.
13. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, acabo dando gritos y «poniéndole verde».

Autora: Mª J. Carrasco.
Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - *Este ejemplar está impreso en tintas azul y negra. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En*

14. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, me rindo e intento esconder mis sentimientos por su rechazo.

15. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, no le contesto, pero durante un tiempo estoy «en silencio» enfadado/a.

16. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cedo para evitar una pelea.

17. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, le digo qué es exactamente lo que me parece injusto.

18. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», intento no hacer caso y olvidarlo.

19. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, me siento herido/a, dejo de hablarle y pongo «cara de enfado».

20. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, lo dejo pasar pero decido no tener relaciones sexuales cuando él/ella las desee.

21. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, le digo que comprendo que a ninguno de los dos nos gusta hacer estas cosas y sugiero que dividamos las tareas.

22. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, le recuerdo que quiero que lo haga.

23. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, me callo y pongo «cara de enfado».

24. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece arse cuenta o apreciarlo, le digo que estoy intentando ayudarle y que me siento mal cuando no reconoce mi esfuerzo.

25. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, le ataco verbalmente y «desahogo» así mis sentimientos.

26. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, le sugiero que lo hablemos y busquemos un acuerdo.

27. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, me siento herido/a pero intento que no se dé cuenta.

28. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», le hago saber mis sentimientos y que eso que me dice me «duele».

29. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, le grito por no prestarme atención.

30. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, me enfado y comienzo a atacarle por ser un reprimido/a o no importarle el tema.

31. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, acabo gritándole y le llamo todo tipo de cosas de las que luego me arrepiento.

32. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, lo dejo pasar antes que armar lío.

33. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, yo, con calma, le repito, las veces que sea necesario, cuáles son mis ideas.

34. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, le digo que está tan pendiente de sí mismo que ni siquiera se da cuenta de lo que los demás hacen por él/ella.

35. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, le expongo mis sentimientos y que no me gusta lo que ha dicho.

36. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cedo y muestro mi disgusto quejándome.

37. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, le ataco verbalmente y luego me arrepiento de las cosas que le he dicho.

38. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», intento humillarle también para recuperar el respeto por mí mismo/a.

39. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, se lo pregunto de nuevo.

40. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, le digo que me parece mal que se niegue a hablar de ello.

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN LA PAREJA

FORMA B

A continuación se describen una serie de situaciones que pueden plantearse en la convivencia de una pareja. Indique, por favor, con qué frecuencia **su cónyuge** tiende a comportarse de manera similar a la que se describe. Aunque puede que no se comporte **de forma exacta** a la descrita, imagíneselo comportándose **de forma parecida** y señale **con qué frecuencia tiende a comportarse de esa manera**. Por favor, conteste a todas las situaciones planteadas.

Las respuestas deben anotarse en la hoja de respuestas preparada al efecto, marcando con una aspa el círculo que contiene el número adecuado. No debe hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

Indique la frecuencia con que tiende a comportarse de la forma descrita según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
CASI NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	GENERALMENTE	CASI SIEMPRE

Si, por ejemplo, cree que se comporta de esa manera OCASIONALMENTE, debe marcarlo así:

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

1. Cuando mi cónyuge quiere que me responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, espera que me dé cuenta de la situación mostrándose frío/a y distante.
2. Si no hago algo que prometí, mi cónyuge me amenaza con hacerme la vida imposible hasta que lo haga.
3. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, mi cónyuge cambia de tema o me da la razón para evitar una pelea.
4. Cuando mi cónyuge intenta darme apoyo o ayuda y yo no me doy cuenta o no lo aprecio, no dice nada, pone «mala cara» y decide no volver a interesarse por mis cosas.
5. Cuando digo algo que hiere a mi cónyuge, intenta que no me dé cuenta del daño que le he hecho.
6. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, se mete conmigo por mi mal gusto y discute para conseguir lo que quiere.
7. Cuando me porto injustamente con mi cónyuge, no dice nada pero se muestra frío/a y distante.
8. Cuando digo a mi cónyuge algo que le parece «humillante», se muestra distante y frío/a para darme una lección.
9. Cuando mi cónyuge me pregunta algo y yo no le respondo, no insiste.
10. Cuando mi cónyuge intenta hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero yo le quito importancia a la cuestión y cambio de tema, lo deja pasar y sigue con su tema.
11. Cuando mi cónyuge quiere que me responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, no dice nada pero espera que yo me dé cuenta de la situación.
12. Si no hago algo que prometí, mi cónyuge lo deja pasar pero busca la ocasión para, sutilmente, echarme en cara que no cumplo mis promesas.
13. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, acaba dando gritos y «poniéndome verde».

