



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

El síndrome de indefensión aprendida y su relación con la ansiedad y depresión en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, período 2021 - 2022.

Trabajo de integración curricular
previo a la obtención del
título de Licenciada en
Psicóloga Clínica

Autor: Paola Elizabeth Rivas Cañar
Directora: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mg. Sc.

Loja, Ecuador
2022

Certificación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 04 de marzo de 2022

Psicóloga Clínica

Gabriela Rojas Muñoz. Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **El síndrome de indefensión aprendida y su relación con la ansiedad y depresión en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, período 2021 - 2022** de autoría de la estudiante Paola Elizabeth Rivas Cañar con c.i. 1150017836; previa a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Título: **GABRIELA
FERNANDA ROJAS
MUÑOZ**

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg. Sc.

1104892029

Gabriela.rojas@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA
PRESENTE INVESTIGACIÓN.

c.c.: Archivo

Autoría

Yo, Paola Elizabeth Rivas Cañar, declaro ser autora del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí del trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Cédula de Identidad: 1150017836

Fecha: 20 de abril de 2022

Correo electrónico: paola.rivas@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0988787441

Firma:

Carta de autorización

Yo, Paola Elizabeth Rivas Cañar, declaro ser autora del trabajo de integración curricular titulado: EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y/O SEXUAL DE FUNDACIÓN ESPACIOS, PERÍODO 2021-2022 como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte días del mes de abril del dos mil veinte y dos.

Firma:

Autor: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Cédula: 1150017836

Dirección: Nambacola- Gonzanamá- Loja.

(Calles 10 de agosto y Lorenzo Cango)

Correo electrónico: paola.rivas@unl.edu.ec

Celular: 0988787441

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del trabajo de integración curricular: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

Vocal 1: Psi. Cl. Maria Paula Torres Mg. Sc.

Vocal 2: Psi. Cl. Vanessa Pineda Mg. Sc.

Dedicatoria

Esta investigación la dedico a las personas más importantes de mi vida, mis padres. Porque gracias a ellos, a mi esfuerzo y dedicación he salido adelante. Quiero agradecerles por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida, por su paciencia, su comprensión y sus consejos.

De la misma manera lo dedico a mis docentes de la Universidad Nacional de Loja, porque han compartido sus conocimientos para formar a esa persona que soy y que seré. Agradeciéndoles todo su apoyo, por ese cariño y respeto que todos me han dado.

A mis queridos amigos que conocí en cada año de mi formación académica, así como a todas las personas que conocí a lo largo del tiempo, y que me apoyaron.

Agradecimientos

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, gracias a mi madre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida, gracias por cada una de sus palabras valiosas que han sido esenciales en cada etapa de mi vida y por ser la mejor mamá y amiga incondicional que he podido tener.

Gracias a Dios porque cada día bendice y guía mi vida, porque en él encontré la sabiduría para encontrar mi vocación.

A mis hermanos, quienes me inspiran a querer ser un ejemplo para ellos y que en mí puedan ver una luz y apoyo en su vida y que, a pesar de nuestras diferencias, estoy dispuesta a darlo todo por ellos. Por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Gracias a Emily por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y llegada de sus cafés me llenaron de fuerzas para continuar. Por el apoyo y palabras de aliento a seguir.

Agradezco a mi directora de trabajo de integración curricular Psi. Cl. Gabriela Rojas, por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que me surgiera, por haberme orientado, por su guía y ayuda durante esta investigación, por su invaluable colaboración, agradecerle por haberme enseñado tan bien y haberme permitido el desarrollo de esta investigación.

Gracias a todos los docentes de la carrera de Psicología Clínica por la caridad y exactitud con la que enseñaron cada clase, discurso y lección, por enseñarme todo lo que sé, sin ustedes no hubiera sido posible llegar hasta donde estoy.

A la psicóloga y profesionales de Fundación Espacios por abrirme las puertas de sus instalaciones para la ejecución de la investigación y por el apoyo brindado y las enseñanzas que compartieron conmigo.

Gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de este trabajo. A todas las personas increíbles que conocí durante estos años y a los que se convirtieron en amigos y aliados, con quienes hemos compartimos experiencias las cuales quedarán en mi memoria y corazón, las que recordaré toda la vida.

ÍNDICE

Hojas Preliminares

Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice	vii

Cuerpo del Trabajo de Integración Curricular

1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	6
4.1 Capítulo I: Síndrome de indefensión aprendida	6
4.1.1 Definición.....	6
4.1.2 Señales de la indefensión aprendida.....	6
4.1.3 ¿Por qué algunas personas desarrollan indefensión aprendida?.....	7
4.1.4 Orígenes de Síndrome de Indefensión Aprendida.....	7
4.1.5 El perfil de una persona con indefensión aprendida.....	8
4.1.6 Fases del Síndrome de Indefensión Adquirida	8
4.1.7 Diagnostico.....	9
4.2. Violencia	9
4.2.1 Definición.....	9
4.2.2 Las raíces de la violencia	9
4.2.3 Características de la violencia	10
4.2.4 Tipos de violencia	11
4.2.4.1 <i>Violencia de género</i>	11
4.2.4.2 <i>Violencia intrafamiliar</i>	11
4.2.5 Causas de la violencia intrafamiliar	12
4.2.6 ¿Cuáles son las prácticas violentas?.....	13
4.2.7 Diferencia entre relación sana y toxica	14
4.2.8 Consecuencias de la violencia intrafamiliar	15
4.2.9 Ciclo de violencia.....	16
4.2.10 Características de una mujer víctima de violencia intrafamiliar	17

4.2.11 ¿A quién pedir ayuda?.....	18
4.2.12 Diagnostico.....	23
4.3 Capítulo II: Ansiedad	25
4.3.1 Definición.....	25
4.3.1.1 <i>Significados clínicos de ansiedad</i>	25
4.3.1.2 <i>Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad</i>	26
4.3.2 Síndrome general de ansiedad.....	27
4.3.3 Ansiedad normal y ansiedad patológica.....	27
4.3.4 Clasificación.....	28
4.3.4.1 <i>Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)</i>	28
4.3.4.2 <i>Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)</i>	29
4.3.4.3 <i>Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)</i>	30
4.3.5 Reconocimiento y evaluación del paciente con ansiedad.....	32
4.3.5.1 <i>¿Cuál es la clave para reconocer los trastornos de ansiedad?</i>	32
4.4. Depresión	32
4.4.1 Definición.....	32
4.4.1.1 <i>Datos y cifras</i>	32
4.4.1.2 <i>Generalidades</i>	32
4.4.2 Síntomas	33
4.4.3 Clasificación.....	33
4.4.3.1 <i>Clasificación según cuadro depresivo</i>	34
4.4.3.2 <i>Clasificación según el DSM – 5</i>	34
4.4.4 Causas que provocan depresión	36
4.4.5 Diagnóstico.....	36
4.4.5.1 <i>Diagnósticos diferenciales</i>	37
4.4.5.2 <i>Estudios complementarios</i>	38
4.4.6 Evaluación.....	38
4.5 Capitulo III: Intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia	39
4.5.1 ¿Cuáles son los pasos que deben darse para un tratamiento efectivo?.....	39
4.5.2 Tratamiento a el Síndrome de Indefensión Aprendida.....	40
4.5.3 Tratamiento psicológico a la violencia.....	40
4.5.3.1 <i>Programas de intervención psicológicos</i>	40
4.5.4 Terapia Individual	42
4.5.4.1 <i>Descripción de técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico individual a víctimas de violencia</i>	42
4.5.5 <i>Terapia grupal</i>	47
4.5.5.1 <i>Descripción de técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico grupal a víctimas de violencia</i>	47

4.5.4 Tratamiento psicológico a la ansiedad	53
4.5.4.1. <i>Técnica de Reestructuración Cognitiva</i>	53
4.5.4.2 <i>Técnicas de Respiración Diafragmática: Respirar profundamente</i>	54
4.5.4.3 <i>Técnicas de exposición: Afrontar las emociones y la vida</i>	55
4.5.5 Tratamiento psicológico a la depresión.....	55
5. Metodología	59
5.1 Tipo de estudio	59
5.1.1 Población y muestra	59
5.2 Técnicas e instrumentos	60
5.2.1 Escala de Indefensión Aprendida	60
5.2.2 Escala de Ansiedad de Hamilton.....	63
5.2.3 Inventario de Depresión de Beck	63
5.3 Procedimiento	64
6. Resultados	66
6.1 En respuesta al cumplimiento del primer objetivo específico.....	66
6.2 En respuesta al cumplimiento del segundo objetivo específico	68
6.3 En respuesta al cumplimiento del objetivo general.....	71
6.4 En respuesta al cumplimiento al tercer objetivo específico	78
Plan de intervención individual.....	81
Plan de intervención grupal.....	86
7. Discusión	113
8. Conclusiones	115
9. Recomendaciones	117
10. Bibliografía	118
11. Anexos	124

Tablas

Tabla Nro. 1. <i>Factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas</i>	66
Tabla Nro. 2. <i>Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida</i>	66
Tabla Nro. 3. <i>Factor 3: Confusión, Aturdimiento</i>	67
Tabla Nro. 4. <i>Niveles de Ansiedad</i>	68
Tabla Nro. 5. <i>Niveles de Depresión</i>	68
Tabla Nro. 6. <i>Relación entre el Factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas y los niveles de Ansiedad</i>	71
Tabla Nro. 7. <i>Relación entre el Factor1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas y los niveles de Depresión</i>	73

Tabla Nro. 8. <i>Relación entre el Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Ansiedad</i>	74
Tabla Nro. 9. <i>Relación entre el Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Depresión</i>	75
Tabla Nro. 10. <i>Relación entre el Factor 3: Confusión, Aturdimiento y los niveles de Ansiedad</i>	76
Tabla Nro. 11. <i>Relación entre el Factor 3: Confusión, Aturdimiento y los niveles de Depresión</i>	77

Anexos

Anexo 1. Edad.....	124
Anexo 2. Estado civil	124
Anexo 3. Tipo de violencia	124
Anexo 4. Hoja de Decisión de Spearman.....	125
Anexo 5. Escala de Indefensión Aprendida	127
Anexo 6. Escala de Hamilton para la Ansiedad	129
Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck.....	132
Anexo 8. Oficio de pertinencia a Proyecto de Titulación	136
Anexo 9. Oficio de pertinencia a Fundación Espacios para realizar el trabajo de integración curricular	137
Anexo 10. Oficio de pertinencia director del trabajo de integración curricular	138
Anexo 11. Certificación del Abstract	139

1. Título

El síndrome de indefensión aprendida y su relación con la ansiedad y depresión en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

2. Resumen

El Síndrome de Indefensión Aprendida se produce cuando una persona se inhibe o se bloquea ante una situación aversiva, más aún cuando está siendo víctima de violencia, en consecuencia, aprende a ser pasiva, generando en la mayoría de casos ansiedad y depresión. Es por esto, que la presente investigación propone determinar la relación entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar de un Centro de Atención para víctimas de la ciudad de Loja. La metodología utilizada tiene un diseño no experimental, transversal, de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, correlacional; la muestra fue de 78 mujeres víctimas de violencia. Se utilizó la Escala de Indefensión Aprendida, la Escala de Ansiedad de Hamilton, y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados mostraron un alto porcentaje en Indefensión Aprendida moderada y severa en los tres factores y en relación con la depresión y ansiedad con un nivel moderado en su mayoría. En conclusión, se comprueba que si existe una relación significativa entre estas variables.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Indefensión Aprendida, Ansiedad, Depresión y Violencia Intrafamiliar.