14. Cuando mi cónyuge intenta darme apoyo o ayuda y yo no me doy cuenta o no lo aprecio, se rinde e intenta esconder sus sentimientos por mi rechazo.

15. Cuando digo algo que hiere a mi cónyuge, no me dice nada, pero durante un tiempo está «en silencio» enfadado/a.

16. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cede para evitar una pelea.

17. Cuando me porto injustamente con mi cónyuge, me dice qué es exactamente lo que le parece injusto.

18. Cuando digo a mi cónyuge algo que le parece «humillante», intenta no hacer caso y olvidarlo.

19. Cuando mi cónyuge me pregunta algo y yo no le respondo, se siente herido/a, deja de hablarme y pone «cara de enfado».

20. Cuando mi cónyuge intenta hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero yo le quito importancia a la cuestión y cambio de tema, lo deja pasar pero decide no tener relaciones sexuales cuando yo las desee.

21. Cuando mi cónyuge quiere que me responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, me dice que comprende que a ninguno de los dos nos gusta hacer estas cosas y sugiere que dividamos las tareas.

22. Si no hago algo que prometí, mi cónyuge me recuerda que quiere que lo haga.

23. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, se calla y pone «cara de enfado».

24. Cuando mi cónyuge intenta darme apoyo o ayuda y yo no me doy cuenta o no lo aprecio, me dice que está intentando ayudarme y que se siente mal cuando no reconozco su esfuerzo.

25. Cuando digo algo que hiere a mi cónyuge, me ataca verbalmente y «desahoga» así sus sentimientos hacia mí.

26. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, me sugiere que lo hablemos y busquemos un acuerdo.

27. Cuando me porto injustamente con mi cónyuge, se siente herido/a pero intenta que no me dé cuenta.

28. Cuando digo a mi cónyuge algo que le parece «humillante», me hace saber sus sentimientos y que eso que le he dicho le «duele».

29. Cuando mi cónyuge me pregunta algo y yo no le respondo, me grita por no prestarle atención.

30. Cuando mi cónyuge intenta hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero yo le quito importancia a la cuestión y cambio de tema, se enfada y comienza a atacarme por ser un reprimido/a o no importarme el tema.

31. Cuando mi cónyuge quiere que me responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, acaba gritándome y me llama todo tipo de cosas de las que luego se arrepiente.

32. Si no hago algo que prometí, mi cónyuge lo deja pasar antes que armar lío.

33. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, con calma, me repite, las veces que sea necesario, cuáles son sus ideas.

34. Cuando mi cónyuge intenta darme apoyo o ayuda y yo no me doy cuenta o no lo aprecio, me dice que estoy tan pendiente de mí mismo que ni siquiera me doy cuenta de lo que los demás hacen por mí.

35. Cuando digo algo que hiere a mi cónyuge, me expone sus sentimientos y que no le gusta lo que he dicho.

36. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cede y muestra su disgusto quejándose.

37. Cuando me porto injustamente con mi cónyuge, me ataca verbalmente y luego se arrepiente de las cosas que me ha dicho.

38. Cuando digo a mi cónyuge algo que le parece «humillante», intenta humillar me también para recuperar el respeto por sí mismo/a.

39. Cuando mi cónyuge me pregunta algo y yo no le respondo, me lo pregunta de nuevo.

40. Cuando mi cónyuge intenta hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero yo le quito importancia a la cuestión y cambio de tema, me dice que le parece mal que me niegue a hablar de ello.

ANEXO NRO. 5

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. TEMA:

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE TRATAMIENTO EN ESPOSAS DE MILITARES DEL COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA" PERIODO MAYO-OCTUBRE 2013.

PROBLEMA

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia; pues las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación. Está en nuestras calles y en nuestros hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros.

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina.

Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales.[80]

En Ecuador el 60,6% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia. La misma que no tiene mayores diferencias entre zonas urbanas y rurales: en la zona urbana el porcentaje es de 61,4% y en la rural 58,7%, según la Primera Encuesta de Violencia de Género realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El director del INEC, de acuerdo con la encuesta que se realizó desde el 6 de noviembre hasta 15 de diciembre del 2011 a 18900 mujeres en todas las

[80]INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD; Organización Mundial de la Salud Washington, D.C 2002; pág. 1

provincias del país; detalló que un 53.9 % de las mujeres sufre violencia psicológica, el 35.3% comprende violencia física, sexual, patrimonial.[81]

Según este estudio, el 52,5% de las mujeres a pesar de ser sujeto de violencia, no se separa porque consideran que "las parejas deben superar las dificultades y mantenerse unidas", el 46,5% piensa que "los problemas no son tan graves" y el 40,4% "quiere a su pareja y piensa que algún día va a cambiar", mientras el 22% "no se puede sostener económicamente".

Las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia contra la mujer. Siendo la violencia psicológica la más común con el 53.9%.

De las mujeres que han sufrido violencia el 76% ha sido por parte de su pareja o ex parejas, 87,3% de ellas ha vivido violencia física y el 76,3% violencia psicológica, la que menos sufren es la violencia patrimonial con el 28,9%.[82]

La violencia tiene múltiples causas, entre las que destacan las condiciones socioculturales que la generan; por una parte, la división sexual del trabajo y, por otra, aspectos ideológico-culturales adquiridos en el proceso de socialización diferencial y en el aprendizaje cotidiano de los roles y atributos psíquicos estereotipados que se otorgan a varones y mujeres y que, una vez

[81]DIARIO EL UNIVERSO, Guayaquil-Ecuador; ESTUDIO ESTADISTICO REALIZADO POR INEC "Violencia hacia la mujer"; del lunes 19 de marzo del 2012.
[82]INEC, Maltrato a la mujer,(2011), Recuperado de:www.inec.gob.ec/

introyectados en sus identidades crean condiciones que contribuyen a la violencia.

Actualmente se reconoce la existencia de distintas estructuras familiares que hoy en día son objeto de un examen crítico, las familias se organizan preferentemente en torno al poder de los integrantes del sexo masculino en todos los niveles jerárquicos. Por lo tanto, se estructura a partir de fuertes lazos de dominación y de notables desigualdades en las relaciones de poder, que afectan a las mujeres; el rol que se les asigna en la vida conyugal supone sumisión, dependencia y la aceptación de la autoridad indiscutible del hombre y de un conjunto de normas y conductas que limitan su desarrollo. En este contexto, los hombres pueden castigar a las mujeres o controlar sus expresiones, su movilidad y su sexualidad. La violencia dentro del hogar se utiliza como un instrumento de poder, de carácter funcional, destinado a afianzar la autoridad y la supremacía masculinas y a velar por el cumplimiento de las responsabilidades socialmente asignadas a las mujeres dentro de la familia.[83].

Un sector de la sociedad vulnerable en la ciudad de Loja es el COMANDO DE BRIGADA DE INFANTERIA Nº 7 "LOJA".En este medio militar, la imposición jerárquica, los sistemas disciplinarios, la subordinación, las demandas físicas, las modificaciones y cambios obligados de sus ambientes

[83]NIEVES Rico, Documento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL);VIOLENCIA DE GENERO: UN PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS; P. 20

por los pases impuestos, el desarraigo familiar, los cursos, como requisito indispensable para los ascensos y porque no decirlo para un periodo de estabilización. Por otro lado, los riesgos de la profesión militar y la amenaza de un conflicto armado activan otros mecanismos de adaptación que obligan al militar a poner en juego sus recursos psicológicos que no siempre son los adecuados, pues se desarrollan en función a discernimientos, intuición, rumores, experiencias y temores, estos últimos, frutos del desconocimiento o información deformada de los sucesos de su entorno; pueden generan posteriormente niveles permanentes de tensión.

Por tanto nos damos cuenta que estas instituciones también se ven profundamente afectadas, donde además de su formación agresiva de combate y las condiciones antes mencionadas, se convierten en un factor determinante en aquellas personas que no tienen una buena estabilidad emocional, lo que hace que; expresen la crisis de la sociedad adoptando actitudes violentas consigo mismos, con los otros y con el ámbito social que los rodea. Debemos admitir que son palabras que al asociarlas nos producen incomodidad aunque respondan a la realidad.

En tal sentido, el problema reclama interés en cuanto representa un gran daño para la persona que lo sufre, lo ejerce o lo contempla.

La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana, ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo. Cada vez se hace más hincapié en prevenir y combatir las raíces de la violencia.

Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto.