2.1 Abstract.

The syndrome of learned helplessness occurs when a person is inhibited or blocked in an aversive situation, even more so when they are being a victim of violence, consequently, they learn to be passive, generating in most cases anxiety and depression. For this reason, this research proposes to determine the relationship between syndrome of learned helplessness with Anxiety and Depression in Women Victims of Domestic Violence in a Victim Care Center in the city of Loja. The methodology used has a non-experimental, cross-sectional design, with a quantitative approach and a descriptive, correlational type; the sample was 78 women victims of violence. The syndrome of learned helplessness Scale, the Hamilton Anxiety Scale, and the Beck Depression Inventory were used. The results showed a high percentage in moderate learned helplessness and severe in the three factors, also in relation to depression and anxiety with a moderate level in its majority. In conclusion, it is verified that there is a significant relationship between these variables.

KEY WORDS: Syndrome of learned helplessness, Anxiety, Depression and Domestic Violence.

3. Introducción

La violencia intrafamiliar es un problema importante de salud pública y produce consecuencias negativas en todos los miembros de la familia y en el conjunto de la sociedad. Está constituida por “todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. La violencia intrafamiliar abarca palabras de ofensas, daño físico o psíquico, intimidación, abuso sexual o control económico. (Salas, 2009)

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de 1/3 (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. (OMS, 2021)

En resultados de investigaciones nacionales desarrolladas por Camacho, expone que la incidencia de la violencia hacia la mujer en Ecuador varía según la región del país, y que en la Sierra y la Amazonía es donde hay mayores porcentajes. (Camacho et al., 2020)

Una encuesta nacional sobre maltrato familiar y violencia de género, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), destaca que en el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, y el 76% algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019)

En la provincia de Loja, Tomás Saritama, explica que la violencia intrafamiliar ha aumentado en un 50% y que este incremento sigue siendo muy progresivo, provocado por el aislamiento causando mucho disturbio para combatir este problema. (Diario Crónica, 2020)

Al ser un tema que casi no cuenta con estudios a nivel local y nacional sobre esta problemática, se convierte en un trabajo innovador con interesantes resultados, planteando como objetivos específicos: evaluar la existencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres violentadas, mediante la aplicación de la Escala de Indefensión Aprendida; medir los niveles de Ansiedad y Depresión mediante la Escala de Hamilton para la Ansiedad, y el Inventario de Depresión de Beck; y por último, diseñar un Plan de intervención Psicológica en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

Se estructura un marco teórico constituido por 3 capítulos, los cuales se refieren a: 1. Síndrome de Indefensión aprendida y Violencia: en el que se puede encontrar definiciones, causas, consecuencias, orígenes, perfiles de la víctima, fases del síndrome de Indefensión Aprendida; 2. Ansiedad y Depresión: en donde se puede encontrar definiciones, orígenes, causas, consecuencias, criterios clínicos, diagnóstico clínico, evaluación; 3. Tratamiento psicológico al síndrome de indefensión aprendida, a la violencia, ansiedad y depresión, además de las técnicas utilizadas en el plan de intervención.

La metodología con la que se trabajó en esta investigación fue de tipo no experimental, transversal, de enfoque cuantitativo y descriptiva correlacional. Como población se consideró a las mujeres que asistieron en el periodo noviembre 2021– enero 2022 al establecimiento, obteniendo 78 pacientes. A fin de asegurar la veracidad, se trabajó con toda la población de estudio de género femenino. Una vez obtenida la muestra mediante los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicó la Escala de Indefensión Aprendida, la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir los niveles de ansiedad, y el Inventario de Depresión de Beck para medir los niveles de depresión.

Entre los resultados más relevantes se encontró que: la población más afectada corresponde al grupo de adultas jóvenes en edades de 18 a 25 años; el estado civil más frecuente es solteras; y la Violencia Psicológica tienen mayor incidencia. Además, se evidenció que el 100% de las mujeres presentaron el Síndrome de Indefensión Aprendida, el 46,2% Depresión Moderada y el 53,8% Ansiedad Moderada; siendo estos los porcentajes más significativos en mayor prevalencia.

En cuanto a la relación entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión, se evaluó en 3 factores y en los 3 factores se obtuvo que: el factor 1 que evalúa la Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas, el factor 2 que evalúa Percepción de Control y Calidad de Vida y el factor 3 que evalúa Confusión y Aturdimiento, presentaron en su mayoría Indefensión Severa con ansiedad moderada y depresión moderada.

4. Marco teórico

4.1 Capítulo I: Síndrome de indefensión aprendida

4.1.1 Definición. Se refiere a la condición por la cual una persona o animal se inhibe ante situaciones aversivas o dolorosas cuando las acciones para evitarlo no han sido fructíferas, terminando por desarrollar pasividad ante este tipo de situaciones. Entender la forma en que se desarrolla dicho fenómeno es vital para poder comprender y ayudar a las personas que sufren este sesgo psicológico, puesto que puede ser una creencia limitante que actúe como un fuerte lastre para su desarrollo personal y su autoestima. (Mena, 2020)

Según Seligman (2000) la indefensión es un "estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables". Una consecuencia es incontrolable cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma ocurra o no una determinada respuesta voluntaria por parte del organismo. Por el contrario, si cuando ocurre una respuesta la probabilidad de que se dé una consecuencia es diferente de su probabilidad cuando la respuesta no ocurre, entonces la consecuencia es dependiente de esa respuesta y dicha consecuencia se dice que es controlable. Para Seligman, un organismo llega a estar indefenso frente a una determinada consecuencia cuando ésta ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias. (Mena, 2020)

4.1.2 Señales de la indefensión aprendida. Cuando alguien cae en la indefensión, lo manifiesta en tres déficits: El motivacional, el emocional y el cognitivo. Una persona que empieza a caer en la indefensión o que ya sufre de ella comienza a mostrar un retraso en la iniciación de respuestas voluntarias hasta que poco a poco deja de haberlas (déficit motivacional). De igual forma, comienzan a existir una serie de desórdenes conductuales, siendo los más habituales los estados de ansiedad y la depresión (déficit emocional), que van haciendo mella hasta el punto de que el afectado es incapaz de ver soluciones al problema que le atormenta (déficit cognitivo). (Mena, 2020)

La respuesta a la pregunta de por qué no hace nada una persona en una situación claramente por salir de ella radica justamente en la afectación integral no solo de estos tres ámbitos (motivacional, emocional y cognitivo) sino también a nivel fisiológico. En una palabra, toda su persona, los distintos ámbitos psíquicos y somáticos, se suman en dicho síndrome. En consecuencia, no bastará con tomar la decisión de romper con el ciclo

negativo, sino que implica desaprender la forma en que se procesa la situación aversiva o dolorosa. (Mena, 2020)

4.1.3 ¿Por qué algunas personas desarrollan indefensión aprendida? Una forma fácil de entenderlo es la historia de las ranas. Se dice que para cocinar a una rana viva es necesario meterla en el agua fría e ir aumentando poco a poco el calor hasta que ésta hierva. En cambio, si para cocinar la misma rana decidimos echarla al agua ya hirviendo, la rana saltará; escapará del agua hirviendo. Con este ejemplo se explica que la indefensión aprendida es un esquema de pensamiento que se desarrolla de forma gradual y que poco a poco carcome las fortalezas psíquicas y corporales hasta el punto de doblar la voluntad. (Ojeda, 2017)

Lo triste a considerar es la facilidad con la que se puede llegar a desarrollar la indefensión aprendida. Todos somos vulnerables a adoptar este tipo de esquemas de pensamiento, pues pocas veces existe una educación emocional para poder enfrentarnos a ello. Basta con exponer continuamente a la posible víctima a circunstancias adversas, bajarle la moral, sobrecargarla de trabajo, cerrarle el apoyo externo durante un tiempo prolongado y de forma reiterada. La persona que ha sido tratada de este modo no tardará en manifestar déficits en los ámbitos ya mencionados: afectivo, emocional, cognitivo e incluso somático. Y no es algo que no pase todos los días: la violencia familiar y/o la violencia de pareja son ejemplos comunes en los que se suelen percibir distintos grados de indefensión aprendida por parte de la víctima. (Ojeda, 2017)

4.1.4 Orígenes de Síndrome de Indefensión Aprendida. La Indefensión aprendida fue postulada por el psicólogo Martin Seligman. Él exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo. (Ramon, 2020)

4.1.5 El perfil de una persona con indefensión aprendida.

Indefensión aprendida. El estudio de Núñez (2012) apunta que, tras fracasar en su intento por contener las agresiones, prevenirlas, evitarlas o alejarse de ellas; y en un contexto de baja autoestima - reforzado día a día por la incapacidad por acabar con esa situación- las víctimas asumen lo que les pasa como un castigo merecido. Nadie podrá ayudarlas a salir, ni a cambiar sus vidas.

Pérdida del control. Consiste en la convicción de que la posibilidad de revertir la situación le es ajena, es una creencia infantil de que alguien decidirá por ella, con seguir y librarse de su agresor. Como ella nada puede hacer, frente a otro que todo lo puede, es mejor no intentarlo y esperar que todo pase. Núñez (2012)

Baja respuesta conductual. En el 2012, Núñez menciona que es tal el abatimiento, que ya dejó de buscar estrategias para evitar las agresiones. La tristeza tomó el timón de su barco y la pasividad es la respuesta a todo estímulo, tanto interno como externo. Es probable que, viéndolo desde afuera, califiquemos esta conducta como una aparente indiferencia; sin embargo, se trata de una defensa que le permite autoexigirse y culpabilizarse menos por las agresiones que sufre.

Llega a tal punto su adaptación, que se convence que merece vivir junto a quien la maltrata, e incluso lo justifica ante quienes le dicen lo desenmascare. La intermitencia de las agresiones y el paso constante de la violencia al afecto, refuerza las relaciones de dependencia, que empeoran cuando la dependencia lo es también económica. No olvidemos que las mentiras del agresor apuntan a convencerla de su amor, que todo lo hace por el bien de ambos y que sólo él podrá hacerla feliz. Para dimensionar tal sometimiento, hay que destacar que la víctima llega a esa actitud, cuando a lo largo del tiempo, se han ocupado de destruir su autoestima, a través de métodos de lo más diversos: empleando el terror, los presagios de fracaso, el desaliento, la desconfianza de uno mismo y de los demás, la amenaza constante y todas las formas de división y sospecha. La máxima expresión de este dominio, se da cuando la logran convencer "de que la vida no vale la pena", pues todo está perdido y nada ni nadie merece el esfuerzo por cambiar la historia. (Núñez, 2012, como se citó en Cabrera, 2012)

4.1.6 Fases del Síndrome de Indefensión Adquirida. 1) Desencadenante. Provocada por los primeros malos tratos; 2) De Reorientación. La víctima no tiene redes sociales y está aislada; 3) De Resistencia Pasiva. Dónde se auto inculpa asumiendo el

modelo mental del compañero; 4) Adaptación. Ya no tiene fuerzas ni recursos psicológicos para salir de la violencia y suspende todo juicio crítico sobre el maltratador, adaptándose a la situación para salvar su vida o la de sus hijos. (Cabrera, 2012)

4.1.7 Diagnóstico. Para realizar el diagnóstico al Síndrome de Indefensión Aprendida, se puede realizar mediante la aplicación de la Escala De Indefensión Aprendida (EIA), de los autores M^a José Díaz-Aguado, Rosario Martínez, Gema Martín, M^a Antonia Alvarez - Monteserín, Esther Paramio, Cristina Rincón, Fernando Sardinero que está formado por 29 elementos, que describen aspectos relacionados con la percepción de control versus la indefensión del individuo.

Además, se puede realizar mediante la entrevista clínica donde se puede se evaluar por los síntomas que presenten, en estos casos los principales síntomas que se observan son: pasividad ante situaciones adversas, pensamientos y sentimiento de resignación e impotencia, bloqueos o inhibición conductual, falta de motivación y baja autoestima, depresión, ansiedad, miedos recurrentes y aislamiento. (Sabater, 2021)

4.2. Violencia

4.2.1 Definición. Definiremos la violencia como un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a otra persona. Implica siempre un abuso del poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política y, por ende, supone la dominación de unos y la subordinación de otros. (N. Reyes, 2017)

La OMS define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (Organización Mundial de la salud, 2002)

4.2.2 Las raíces de la violencia. En el estudio de la (Organización Mundial de la salud, 2002) muestra que no existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en el marco del Informe mundial sobre la violencia y la salud se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. El modelo consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social.

En el nivel individual. Se examinan los factores biológicos y de la historia personal que aumentan la probabilidad de que una persona se convierta en víctima o perpetradora de actos violentos. Entre los factores que es posible medir se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.(Organización Mundial de la salud, 2002)

En el nivel relacional. Se investiga el modo en que las relaciones con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros influyen en el comportamiento violento, teniendo en cuenta a tal efecto factores como el hecho de haber sufrido castigos físicos severos durante la infancia, la falta de afecto y de vínculos emocionales, la pertenencia a una familia disfuncional, el tener amigos delincuentes o los conflictos conyugales o parentales. (Organización Mundial de la salud, 2002)

En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios. En los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos (por ejemplo, la pobreza, la densidad de población, altos niveles de movilidad de residencia, la carencia de capital social o la existencia de tráfico de drogas en la zona) (Organización Mundial de la salud, 2002)

El cuarto nivel se centra en los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad. Como las normas sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, aunque también tiene en cuenta las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad. (Organización Mundial de la salud., 2002)

4.2.3 Características de la violencia. La violencia no es natural (agresividad: forma de poner resistencia y sobrevivir a las amenazas de un entorno). La violencia es dirigida e intencional (es intencional ya que consciente e inconscientemente su finalidad es dañar y es dirigida ya que generalmente se violenta a personas cercanas al agresor.) Se basa en un abuso del poder (la violencia es jerárquica, ya que generalmente se da de la persona que posee mayor autoridad a la que posee menor) (N. Reyes, 2017)

4.2.4 Tipos de violencia.

4.2.4.1 Violencia de género. La violencia de género contra las mujeres “es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública, como en la vida privada”. (Farfán M., 2020)

4.2.4.2 Violencia intrafamiliar. El Código Orgánico Integral Penal (COIP), define la violencia en el marco intrafamiliar, de la siguiente manera:

Artículo 155 “Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar- Se considera violencia toda acción que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación. (Consejo de la Judicatura, 2016)

4.2.4.2.1 Formas de violencia intrafamiliar.

4.2.4.2.1.1 Violencia física. “Es el uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.” Este tipo de violencia se reconoce con mayor facilidad; deja lesiones en el cuerpo que, pueden ser permanentes, provocar alguna discapacidad o incluso causar la muerte. El miedo que experimenta la víctima ante la posibilidad de que se repita el episodio violento, puede mantenerla en un estado de tensión que genera malestares físicos como dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, taquicardias, etcétera. (Consejo Nacional de Población, 2015)

4.2.4.2.1.2 Violencia psicológica. “Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica. Puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio”. La violencia psicológica se manifiesta como un largo

proceso en el cual la víctima no se da cuenta de que el agresor vulnera sus derechos, ya que este tipo de maltrato es sutil y difícil de detectar. (Consejo Nacional de Población, 2015)

4.2.4.2.1.3 Violencia Sexual. “Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”. La violencia sexual le puede ocurrir a cualquier persona y aquellas que abusan pueden ser personas conocidas, miembros de la familia o desconocidos. (Consejo Nacional de Población, 2015)

4.2.4.2.1.4 Violencia patrimonial. “Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima”. La violencia patrimonial, en la que se obliga a la persona a renunciar a sus derechos sobre una propiedad y/o se les saca de su casa, es más frecuente en la tercera edad. Los bienes materiales y los documentos personales permiten a las personas ejercer su libertad y autonomía e inciden en su proyecto de vida. Cuando se les priva de todo esto, se vuelven vulnerables. (Consejo Nacional de Población, 2015)

4.2.4.2.1.5 Violencia económica. “Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral”. La violencia económica limita la autonomía e independencia de la víctima; lo que en muchas ocasiones es un factor para que continúen en la relación violenta; se refuerce la dependencia con el agresor y aumenten sus sentimientos de incapacidad y minusvalía. (Consejo Nacional de Población, 2015)

4.2.5 Causas de la violencia intrafamiliar.

Incapacidad para resolver conflictos de forma adecuada. Un agresor o posible agresor reacciona de manera impulsiva y en ocasiones, incomprensible, frente a situaciones cotidianas aparentemente normales. Las reacciones están completamente

ligadas a sus sentimientos, no hace un filtro de su reacción y simplemente hace lo que considera pertinente sin importar el daño que puede causar. (Cifuentes, 2020)

Actitudes socioculturales. En este punto convergen 2 aspectos principales, uno de ellos es la normalización de la violencia y del abuso, el otro es la aceptación social de que el hombre es quien tiene el control y por eso se le exime de cualquier culpa. Haber hecho parte de relaciones sentimentales disfuncionales o tener un historial de conflicto dentro de la familia, pueden ser posibles causas de violencia. En algunos casos le hacen maltratador, en otra víctima, pues como está acostumbrado a esta situación, las replican en cualquiera de sus relaciones.(Cifuentes, 2020)

Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad: creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc. Fuerte ignorancia que hay de no conocer la mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo. El no poder controlar los impulsos: muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas. (Cedeño M., 2019)

Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia. La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia: si no tienen cómo comprar su producto matan y golpean hasta a su propia madre. (Cedeño M., 2019)

4.2.6 ¿Cuáles son las prácticas violentas? El primer punto a destacar es que la violencia en las relaciones no siempre es percibida como tal, ni por las víctimas, ni por los agresores. Por el contrario, muchas veces, el maltrato (ya sea psicológico, físico, verbal, económico o sexual) es considerado como un acto de amor o de interés por la pareja. Es decir, que la violencia puede ser ejercida de forma notoria, pero también sutil. Por ello, es importante la detección de las señales, para poder obtener la ayuda necesaria y tener las herramientas para detenerla. (Instituto Obra Médico Asistencial, 2020)

Estamos en presencia de prácticas violentas cuando existen: cuestionamientos a las decisiones personales, celos desproporcionados, intentos por controlar amistades y actividades sociales, llevando al aislamiento, amenazas y manipulaciones para terminar la relación si no se hace lo que una de las partes quiere, expresiones posesivas como “me

perteneces”, sentimientos de miedo a reacciones de la pareja, agresiones físicas, abuso sexual, agresividad verbal, humillación, comparaciones con otras personas, control de la ropa que usa o cómo luce la otra persona, control de llamadas, mensajes, redes sociales y/o claves. (Instituto Obra Médico Asistencial, 2020)

4.2.7 Diferencia entre relación sana y tóxica.

1. Honestidad y confianza. En una relación sana: las personas son honestas con sus sentimientos, actos y opiniones, hay confianza entre ellos y pueden mantener conversaciones en donde la verdad reina. En una relación tóxica: Cuando no hay honestidad empieza el terrible juego de los celos, se espían entre ellos y siempre están en alerta pues temen ser engañados. (Siefken Psicólogos, 2019)

2. Éxito y felicidad. En una relación sana: Los éxitos se comparten y se aplauden entre sí, manifiestan orgullo y satisfacción al ver que su pareja cumple con sus objetivos, metas y sueños. En una relación tóxica: Empieza a existir competencia entre los dos, no les agrada ver el progreso de su pareja y se sienten inferiores si el otro tiene o consigue mejores cosas en su carrera profesional, por ejemplo. (Siefken Psicólogos, 2019)

3. Diferencias y aceptación. En una relación sana: Aceptar y amar las diferencias entre la pareja es un buen síntoma de relación sana, no querer cambiar al otro y compartir en medio de los distintos que pueden llegar a ser, hace que su vida en pareja tenga posibilidades de ser duradera y estable. En una relación tóxica: Tratan de cambiarse mutuamente, no aceptan que pueden tener diferentes pensamientos y opiniones acerca de diferentes hechos de la vida, su premisa fundamental es seguir juntos, pero tratando de hacer que el otro se adapte a lo que yo quiero que sea. (Siefken Psicólogos, 2019)