Por lo que he decidido plantear el siguiente problema: ¿La violencia en las esposas de los militares que consecuencias psicológicas provoca?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la violencia, sus repercusiones psicológicas y tratamiento en las esposas de los militares del C7-BI “LOJA” Loja durante el periodo Mayo-Octubre 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evidenciar el tipo de violencia con mayor incidencia ejercida a las esposas de los militares del C7-BI “LOJA” Loja durante el periodo Mayo-Octubre 2013 por parte de sus cónyuges

2. Determinar las consecuencias de la violencia en la salud mental de las esposas de los militares del C7-BI “LOJA” durante el periodo Mayo-Octubre 2013.

3. Elaborar plan terapéutico encaminado a la estabilización emocional de la víctima, modificación de conducta, control de impulsos y psicoeducación.

JUSTIFICACIÓN

En la universidad nacional de Loja se vienen desarrollando proyectos de investigación en todas las áreas; en el Área de la Salud Humana también se cumple con este requisito; de allí que previo a la obtención del título de psicóloga clínica he decidido realizar el presente trabajo investigativo; partiendo desde la violencia, la cual se considera como uno de los problemas más agudos que tenemos que enfrentar, debido a los altos índices y frecuencia de actos violentos en todas las esferas económicas y sociales. Este fenómeno hoy en día se da en todas las instituciones públicas, privadas y de la sociedad en general, con mayor o menor intensidad y reclama interés en cuanto representa un daño psicológico en las personas que lo sufren. En las instituciones militares, por su perfil psicológico y formación diferente, también es frecuente observar conductas violentas; las mismas que se han visto reflejadas en sus parejas, lo que ha conducido a una serie de conflictos que posteriormente interfieren en el desarrollo integral como ser humano. Por lo que he creído conveniente realizar el presente trabajo de investigación debido a las graves repercusiones sociales y de salud que han enquistado en todas la población en general; alterando el equilibrio mental personal y de la familia.

Por todo lo expuesto es que se hace necesario analizar y describir el fenómeno de la violencia efectuando un aporte que contribuya a pensar y concretar instancias y procesos tendientes a mitigar este fenómeno.

METODOLOGIA

Para el desarrollo del proyecto de investigación he creído conveniente considerar la siguiente metodología; la misma que me permitirá obtener datos válidos y confiables.

El diseño de investigación será de tipo descriptivo social, cuantitativo y cualitativo. Se desarrollará mediante métodos y técnicas que permitirán recoger información para aclarar los objetivos planteados y con los resultados llegar a establecer conclusiones, recomendaciones y alternativas psicoterapéuticas de tratamiento, dirigido hacia las esposas de los militares que han sido víctimas de violencia y que actualmente presentan consecuencias psicológicas.

TIPO DE ESTUDIO

La investigación será de tipo transversal, debido a que su ejecución será dentro de un tiempo determinado.

Dentro de los métodos se aplicara:

El METODO DEDUCTIVO - INDUCTIVO: El mismo que consiste en derivar una premisa general, a una conclusión en particular; el cual servirá para diagnosticar la problemática existente en el C7-BI “LOJA”, en donde se

analizará la violencia desde su contexto general para luego contextualizarlos en forma particular, y determinar sus posibles consecuencias psicológicas.

El METODO ANALITICO – SINTETICO: El mismo que permite asociar y recolectar información; para luego unirla y relacionarla entre sí. El cual servirá para la realización del marco teórico. Utilizarse

MUESTRA

La población de estudio estará conformada por voluntarios, oficiales y sus respectivas esposas del C7-BI “LOJA”.

INSTRUMENTOS A UTILIZARSE

ENCUESTA ESTRUCTURADA DE VIOLENCIA DIRIGIDA A LA VICTIMA Y EL AGRESOR; Tomada del libro Amores que Matan, El Flagelo de La Violencia Contra La Mujer; Autor: Miguel Ángel Núñez, 2003: misma que servirá para obtener información acerca de la problemática en estudio.

HISTORIA CLINICA BREVE: La cual tiene como propósito, obtener información relevante de la persona en estudio para poder llegar a un diagnóstico.

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN LA PAREJA (ASPA): Su finalidad es evaluar cuatro tipos diferentes de estrategias de comunicación que cada

miembro de una pareja puede poner en marcha a la hora de afrontar situaciones conflictivas que pueden surgir en una convivencia marital. Esta evaluación se lleva a cabo de dos formas, por un lado cada sujeto se evalúa a sí mismo (Forma A) y por otro evalúa el comportamiento de su pareja (Forma B).[84]

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis: Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

1) Somatizaciones (SOM)

2) Obsesiones y compulsiones (OBS)

3) Sensitividad interpersonal (SI)

4) Depresión (DEP)

5) Ansiedad (ANS)

6) Hostilidad (HOS)

7) Ansiedad fóbica (FOB)

8) Ideación paranoide (PAR)

[84]CARRASCO Mª J., Cuestionario de Aserción en Pareja (ASPA); Madrid, 2005; P. 5

9) Psicoticismo (PSIC).