4. Toma de decisiones. En una relación sana: Los dos poseen un equilibrio en la toma de decisiones de cualquier tipo, llegan a un consenso pacífico entre los dos y deciden qué cosas los beneficia y que no. En una relación tóxica: Siempre existe uno dominante, con la necesidad de imponer sus opiniones, pensamientos y juicios, con el fin de hacer que el otro acepte y cumpla su voluntad. (Siefken Psicólogos, 2019)

5. Privacidad. En una relación sana: Se mantiene y respeta la privacidad y los espacios individuales de cada miembro de la pareja. En una relación tóxica: En estas relaciones es común encontrar que se están revisando los teléfonos, correos, redes sociales, etc. No existe la confianza entre ellos y no saben controlarse a la hora de hacer los reclamos. Si desconfías ¿Qué haces ahí? (Siefken Psicólogos, 2019)

6. Ser real. En una relación sana: Cada uno tiene la libertad absoluta de expresarse, sientes que puedes ser tú mismo, sin restricciones, ser quién eres y poder compartirlo con tu pareja. En una relación tóxica: Se actúa distinto cuando se está en frente de la pareja, las personas no son capaces de expresar sus sentimientos, pensamientos y personalidad. (Siefken Psicólogos, 2019)

7. Vida social. En una relación sana: Logran mantener sus relaciones y sus amistades cada uno, comparten con ellos y dan la libertad de que cada uno tenga un grupo social distinto. En una relación tóxica: Alguno de los dos se muestra posesivo y celoso frente al otro evitando que tenga amigos y establezca vínculos con cualquier otra persona, privándolo de una vida social normal. (Siefken Psicólogos, 2019)

8. Cómo resuelven sus problemas. En una relación sana: pueden resolver sus conflictos con diálogo y con la capacidad de escuchar al otro, piden disculpas si es necesario y las peleas no son duraderas pues logran resolver todo tranquilamente y a la brevedad posible. En una relación tóxica: ninguno cede frente al otro, se recriminan constantemente los errores, pero no admiten defectos o culpas propias, se mantiene una relación llena de resentimientos y rencores que poco a poco la irán debilitando. (Siefken Psicólogos, 2019)

4.2.8 Consecuencias de la violencia intrafamiliar. García-Mina (2010), divide las consecuencias en personales, físicas y psicológicas. Muchas conductas se incorporan en la mujer como consecuencia de la violencia entre estas están:

Personales: Se produce el miedo, este ayuda a crear sumisión, el temor a que las amenazas se cumplan, a que la agresión aumente, a las represalias; la culpa, asumir la responsabilidad de los actos del agresor, el agresor es una víctima y no es responsable de ninguno de los actos; el aislamiento, poco a poco la mujer se apartará más, tanto de las amistades como de la familia, y quedan solas sin tener a quien recurrir y sin redes a donde pedir ayuda. Las mujeres se aislarán para evitar problemas o conflictos como también para evitar la vergüenza de lo que sucede y no poner en contradicciones a familiares. (García, 2014)

Físicas: Problemas de salud, como: traumatismos de diversa intensidad, desde cuadros leves a incapacidad severa y muerte. Las lesiones pueden ser heridas, quemaduras, fracturas entre otras y de ubicación variada. Algunas veces los agresores aprenden a esconder los ataques, y golpean en lugares que se pueda ocultar por la ropa.

Se pide atención especial a lesiones antiguas, fracturas de tabiques nasales o pérdida de piezas dentales; síntomas inespecíficos: las mujeres buscan ayuda médica con sintomatología resistente a tratamientos como cefaleas, dolor en el tórax o articulaciones, dolor inespecífico del abdomen, trastornos digestivos, mareos, trastornos del sueño decaimiento y otras somatizaciones; enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos espontáneos o provocados. (García, 2014)

Psicológicas. Para muchas mujeres las consecuencias psicológicas son más negativas que las físicas, entre los trastornos observables están los trastornos ansioso-depresivos, inseguridad, llantos repentinos, hipervigilancia, ideas suicidas, dependencia emocional, sentimientos ambivalentes (amor-odio), trastornos alimenticios, abuso de sustancias, miedo o disminución de la autoestima. El síndrome de estrés post-traumático y la sintomatología aparece en muchas víctimas, como la re-experimentación de lo peligroso, pesadillas, pensamientos intrusivos, evitación de estímulos que se relacionan con el trauma, disminución de interés por actividades. (García, 2014)

4.2.9 Ciclo de violencia. La psicóloga norteamericana Leonor Walker en 1978 estableció la teoría que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo está compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y es denominado por la autora como “Ciclo de la Violencia”. (Walker, 1978)

1. Acumulación de tensiones: Durante esta fase ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que su marido o compañero se enoja por cualquier cosa, le grita o la amenaza. En general el comportamiento de la mujer es 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 que no existe salida por lo tanto no realiza ningún esfuerzo para cambiar su situación. Su estado emocional es tan precario que puede llevarla a frecuentes estados depresivos y de ansiedad que la incapacitan para valorar lo que está sucediendo porque su energía está puesta en evitar un daño mayor. (Walker, 1978)

2. Incidente agudo: Las tensiones son descargadas a través de golpes, empujones, o maltrato psicológico excesivo. 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. (Walker, 1978)

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 ayuda profesional, irse de la casa, aislarse más o en algunos casos cometer homicidio o suicidarse. En algunos casos 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”. (Walker, 1978)

3. Tregua amorosa: Viene inmediatamente después de terminar el incidente de violencia aguda, al que le sigue un período de relativa calma. El comportamiento de parte del hombre es extremadamente cariñoso, amable, con muestras de arrepentimiento, pide perdón, promete no volver a golpearla bajo la condición de que la mujer no provoque su enojo. Con estos gestos inusuales de cariño el hombre da muestras de que ha ido demasiado lejos, pretende compensar a la mujer y convencer a las personas enteradas de lo sucedido que su arrepentimiento es sincero. Esta fase generalmente se acorta o desaparece con el tiempo en que se agudizan los episodios violentos. Así mismo en este momento es cuando la mujer abandona cualquier iniciativa que haya considerado tomar para poner límite a la situación violenta en que vive. La ambivalencia afectiva de su pareja provoca en la mujer un profundo estado de confusión y distorsión de la realidad. Muestra apego a las vivencias de amor, se siente culpable si esta crisis la lleva al rompimiento del matrimonio, se percibe a sí misma como la responsable del bienestar emocional de su pareja. (Walker, 1978)

4.2.10 Características de una mujer víctima de violencia intrafamiliar.

- Estado emocional agudo, temeroso, percibe un ambiente peligroso.
- Confusión, dolor físico y psicológico.
- Dificultad para concentrarse y responder adecuadamente o focalizar.
- Dificultad para recibir las respuestas e integrar la información.

- Alteración conductual de hiperactividad o paralización
- Sensación de aislamiento e indefensión
- Cuadros depresivos
- Sentido de culpabilidad, justifica el "castigo"
- Baja autoestima.
- Siente miedo de comunicar su problema.
- Es ambivalente (una parte de ella quiere salir de la situación y por otro lado se siente ligada a la pareja).
- Mantiene la esperanza de que su pareja va a cambiar.
- Se siente totalmente dependiente.
- Presenta problemas de salud recurrentes: somatizaciones, dolores de cabeza, problemas de sueño, agotamiento, problemas de salud mental. (A. Morales, 2019)

4.2.11 ¿A quién pedir ayuda?

Lo primero es pedir ayuda, ya sea a un familiar cercano, vecino, etc. Llamar al ECU911. Alejarse del agresor o tratar de mantenerse a salvo en un sitio del hogar hasta que llegue la ayuda. Esto en el caso de estar junto al agresor. (El Universo, 2017)

Si el atacante, luego de realizar el maltrato sale del hogar, pedir ayuda a la vecindad y acudir a la Unidad de Policía Comunitaria (UPC) más cercana. Solicitar protección, también para los hijos, en caso de tenerlos. Es esencial mantener la calma, analizar lo sucedido, estar consciente que lo cometido es un delito. Refugiarse en personas de confianza, autoridades, dejarse ayudar. (El Universo, 2017)

A nivel nacional existen otros centros de atención y casas de acogida a nivel nacional que brindan apoyo. Así lo detalla el Ministerio del Interior en su sitio web:

Centro de Apoyo a la mujer y la familia Las Marías

Dirección: Calle sin nombre y Antonio Vera, diagonal a la Policía.

Ciudad/Provincia: Gualaceo / Azuay

Teléfono: 593-7 225-8333

Correo electrónico: lasmariasg@yahoo.com

Corporación Mujer A Mujer

Dirección: General Torres 745 entre Presidente Córdova y Sucre

Ciudad/Provincia: Cuenca / Azuay

Teléfono: 593-7 284-3988 / 282-2399

Correo electrónico: tecnico@corporacionmujeramujer.org.ec

Fundación María Amor

Dirección: Baltazara de Calderón 2-26 y Miguel Vélez

Ciudad/Provincia: Cuenca / Azuay

Teléfono: 593-7 283-4139 / 418-9975 Emergencia: 0958934486

Correo electrónico: casamariaamor@gmail.com

Foro Provincial de la Mujer de Bolívar

Dirección: Sucre y García Moreno, Edificio Gobernación, Piso 3

Ciudad/Provincia: Guaranda / Bolívar

Teléfono: 593-3 255-1116

Correo electrónico: forodelamujerbolivar@hotmail.com

Fundación Solidaridad y Familia Sofami

Dirección 1: Calle Bolívar 2-05 entre Azuay y Veintimilla

Ciudad/Provincia: Azogues / Cañar

Dirección 2: Calle 3 de Noviembre y Colón, antigua escuela Santa Rosa de Lima

Ciudad/Provincia: Cañar / Cañar

Teléfono: 593-7 224-6943

Correo electrónico: sofamifundacion@gmail.com

Fundación Nosotras con Equidad

Dirección: Benalcázar 20-37, entre Olmedo y Guayaquil

Ciudad/Provincia: Riobamba / Chimborazo

Teléfono: 593-3 296-1663

Correo electrónico: fundacion_nosotras2013@hotmail.com

Movimiento de Mujeres de El Oro

Dirección: Puerto Bolívar, Av Madero Vargas 1703, diagonal a gasolinera
Móvil

Ciudad/Provincia: Machala / El Oro

Teléfono: (593) 0989764169

Correo electrónico: movimientodemujeresdeeloro@gmail.com

Fundación Creando Futuro

Dirección 1: Nuevo Muisne, avenida principal, vía a Esmeraldas, detrás de la tienda la Economía y la Unidad Educativa San Gregorio segundo piso casa rosada

Ciudad/Provincia: Muisne / Esmeraldas

Dirección 2: Calle Plaza Acosta y Cuarta Transversal vía a Chamanga, diagonal a distribuidora Majó, segunda casa lado izquierdo

Ciudad/Provincia: Pedernales / Manabí

Teléfono: (593) 0992811445

Correo electrónico: creandofuturomuisne@yahoo.com

Fundación Foro De Desarrollo Integral De La Mujer Y La Familia

“Fodimuf”

Dirección: Barrio La Propicia N° 2 Sector La Chamera

Ciudad/Provincia: Esmeraldas/ Esmeraldas

Teléfono: 593-6 270-0757

Correo electrónico: fodimuf_esmeraldas@yahoo.es

Corporación Viviendas Del Hogar De Cristo

Dirección: Km. 26½ Vía Perimetral – Comunidad Hogar de Nazareth, Manzana E 6to. Callejón 20 N-O y 2do. Pasaje 44 N-O

Ciudad/Provincia: Guayaquil / Guayas

Teléfono: 593-4 211-3109 / 211-3096 Emergencia: 0995306609

Correo electrónico:

cahncoordinacion@hogardecristo.org.ec/tavara@hogardecristo.org.ec

Asociación de Mujeres Consumidoras y Usuarias Urbanas de Cotacachi

Dirección: Cdla. Imbaya calles Luis Chávez y Pedro de la Reyna

Ciudad/Provincia: Otavalo / Imbabura

Teléfono: 593-6 292-0596

Correo electrónico: caimyfi10@yahoo.com

Fundación Espacios

Dirección 1: Av. Cuxibamba 02-20 y Ancón

Ciudad/Provincia: Loja / Loja

Teléfono: 593-7 258-9109

Correo electrónico: fespacios@gmail.com

Dirección 2: Sucre y González Suárez 05-08, parroquia Cariamanga

Ciudad/Provincia: Calvas / Loja

Teléfono: 593-7 268-9086

Correo electrónico: fundacionespacioscalvas@gmail.com

Fundación Mujeres En Acción Por El Cambio

Dirección: Barrio Astillero, Av. Velasco Ibarra S/N, Sede Social de la Asociación de Modistas del Cantón Sucre, bajando el puente lado derecho

Ciudad/Provincia: Bahía de Caráquez / Manabí

Teléfono: 593-5 269-2539 / 0989357065

Correo electrónico:

mujeresenaccion2005@gmail.com/mujeresenaccionadm@gmail.com

Fundación Nuevos Horizontes

Dirección 1: Mejía entre Bolívar y Quiroga Edif. Vega Cevallos, Planta Baja

Ciudad: Portoviejo / Manabí

Teléfono: 593-5 263-2762

Dirección 2: UVC Chone, Sitio Las Banderas

Ciudad: Chone / Manabí

Teléfono: 593-5 370-0400 Ext. 214

Santo Domingo:

Dirección: Av. Quito y Río Toachi (ex escuela 9 de octubre) frente al Palacio de Justicia

Teléfono: 0996531110

Correo electrónico: funhor@hotmail.com

Movimiento De Mujeres Del Cantón Jipijapa (Momucanji)

Dirección: Bolívar y Cotopaxi esquina frente a la “Cevichería Lucas”

Ciudad/Provincia: Jipijapa / Manabí

Teléfono: 593-5 260-3357 / 0969795994

Correo electrónico: momucanji@gmail.com

Fundación Ayllu Huarmicuna – Mujeres Y Familia

Dirección: Calle Miguel de Ugarte S/N y Gregorio de Almundia (A dos cuadras de la gasolinera Amazonas) Barrio Con Hogar

Ciudad/Provincia: Francisco de Orellana / Orellana

Teléfono: 593-6 288-1917 / 2882313 Emergencia: 0996747519

Correo electrónico: mujer_familia@yahoo.com

Corporación para la Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Provincia de Pichincha – COINCAD

Dirección: Calle Argentina OE-592 y Quiroga esquina

Ciudad/Provincia: Cayambe / Pichincha

Teléfono: 593-2 211-0220 / 2361675

Correo electrónico: coincad@hotmail.com

Fundación Casa de Refugio Matilde

Dirección: Calle Matilde Hidalgo S31-02 y Av. Matilde Álvarez sector Chillogallo sur de Quito

Ciudad/Provincia: Quito / Pichincha

Teléfono: 539-2 262-5316 / 2627591 Emergencia:0996696723

Correo electrónico:

casamatilde.coordinacion@gmail.com/casaderefugio_matilde@yahoo.com

Fundación Nuestros Jóvenes

Dirección: Oyacachi Oe252 entre Av. de la Prensa y Av. Amazonas

Ciudad/Provincia: Quito / Pichincha

Teléfono: 593-2 244-7309 / 2449650

Correo electrónico: info@fnj.org.ec

Federación de Mujeres de Sucumbíos

Dirección: Km. 2 y medio Av. Monseñor Gonzalo López Marañón diagonal al Colegio Pacífico Cembranos (antigua Vía Aguarico)

Ciudad/Provincia: Lago Agrio / Sucumbíos

Teléfono: 593-6 236-6544 Emergencia: 0986005724

Correo electrónico: casaamigasucumbios@yahoo.es /

federaciondemujeresdesucumbios@yahoo.es (El Universo, 2017)

4.2.12 Diagnóstico.

Herramientas. Al ingreso de la paciente al centro de atención se le aplica un instrumento de tamiz de Castro 2004, adecuado para la detección de violencia doméstica. Este es un cuestionario de autoaplicación que consta de 29 preguntas. Si la paciente es definida como caso de acuerdo con el instrumento, se canaliza al Departamento de Psicología, para que se le realice una entrevista clínica, a partir de la cual se emite un diagnóstico y se determina el tratamiento a seguir. (Henales-almaraz et al., 2007)

Otras formas de detección son las siguientes: si durante la consulta el médico encuentra datos y/o evidencias que le hagan sospechar que la paciente es víctima de violencia doméstica solicita una interconsulta con el Departamento de Psicología; otra posibilidad es cuando la paciente refiere ser víctima de violencia doméstica y pide ayuda psicológica; y finalmente, cuando por algún evento generado por la violencia doméstica, se produce una alteración en el estado físico de la paciente o del producto, lo que ocasiona alguna complicación médica durante la consulta, por la cual es referida al Departamento de Psicología. Durante la entrevista clínica se realizan diversas intervenciones

psicológicas que clarifiquen, contengan, informen y, en consecuencia, tranquilicen a la paciente, tales como: ampliación de la conciencia de sí, de su padecimiento médico, de la violencia y la atención de las reacciones emocionales. (Henales-almaraz et al., 2007)

La entrevista se estructura bajo la siguiente metodología: 1. Anamnesis, examen mental y padecimiento médico en conjunto. 2. Diagnóstico multiaxial y evaluación de las funciones y recursos psicológicos. 3. Apertura temática y espacio catártico. 4. Intervención acorde a la reacción psicológica. 5. Delimitación de las alternativas terapéuticas. 6. Recomendaciones e indicaciones al equipo de salud. 7. Recomendaciones e indicaciones a trabajo social. 8. Pronóstico de la paciente. (Henales-almaraz et al., 2007)

Diagnóstico. Una vez realizada la entrevista, el clínico cuenta con la siguiente información diagnóstica:

1. Estado general de las funciones mentales, posibles alteraciones secundarias a la organicidad o causa médica. 2. Espectro sintomático. 3. Origen y evolución del conflicto. 4. Conflicto agudo o crónico, individual y de pareja. 5. Evento desencadenante externo o simbolizaciones de origen interno que representan un conflicto intrapsíquico. 6. Congruencia, pertinencia e intensidad de las manifestaciones emocionales. 7. Funcionamiento psicodinámico general. 8. Líneas caracterológicas primarias y estrategias de defensa. (Henales-almaraz et al., 2007)

Criterios para establecer el diagnóstico de violencia doméstica.

1. El resultado del instrumento de tamiz es positivo.

2. Se encuentran los síntomas mencionados en el apartado de síntomas.

3. Existen evidencias del maltrato, ya sea por lo que refiere la paciente o se detecta indirectamente por los síntomas o datos clínicos encontrados: a) Insultos y humillaciones. b) Presencia de golpes. c) Amenazas de daño físico. d) El grado de control que se ejerce sobre la paciente. e) Evidencias de ejercicio de fuerza en el área sexual. f) Control y limitación en la economía de la paciente. g) Detección del "síndrome de mujer maltratada"(Este se cumple cuando las mujeres maltratadas viven una situación de terror y angustia que se ha denominado precisamente así (síndrome de la mujer maltratada). Los rasgos más característicos son: culpabilidad, baja autoestima, confusión, incapacidad de concentración, trastornos en los hábitos alimenticios y del sueño, sensación de no poderse comunicar con los demás, disfunciones sexuales, timidez, depresión, furia o miedo prolongado. h) Es fundamental contextualizar los puntos mencionados e indagar el

significado de la violencia para la víctima, para así entender el impacto que ésta tiene en la paciente y determinar la intensidad (leve, moderada, grave) de la afectación. (Henales-almaraz et al., 2007)

4.3 Capítulo II: Ansiedad

4.3.1 Definición. La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). (J. Reyes, 2010)

La ansiedad, un sentimiento de intranquilidad o aprensión, es una emoción humana básica que fue reconocida desde hace cinco mil años. Es común experimentarla. De hecho, muchos observadores la consideran una condición esencial de la existencia moderna. “Dosis razonables” de ansiedad actúan como una protección para evitar que ignoremos el peligro, y parece tener una función adaptativa, al producir reacciones corporales que nos preparan para “pelear o huir”. Estas respuestas fisiológicas nos permiten hacer frente a situaciones potencialmente peligrosas. En algunos casos, el miedo o la ansiedad pueden ocurrir aun cuando no haya peligro, lo que resulta en un trastorno de ansiedad. Los síntomas de miedo o ansiedad se consideran un trastorno sólo cuando interfieren con el funcionamiento diario de un individuo. (Sue et al., 2015)

4.3.1.1 Significados clínicos de ansiedad. En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

1. *Ansiedad como sentimiento.* Es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas. (J. Reyes, 2010)

2. *Ansiedad como síntoma.* (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia o “como un mal presentimiento”, "nerviosismo", "ansias", “temor a no sé qué”, etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico

esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión. (J. Reyes, 2010)

3. *Ansiedad como síndrome.* Es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad. (J. Reyes, 2010)

4. *La ansiedad como enfermedad.* Es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.) (J. Reyes, 2010)

4.3.1.2 Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad. En el estudio realizado por (J. Reyes, 2010) expone que en el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

4.3.1.2.1 Factores biológicos. Predisposición genética. Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno. (J. Reyes, 2010)

4.3.1.2.2 Factores psicosociales. Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes,

cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada. (J. Reyes, 2010)

4.3.1.2.3 Factores traumáticos. Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. (J. Reyes, 2010)

4.3.1.2.4 Factores Psicodinámicos. La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo-compulsivos (Kaplan). Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia. (J. Reyes, 2010)

4.3.2 Síndrome general de ansiedad.

Síntomas motores: Temblor, contracciones o sensación de agitación, tensión o dolorimiento de los músculos, inquietud, fatigabilidad fácil.