1) Índice global de severidad (IGS)

2) Total de síntomas positivos (TSP)

3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.[85]

[85]CASULLO M., El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis; Adaptación UBA. CONICET. 1999/ 2008; P. 1

PRESUPUESTO

MATERIAL DE INSUMOS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Horas de internet	1.00	120	120.00
Libros/(copias)		5	300.00
Pen drive	8.00	2	16.00
Impresiones color	0.50	80	40.00
Impresiones blanco-negro	0.20	400	80.00
Material de escritorio			300.00
CD	0.75	6	04.50
Empastado	6.00	5	30.00
Transporte	2.00	100	200.00
Imprevistos			100.00
TOTAL			**1190.50**

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
ACTIVIDADES						
	Mayo	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**
Elaboración, presentación, aprobación del tema	X					
Revisión bibliográfica	X	X				
Elaboración, presentación y aprobación del anteproyecto			x			
Recolección de datos, mediante la aplicación de reactivos psicológicos			x	X		
Análisis e interpretación de datos					x	
Elaboración e interpretación de la información					x	
Conclusiones y recomendación						x
Elaboración de informe final						x
Sustentación						x

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

1. BECK, Aaron,Terapia Cognitiva de la Depresión, Descleé De Brouwer, New York, 2003.
2. CABALLO, Vicente, Manual de técnica de Terapia y Modificación de Conducta.
3. CARRASCO, Mª J., ASPA, Cuestionario de Aserción en la Pareja, Madrid, 2005.
4. CORSI, Jorge, Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares, Buenos Aires, Paidós, 2006.
5. CASULLO, María, M., El Inventario de Síntomas SCL-90-R. de L. Derogatis, UBA. CONICET, 1999/ 2008.
6. DIRECCION de Sanidad del Ejercito, Manual Básico de Salud Mental de la Fuerza Terrestre, Ecuador, 2009.
7. FRANCISCO, L., C., M., M., Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta, Madrid, 1993.
8. JOSE, Sanmartín, El Laberinto de la Violencia, España, 2004.
9. NUÑEZ, M., Amores que Matan: el flagelo de la violencia contra la mujer., Ediciones, 2003.
10. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Atlas, Recursos de la Salud Mental en el Mundo, Ginebra, 2001.
11. RAYMOND, B., C., H., W., M., T., Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad.

INTERNET:

1. Alcázar, M., G., G., Aspectos Psicológicos de la Violencia de Género. Una propuesta de intervención. Disponible en: http://www.masterforense.com/pdf/2001/2001art10.pdf

2. Blanco, P., R., C., La Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/05violencia.pdf
3. Hernández, R., L., R., Víctimas de Violencia Familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
4. Moreno, C., Violencia Contra la Mujer. Género y equidad en la salud. Disponible en: http://amro.who.int/spanish/DPM/GPP/GH/Moreno.pdf
5. Pilar, M., G., A., Intervención Psicológica con Mujeres Maltratadas por su Pareja. Disponible en: http://www.violenciadegenero-ull.com/intervencion.pdf
6. Ruiz, I., B., P., Violencia Contra la Mujer en la Pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s2/revision1.pdf
7. Zubizarreta, I., Consecuencias Psicológicas del Maltrato Doméstico en las Mujeres y en sus hijas e hijos. Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.net/u72nahikcon/es/contenidos/informacion/nahiko_materialak/es_ponencia/aadjunto/IRENE%20ZUBIZARRETA%20%20ZUTITU%20ConsecuenciaC%20psicol%C3%B3gicas%20del%20maltrato%20en%20mujeres%20y%20sus%20hijas%20e%20hijos.pdf

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares **N° de Página**

PORTADA……..I

CERTIFICACION……..…II

AUTORIA……..…….……III

CARTA……..IV

DEDICATORIA ……..……..V

AGRADECIMIENTO……VI

INDICE……..……VII

Contenidos

1. TÍTULO…….…8
2. RESUMEN……...…….…....9
   ABSTRACT……...…….……10
3. INTRODUCCIÓN……...…….…..11
4. REVISION DE LA LITERATURA……14