Síntomas de hiperactividad vegetativa: Dificultad para respirar o sensación de ahogo, palpitaciones o taquicardia, sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareos o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otras molestias abdominales, sofocos o escalofríos, micción frecuente, dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta". (J. Reyes, 2010)

Síntomas de hipervigilancia: Sensación de que va a suceder algo, respuesta de alarma exagerada, dificultad para concentrarse o "mente en blanco", dificultad para conciliar el sueño, e irritabilidad. (J. Reyes, 2010)

4.3.3 Ansiedad normal y ansiedad patológica. En el estudio realizado por Mendoza en 2016, se encontró que la mayoría de las personas tienden a creer que la ansiedad siempre es mala y no es así, también existe una ansiedad "buena" que es un mecanismo defensivo que nos ayuda a enfrentar situaciones extremas. Hay dos tipos

Ansiedad normal. Es una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro actual o futuro, estimula conductas apropiadas para superar tal situación, la duración depende de la magnitud y la factible resolución de la situación ansiogénica. (Mendoza, 2016)

Ansiedad patológica. Es una respuesta exagerada en duración o magnitud, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, puede resultar incapacitante (condicionando la conducta), su aparición o desaparición son aleatorias. (Mendoza, 2016)

4.3.4 Clasificación.

4.3.4.1 Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)

- A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5, American Psychiatric Association. (DSM-5, 2014)

4.3.4.2 Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)

- E. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.
 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
 2. Sudoración.
 3. Temblor o sacudidas.
 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 5. Sensación de ahogo.
 6. Dolor o molestias en el tórax.
 7. Náuseas o malestar abdominal.
 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 9. Escalofríos o sensación de calor.
 10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”

13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

F. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

H. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5, American Psychiatric Association. (DSM-5, 2014)

4.3.4.3 Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

I. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis

meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- J. B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- K. C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- L. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- M. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- N. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5, American Psychiatric Association. (DSM-5, 2014)

4.3.5 Reconocimiento y evaluación del paciente con ansiedad.

4.3.5.1 ¿Cuál es la clave para reconocer los trastornos de ansiedad? Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos: 1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen algún tipo de trastorno de ansiedad, 2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico y 3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo. (J. Reyes, 2010)

4.4. Depresión

4.4.1 Definición. La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. (Organización Mundial de la salud, 2021)

4.4.1.1 Datos y cifras. La depresión es un trastorno mental común. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afectando más a la mujer que al hombre, incluso la depresión puede llevar al suicidio. (Organización Mundial de la salud, 2021)

4.4.1.2 Generalidades. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (1). A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión (1). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la salud, 2021)

4.4.2 Síntomas. En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía. (Organización Mundial de la salud, 2021)

En determinados contextos culturales, algunas personas pueden expresar más fácilmente sus cambios de estado de ánimo en forma de síntomas somáticos (por ejemplo, dolor, cansancio, astenia), pese a que esos síntomas físicos no se deben a otra afección médica. Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes. (Organización Mundial de la salud, 2021)

4.4.3 Clasificación. Los tipos de depresión se clasifican en función a los síntomas que muestra el paciente. *En el Grupo A*, la duración de los síntomas es inferior a dos semanas. no se le atribuye el consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos. (Cenyt Hospital, 2017)

En el Grupo B: En las actividades que antes resultaban placenteras, se pierde el interés. También se produce la pérdida de la vitalidad habitual y aumento de la capacidad de la fatiga. Y humor depresivo no habitual en el paciente, que se hace constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma constante. Persiste al menos durante dos semanas. (Cenyt Hospital, 2017)

En el Grupo C: Hay pérdida de la confianza y autoestima en sí mismo, el paciente se siente inferior y no está justificado. La presencia de sentimientos de culpa y autorreproche excesivo, pensamiento de suicidio recurrente, disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión. Lentitud de las funciones motoras, alteración del sueño y variación del peso corporal por descontrol alimentario. (Cenyt Hospital, 2017)

En el Grupo D: Está presente un síndrome somático, con alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. Puede ir o no vinculado con el estado anímico del paciente. (Cenyt Hospital, 2017)

4.4.3.1 Clasificación según cuadro depresivo.

Cuadro leve. Compuesto por dos o tres síntomas del grupo B. Los pacientes en general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad. (Cenyt Hospital, 2017)

Cuadro moderado. El paciente presenta dos síntomas al menos del grupo B y cierto número del grupo C, formando un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes demuestran dificultades para el desarrollo de las actividades habituales. (Cenyt Hospital, 2017)

Cuadro grave. Pacientes con todos los síntomas del grupo B, además de varios del grupo C. Se forman un total de ocho síntomas. Los pacientes de esta categoría presentan una situación emocional ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa. Es en esta etapa donde los pacientes tienen pensamientos de suicidio, principalmente pacientes del sexo masculino. Deben ser controlados de forma constante e incluso en según qué casos, hospitalizados. Pueden aparecer asociados síntomas del grupo D. (Cenyt Hospital, 2017)

4.4.3.2 Clasificación según el DSM – 5.

4.4.3.2.1 Trastorno de depresión mayor.

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5, American Psychiatric Association. (DSM-5, 2014)

4.4.3.2.2 Trastorno depresivo persistente (*distimia*) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnia.

3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5, American Psychiatric Association. (DSM-5, 2014)

4.4.4 Causas que provocan depresión. A menudo, la depresión se transmite de padres a hijos. Esto puede ir vinculado a los genes, a comportamientos aprendidos en casa o al entorno. La depresión puede ser desarrollada por un hecho estresante o infeliz en la vida. Suele ser una combinación de estos factores. Algunos de los factores que pueden causar depresión son: el alcoholismo o drogadicción, enfermedades como cáncer o dolores crónicos, situaciones que provocan dolor en el día a día, como la pérdida de trabajo, divorcio o fallecimiento de un familiar, el aislamiento social. (Cenyt Hospital, 2017)

4.4.5 Diagnóstico. Para realizar un diagnóstico sobre depresión se deben tomar en cuenta los Criterios clínicos del DSM-5. También se puede apoyar por exámenes médicos como: Hemograma, electrolitos y hormona tiroideoestimulante (TSH), vitamina

B12 y folato para descartar trastornos físicos que puedan producir depresión. (Pérez & García, 2001)

- El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes. (Pérez & García, 2001)

- Varios cuestionarios breves están disponibles para la detección sistemática. Existen varios cuestionarios breves disponibles para el examen de detección que ayudan a provocar algunos de los síntomas de depresión, pero no pueden usarse sólo para diagnóstico. Una serie de preguntas cerradas específicas ayudan a determinar si los pacientes tienen los síntomas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor. (Pérez & García, 2001)

- La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. Un médico debe preguntar delicada pero directamente a los pacientes sobre cualquier pensamiento o planes de dañarse a sí mismos o a los otros, cualquier amenaza o intento de suicidio previos, y otros factores de riesgo. La psicosis y la catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican depresión grave o moderada. Los problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad agravan el cuadro. (Pérez & García, 2001)

4.4.5.1 Diagnósticos diferenciales. Los trastornos depresivos deben diferenciarse de la desmoralización y la pena. Otros trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad) pueden imitar u oscurecer el diagnóstico de depresión. A veces aparecen varios trastornos. La depresión mayor (trastorno unipolar) debe diferenciarse del trastorno bipolar. (Pérez & García, 2001)

En los pacientes ancianos, la depresión puede manifestarse como demencia depresiva (antes denominada seudodemencia), que produce muchos de los signos y síntomas de la demencia, como retraso psicomotor y disminución de la concentración. Sin embargo, la demencia temprana puede provocar depresión. En general, cuando el diagnóstico es dudoso, debe intentarse el tratamiento de un trastorno depresivo. Puede ser difícil diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los trastornos

por abuso de sustancias, sobre todo porque pueden coexistir y contribuir entre ellos. (Pérez & García, 2001)

Los trastornos físicos también deben excluirse como causas de los síntomas de depresión. El hipotiroidismo a menudo causa síntomas de depresión y es frecuente, sobre todo entre los ancianos. La enfermedad de Parkinson en particular puede manifestarse con síntomas que se parecen a la depresión (p. ej., pérdida de energía, pérdida de expresividad, escasez de movimiento). Se requiere un examen neurológico minucioso para excluir este trastorno. (Pérez & García, 2001)

4.4.5.2 Estudios complementarios. Ningún hallazgo en los exámenes de laboratorio es patognomónico de los trastornos depresivos. Sin embargo, las pruebas de laboratorio son necesarias para descartar trastornos físicos que puedan provocar depresión. Las pruebas incluyen hemograma completo, niveles de hormona tiroideoestimulante y niveles de electrolitos, vitamina B12 y ácido fólico de rutina y, en hombres mayores, testosterona. Las pruebas para el uso de drogas ilegales a veces son apropiadas. (Pérez & García, 2001)

4.4.6 Evaluación. Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la auto-aplicación de pruebas, disponiendo cada uno de ellos de numerosos instrumentos. Obviamente, el clínico utiliza y combina los métodos e instrumentos de acuerdo con las condiciones del caso y los propósitos de la evaluación (por ejemplo, establecimiento de un diagnóstico, valoración del curso terapéutico, investigación científica). En relación con la investigación científica, que será el mayor interés aquí, dos son los instrumentos principalmente utilizados, uno de cada método de los señalados, a saber, la Escala de Hamilton (aplicada en una entrevista) y el Inventario de Beck (auto-aplicado). Ambos instrumentos fueron desarrollados a principios de los años sesenta. La Escala de Hamilton consta de 21 ítems, cada uno un síntoma de la depresión (humor, culpa, ideación suicida, insomnio, etc.), para responder de 0 a 2 o de 0 a 4. Una puntuación por encima de 29 (en la versión de 17 ítems) se considera una depresión severa. Por su parte, el Inventario de Beck consta igualmente de 21 ítems, cada uno un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc.), para responder de 0 a 3. Una puntuación por encima de 29 se considera una depresión severa. La Escala de Hamilton abunda en ítems físicos y el Inventario de Beck en psicológicos (más en correspondencia con los cuatro aspectos anteriormente señalados). Estos instrumentos evalúan la depresión, pero no establecen de por sí el diagnóstico. (Pérez & García, 2001)

4.5 Capítulo III: Intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia

4.5.1 ¿Cuáles son los pasos que deben darse para un tratamiento efectivo?

PASO 1 - Establecer una buena relación psicólogo-paciente. a. Una forma eficaz de iniciar una excelente relación psicólogo-paciente es el saludo y la presentación, en seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”, b. Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera, c. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia. (J. Reyes, 2010)

PASO 2 - Establecer una alianza terapéutica. La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración: Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?, afecto: ¿Como se siente acerca de esto?, ¿Como está su estado de ánimo?, problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de esta situación?, afrontamiento: ¿Cómo está afrontando su situación?, comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted. (J. Reyes, 2010)

PASO 3 - Proporcionar psicoeducación. Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evitar decirle “No tiene nada”. (J. Reyes, 2010)

PASO 4 - Técnicas de relajación. Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Se le debe enseñar a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego expirar el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. (J. Reyes, 2010)

PASO 5 - Realizar psicoterapia. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia. El psicólogo puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. Otra técnica es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos: a. Identificación de los factores

desencadenantes de la preocupación excesiva, b. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos, c. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito, d. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes. Además, existen otras técnicas como intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, técnica conductual de desensibilización que el psicólogo puede emplear. (J. Reyes, 2010)

PASO 6 - Remisión al especialista en psiquiatría. En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, cuando los síntomas del paciente no hayan sido aliviados solamente con psicoterapia se debe considerar la utilización de psicofármacos, en caso riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por enfermedades psiquiátricas, el psicólogo debe solicitar una interconsulta para apoyarse con un especialista en psiquiatría. (J. Reyes, 2010)

4.5.2 Tratamiento a el Síndrome de Indefensión Aprendida. En la indefensión aprendida se generan pensamientos irracionales. Se generan creencias que no son reales o que no se ajustan a la realidad y que generan malestar. El tratamiento más común es la terapia, especialmente se suele tratar este tipo de conductas a través de la terapia cognitivo-conductual, trabajando la reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales, las habilidades sociales, la autoestima y la relajación. (Hernández, 2021)

Algunas estrategias podrían ser: Explorar el origen de la indefensión aprendida, ya que aprender de dónde surge esta conducta aprendida pueden ayudar a superar los sentimientos de pasividad ante los hechos; identificar los pensamientos negativos, porque normalmente las personas con esta conducta de indefensión suelen tener ideas muy negativas en sus mentes. Por ello la clave es intentar racionalizar con estos tipos de pensamientos; cambiar los comportamientos que refuerzan la indefensión aprendida; mejorar la autoestima, puesto que estas conductas aprendidas suelen ir muy ligadas a una mala concepción de sí mismo. De este modo, al mejorar la autoestima se puede combatir esta clase de pensamiento; establecer pequeñas metas, puede ayudar a ver que se es capaz de superar estos obstáculos. (Hernández, 2021)

4.5.3 Tratamiento psicológico a la violencia.

4.5.3.1 Programas de intervención psicológicos. Viñas y Fernández (2007) su propuesta de intervención es: Intervención a mujeres maltratadas en Organizaciones gubernamentales (OG) y en Organizaciones No gubernamentales (ONG), Con técnicas como: Tratamiento con terapia breve, Intervención en crisis (cuando era necesario),

Técnicas gestálticas, conductistas, humanistas, Entrenamiento en habilidades sociales, autoestima, aumento de conciencia de la situación y Psicoeducación.

Bravo (2008) su propuesta de intervención es: Intervención con las unidades familiares - Plan de Atención Integral (PAI). Con técnicas como: Autonomía personal y responsabilidad, Apoyo en las decisiones y acciones para desarrollar un nuevo proyecto de vida, Apoyar en su interpretación de su rol como mujer y de las consecuencias de los malos tratos.

Cáceres-Ortiz et al. (2011) su propuesta de intervención es: Tratamiento Cognitivo Conductual (guiado por el programa de tratamiento de Labrador y Rincón, 2002). Con técnicas como: Psicoeducación, Relajación, Práctica de actividades agradables, Entrenamiento asertivo y afrontamiento, Activación, Terapia cognitiva y Terapia de exposición.

Iraizoz (2012) su propuesta de intervención es: Terapia Racional Emotiva de Ellis (para el trastorno de ansiedad generalizada). Con técnicas como: Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Técnicas de auto-instrucción, Tiempo fuera, Relajación muscular progresiva de Jacobson, Habilidades sociales, Resolución de problemas, Tolerancia a la frustración.

Habigzang, Gomes y Maciel (2019) su propuesta de intervención es: Terapia cognitiva conductual. Con técnicas como: Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Exposición gradual a los recuerdos traumáticos, Ejercicios de relajación, Resolución de problemas y Prevención de recurrencia.

Vaca-Ferrer et al. (2020) su propuesta de intervención es: Terapias contextuales. Con técnicas como: Principios de la Psicoterapia Analítica Funcional (AF), Ejemplos y metáforas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Uso de recursos y tareas en la Activación Conductual (AC).

Es importante mencionar que muchas de las propuestas de tratamiento fueron planteadas para el formato grupal, pero también son efectivas de forma individual. Algunas propuestas más actuales, como la planteada Vaca-Ferrer et al. (2020), dan una mirada distinta a la mujer maltratada, las terapias se basan en modelos de terapia contextual con el objetivo de promover la validación, la aceptación y la activación conductual para que las mujeres violentadas recuperen el control de sus vidas, actúen en

una dirección acorde con los valores y se involucren en relaciones íntimas basadas en la igualdad y el respeto. (Felix & Gavilán, 2020)

En las intervenciones psicológicas para tratar a las mujeres víctimas de violencia, existe un predominio de la TCC como propuesta de tratamiento, en periodos variados desde un mes hasta un año según las necesidades de las pacientes. En cuanto a elementos similares, todas las intervenciones establecen la importancia de brindar psicoeducación como inicio de cualquier tratamiento, entrenamiento en el control de la respiración, fortalecimiento de la autoestima, desarrollo de habilidades sociales, toma de decisiones, solución de problemas, técnicas cognitivas y de exposición. (Felix & Gavilán, 2020)

Grado de efectividad de los tratamientos psicológicos. En las investigaciones revisadas se advierte la relevancia de efectividad de la TCC en la intervención de la mujer maltratada, se emplearon, con mayor frecuencia, técnicas de activación conductual, psicoeducación, técnicas de inervación vagal, manejo de estrés, resolución de problemas, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, técnicas de exposición, prevención de recaídas, entrenamiento asertivo, autoestima, autoeficacia, comunicación y habilidades sociales según las manifestaciones clínicas en estudio. (Felix & Gavilán, 2020)

4.5.4 Terapia Individual. La psicoterapia individual es el tratamiento a través de métodos psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en donde el terapeuta ayudará a remover y modificar síntomas de malestar ya existentes, prevenir algunos otros, mediatizar comportamientos y promover el crecimiento personal. El objetivo de esta terapia con mujeres violentadas es entender por qué el ciclo de violencia se repite y caen en lo mismo una y otra vez; ayudarles a superar los momentos difíciles; tomar consciencia sobre sus fortalezas, habilidades y cualidades internas; poner en orden su historia cronológica; establecer el sentimiento de control sobre sus propias vidas y superar la creencia de que se encuentran indefensas y que son débiles; además de aumentar el sentimiento de autoestima reconociendo que tienen derecho a expresar sus necesidades y a satisfacerlas. (Sarrió, 2016)

4.5.4.1. Descripción de técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico individual a víctimas de violencia.

4.5.4.1.1 Apoyo emocional, empatía y encuadre. Empatía es el término comúnmente usado para describir el proceso mediante el cual una persona puede ponerse en el lugar de la otra y comprender, por lo tanto, sus sentimientos ante una situación determinada. No basta con comprender, sino es necesario comunicar dicha comprensión.

Es necesario señalar también que en el primer encuentro es muy importantes ya que en él se puede ganar o perder la confianza de la mujer en su capacidad para ayudarla, por ello resultará elemental manifestar verbal y corporalmente que se entiende a la persona manteniendo una sintonía empática con las emociones de la paciente. (Lara, 2008)

El apoyo emocional también se expresa por medio de acciones tales como: el saber escuchar atentamente; el mirar directamente a la cara de la otra persona cuando se habla con ella; comunicar honestamente nuestro interés por el bienestar de la mujer; estar atenta/o las características y gravedad de los problemas y expresar esta atención por medio de la formulación de preguntas abiertas, clarificación de dudas y con la elaboración de pequeños resúmenes “según la escucho, su problema tiene que ver con...”, “si la interpreto correctamente, usted se enfrenta a ...”, “me pregunto si lo que usted me quiere decir es...”. (Lara, 2008)

-Ejercicios de contención. Los ejercicios de contención tienen el propósito de “contener” las emociones dolorosas, y ayudan a la mujer a manejar sentimientos abrumadores. Estos ejercicios le proporcionan a la mujer una forma de actuar y la ayudan a tener control sobre su propio proceso de sanación. La contención no significa negar o reprimir las emociones, sino optar conscientemente por poner las emociones intrusivas, dolorosas o disruptivas a un lado por un periodo provisional de tiempo. Sugerirle escribir en un diario sus pensamientos y sentimientos también puede ser útil como recipiente provisional de emociones. (ONU Mujeres, 2012)

4.5.4.1.2 Expresión Emocional. Es fundamental para el procesamiento de las experiencias, y para el bienestar. Especialmente entendido en el contexto de las emociones «negativas», no expresar las emociones, contenerlas, supone no dejar fluir aquello que incomoda, que genera dolor. Dar un nombre a lo que siente y actuar de forma coherente hacia esos sentimientos será de gran utilidad. Para ir poco a poco escuchando las emociones es necesario permitir sentir las, puesto que cumplen una función y pueden aportar mucha información sobre sí mismo. Hay que entender su origen, que situaciones, personas, circunstancias le hacen sentir de una determinada manera. También se deben expresar, lo que se siente. (Beteré, 2020)

-Método catártico. Se refiere al proceso en el cual se liberan o se “purgan” emociones desagradables asociadas a conflictos que en muchas ocasiones pueden encontrarse reprimidos para no “colapsar” al yo consciente. limpieza de las emociones, por lo cual, en muchas ocasiones se da en el momento en que el individuo llega a su límite

u ocurre un detonante dentro de las manifestaciones de cansancio, agotamiento y abandono de sí mismo. De ese modo, se precipita la liberación y se precipita la superación. Además, ayuda a liberar las emociones, para soltar las emociones que estén sintiendo en ese momento y reducir las sensaciones negativas a nivel mental o físico que se esté produciendo. (Rull, 2018)