CAPITULO I

1. **VIOLENCIA**
   1.1. Introducción ……..…..……..……..……..……..……14
   1.2. Definición ……..……..……..……..……..……14
   1.3. Antecedentes históricos de la violencia…….……..……...15
      1.3.1. Situación actual de la violencia……...……...21
   1.4. Violencia doméstica……..…….….…21
   1.5. Tipos de violencia doméstica……22
      1.5.1. Violencia física……...……22
      1.5.2. Violencia psicológica:……..……23
      1.5.3. Violencia sexual: ……..……...24

1.5.4. Violencia patrimonal:……. ……24
1.6. Cómo se produce la violencia en la pareja……25
1.6.1. El ciclo de la violencia……..…27
1.6.2. Síntesis comparativa entre varón y mujer……...28
1.6.3. Síntesis comparativa entre varón y mujer…….……..…30
1.6.4. Síntesis comparativa entre varón y mujer……..…….....31
1.7. Agresor……..32
1.7.1. Características del agresor….…….....34
1.8. Victima…….…….34
1.8.1. Características de la víctima……..…….…...36
1.9. Causas de violencia doméstica…….……....36
1.10. Consecuencias de violencia…….…….....40

CAPITULO II

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE VIOLENCIA

2.1. Introducción ……..……..……...43
2.2. Depresión……..……43
2.2.1. Definición……..……..……43
2.2.2. Síntomas……..……...……....44
2.2.3. Consecuencias…….....44
2.3. Ansiedad……45
2.3.1. Definición…….,……45
2.3.2. Síntomas……46
2.3.3. Consecuencias……..…….…….....*47*
2.4. Trastorno de pánico……48
2.4.1. Definición…….*48*
2.4.2. Síntomas…….……..……...*49*
2.4.3. *Consecuencias* …….……..*50*
2.5. Fobia……...50
2.5.1. Definición……..……-……..…*51*
2.5.2. Síntomas…..……..……...*51*
2.5.3. Consecuencias…..……...*52*
2.6. Insomnio…….…….……...53
2.6.1. Definición…..…….…….…..*53*
2.6.2. Síntomas…….……..*54*

2.6.3. Consecuencias……..……..54
2.7. Trastorno por estrés postraumático……...55
2.7.1. Definición….……55
2.7.2. Síntomas…….……...56
2.7.3. Consecuencias….……..……...57
2.8. Trastorno de somatización……..……59
2.8.1. Definición….……..…...59
2.8.2. Síntomas…….……59
2.8.3. Consecuencias……..……..61
2.9. Trastornos de la conducta alimentaria…….….61
2.9.1. Definición…….……...……61
2.10. Ideación paranoide……62
2.10.1. Definición…….…….……..…..……..62
2.11. Psicoticismo……..…….……..…64
2.11.1. Definición…….…….……64
2.12. Hostilidad……..……..……....64
2.12.1. Definición…….…….…….…64
2.12.2. Características……..……..66
2.13. Sensitividad interpersonal…..…….…….……..…67
2.13.1. Definición……..……..…67
2.13.2. Características……..……68
2.14. Obsesiones y compulsiones……..……..……68
2.14.1. Definición…….……..…….……68
2.14.2. Síntomas…….…….……70
2.14.3. Consecuencias…….…….……71
2.15. Ideación suicida……71
2.15.1. Definición……...…71
2.16. Vergüenza y culpabilidad……..……..72
2.16.1. Definición…..…….……..…..72
2.17. Conductas autolíticas y autodestructivas……73
2.17.1. Definición…….……..73
2.18. Abuso de alcohol y drogas…….……75
2.18.1. Definición…….…….……..…..……...75
2.19. Irritabilidad…….…….……..76
2.19.1. Definición…….……..…….....76
2.20. Baja autoestima…….……..77

2.20.1. Definición……..…….....77

CAPITULO III

3. VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

3.1. Violencia social……..……79

3.2. Violencia en la escuela……..……..79

3.3. Violencia durante el embarazo…….…..81

3.4. Discriminación y violencia.…….…….81

3.5. Violencia familiar…….……...……...82

3.6. Psicoterapia Integrativa……..84

5. MATERIALES Y MÉTODOS……..……...89

6. ANALISIS DE RESULTADOS……..…….....102

7. DISCUSIÓN……110

8. CONCLUSIONES……..….113

9. RECOMENDACIONES……..115

10. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA……...116

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS.……..……137

12. ANEXOS……..143