-*La línea de vida*, es una de las técnicas más extendidas en terapia, sirve para tener sobre el papel una concepción clara y precisa de todos aquellos eventos significativos de la vida de una persona, con el fin de determinar si han podido tener influencia sobre el estado actual. Además, habla sobre el conjunto de todas las experiencias de esa persona. Generalmente se utiliza desde un enfoque informativo, pero se puede adaptar para ayudar en la descarga emocional. Para ello, debe trazarse una línea en un folio en la que se representarán todos los eventos de carácter positivo que hayan ocurrido en una etapa determinada. Puede hacerse en el período de toda la vida, el último año o mes. La Línea de vida positiva sirve para poder cambiar el foco a las emociones positivas en períodos donde existe una mayor tendencia a la depresión. Esto libera de ese nudo y permite ver las cosas buenas que han pasado. (Rull, 2018)

4.5.4.1.3 Reevaluación cognitiva mediante la técnica Modelo ABC. El marco filosófico general de esta terapia se basa principalmente en la premisa estoica de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones”. (Epictetus, 1980). El modelo terapéutico denominado ABC se puede considerar, dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual, como un marco de referencia muy amplio en donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la conducta fue descrito por Ellis en el año 1962. En este modelo se expone que hay un “acontecimiento activante” (A) que es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (“Beliefs”) (B) sobre él mismo. A partir de esas creencias se desarrollan las consecuencias (C) que resultarían de la interpretación que el individuo hace de A. (Cabezas Pizarro & Lega, 2012)

Las percepciones y concepciones erróneas, de lo que sucede realmente en el punto A, responden a patrones disfuncionales y dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, por lo que no hay objetividad (B irracional), y ello causa en gran medida “consecuencias emocionales” (Ce) y/o “consecuencias conductuales” (Cc). Desde el punto de vista cognoscitivo o filosófico, de acuerdo con Ellis y Abrahms (2001) se supone o se establece la hipótesis, que lo que concebimos como nuestras consecuencias o reacciones emocionales (C) se desencadenan principalmente de nuestras ideas o creencias

conscientes o inconscientes (B), de nuestras evaluaciones, y propias interpretaciones de lo que sucede en (A), y esto es lo que se ha denominado el modelo ABC de la conducta. El pensamiento irracional (B) inicialmente se trataba como un concepto “global” pero con el tiempo ha ido evolucionando a ideas específicas. (Cabezas Pizarro & Lega, 2012)

-Imágenes mentales. La imagen psíquicamente representada, o lo que es lo mismo, visualizada, es punto de partida en el logro de orientación en pensamientos y actos, definición, conceptualización y enjuiciamiento de lo afrontado, anticipación de los hechos por venir, y la prevención de daños y agresiones. Además, la imagen visualizada es la base para pensar en cómo suprimir obstáculos, solucionar problemas, y lograr ajuste y serena aceptación de las adversidades irreversibles. Es por ello por lo que el psicoterapeuta, de manera controlada o indirecta, puede contribuir a la evolución favorable del paciente cuando por medio de la de la imagen guiada promueve la catarsis en entrevista y conversación, le transmite apoyo y esperanza, lo conduce al establecimiento de metas y sentido satisfactorio de la vida como ordenador de su personalidad. (Ponce, 2019)

Según el estudio de (Campos & González, 2017) se tiene que enseñar al paciente a identificar sus imágenes: El terapeuta trata de descubrir una imagen mental espontánea que el paciente ha tenido o de inducir una en la sesión. Es aconsejable utilizar sinónimos tales como fotografía mental, ensoñación, fantasía, imaginación y recuerdo.

Instruir a los pacientes acerca de las imágenes mentales: Algunos pacientes pueden identificar imágenes, pero no las refieren a sus terapeutas porque son gráficas y perturbadoras, si el terapeuta logra darse cuenta de esta situación, debe referirse a la experiencia de las imágenes. Instruir al paciente respecto de las imágenes suele contribuir a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de ellas. Si el paciente sigue experimentando dificultades para identificar imágenes espontáneas, el terapeuta puede inducir una imagen relacionada con una situación menos amenazante. (Campos & González, 2017)

Combatir las imágenes espontáneas: Una vez que el terapeuta ha comprobado que el paciente convive con frecuentes imágenes perturbadoras, le enseña muchas técnicas distintas para ayudar a los pacientes a combatir sus imágenes automáticas. El terapeuta, le aconseja al paciente que practique muchas veces las técnicas, dentro y fuera de sesión, para aumentar la eficacia. Seguir las imágenes hasta su conclusión: Esta técnica debe de enseñarse a primer término, ya que puede ayudar al terapeuta y al paciente a conceptualizar mejor el problema, llevar a la reestructuración cognitiva de la imagen y

brindar alivio para la situación. El terapeuta alienta al paciente para que siga construyendo una imagen espontánea. (Campos & González, 2017)

Dar un salto hacia adelante en el tiempo: Hay ocasiones, que cuando se sigue una imagen hasta su conclusión, no se logran los resultados esperados, porque el paciente continúa imaginando obstáculos o hechos perturbadores, sin que se pueda vislumbrar un final, es aquí cuando el terapeuta puede sugerir que el paciente se imagine a sí mismo en algún momento del futuro. **Tolerar la imagen:** Consiste en guiar al paciente para que imagine que está tolerando mejor la situación difícil que ha visualizado espontáneamente y cambiar la imagen: Consiste en ayudar al paciente a identificar una imagen y luego volverá a evocarla, cambiando el final. **Cambiar la imagen,** conduce a conversaciones productivas relacionadas con la resolución de problemas. (Campos & González, 2017)

Comprobar la realidad de la imagen: El terapeuta enseña al paciente a tratar la imagen como si fuese un pensamiento automático verbal, usando el cuestionamiento socrático estándar. Si existiera otra situación, el terapeuta enseña a la paciente a comparar una imagen espontánea con lo que realmente está sucediendo. Cuando se está tratando de imágenes, es preferible utilizar las técnicas específicas más que las técnicas verbales sugeridas, las imágenes tienden a responder mejor a ese tipo de intervenciones. Sin embargo, cuando el paciente posee muchas imágenes vividas y perturbadoras, se puede beneficiar usando una combinación de técnicas y entre ellas, las verbales para el control de la realidad de sus cogniciones. (Campos & González, 2017)

Repetir la imagen: Se suele utilizar cuando un paciente imagina claramente un desenlace exagerado, pero no catastrófico para sus imágenes. El terapeuta debe sugerir entonces que se represente una y otra vez la imagen en cuestión, y preste atención a los cambios en la representación del cuadro y al nivel de malestar que experimenta. **Y sustituir o detener las imágenes y distraerse de ellas:** Estas tres técnicas fueron diseñadas para lograr un rápido alivio de los efectos de las imágenes, pero por lo general no sirven para producir una reestructuración cognitiva importante. (Campos & González, 2017)

La detención de imágenes se puede utilizar en forma aislada o seguida de sustituciones de imágenes o distracciones, en estos casos, el paciente reconoce una imagen perturbadora y trata de eliminarla. También se puede utilizar la técnica de distracción y refocalización de la atención. La conjunción de imágenes agradables y relajación podría ser otra opción, cuando el desasosiego inicial es leve o moderado, los pacientes suelen experimentar alivio con la inducción de imágenes agradables. (Campos & González, 2017)

4.5.5 Terapia grupal. La intervención a través de talleres grupales con mujeres víctimas de violencia de género, tienen el objetivo de facilitar la generación de experiencias positivas para su autoestima, de compartir sus experiencias de maltrato y descubrir que no están solas y que la violencia de género es, como hemos visto, una consecuencia de la discriminación y del desequilibrio de poder entre mujeres y hombres presente en nuestra sociedad, del que ellas no son culpables. (Lafuente, 2015)

La intervención grupal les permite, así mismo, retomar la práctica de habilidades sociales y de comunicación asertiva que probablemente hayan perdido. Y, por último, supone la creación de una red social de apoyo, fundamental para cambiar la situación y percepción negativa de sí mismas. En el taller grupal pretende realizar acciones en favor de la autoestima de las mujeres participantes, animándolas a compartir sus destrezas, a desarrollar sus habilidades, concienciándolas de sus recursos y fortalezas, acompañándolas en el descubrimiento de sus cualidades y posibilitando que puedan crearse una red de apoyo que las sostenga. (Lafuente, 2015)

Puesto que el colectivo de mujeres que se siente apoyada manifiesta índices más elevados de autoestima, tiene una visión más positiva de la vida y más capacidad para abordar el problema. A su vez, reduce la tendencia al aislamiento y mejora la disposición en el compromiso con la crianza. En el proceso de recuperación de la violencia, el apoyo afectivo incrementa la autoestima y la capacidad para afrontar el problema, así como disminuye las tendencias depresivas y de autoinculpación de estas mujeres. (Lafuente, 2015)

4.5.5.1 Descripción de técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico grupal a víctimas de violencia.

4.5.5.1.1 La psicoeducación como herramienta de cambio. La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basada en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino que también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. (Godoy et al., 2020)

Su aplicabilidad ha sido estudiada con mayor intensidad en los últimos 30 años en personas con esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit atencional, alimentario y otros, ampliando cada vez más su campo de acción, en función de sus beneficios. Si bien existen variadas corrientes de abordaje para el trabajo psicoeducativo, en todas se pueden identificar la necesidad de enmarcarla en el modelo terapéutico de tratamiento, considerando como objetivos: mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, mejorar la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad, aumentar su estado de salud y calidad de vida. (Godoy et al., 2020)

4.5.5.1.2 Asignación de tareas. La realización de tareas fuera de la sesión constituye una manera de experimentar cambios por la persona, no basta comprender el problema hay que ensayar formas diferentes de comportarse. No es suficiente explicar el problema a una mujer, ni siquiera que ella misma logre explicárselo; lo más importante es que pueda hacer cosas diferentes. La tarea es una modalidad técnica dirigida a promover el cambio en forma gradual, las “tareas a domicilio” son una modalidad dirigida a amplificar el proceso, de tal forma que la mujer se vea cada vez más capaz de funcionar en forma autónoma. En muchos casos no es importante la correcta ejecución de la tarea, sino la posibilidad de ensayar escenarios diferentes. La tarea se asigna sobre el trabajo realizado en la sesión, sobre los datos recogidos y utilizando los contenidos que aporta la mujer. (Diaz, 2015)

4.5.5.1.3 Expresión plástica. Las artes tienen la facultad de mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades. Durante décadas han devenido en un poderoso instrumento para estimular el desarrollo, tanto intelectual como emotivo, de quienes encuentran en la expresión artística un medio de comprender el mundo y de conectarse con los otros. Ayuda a reducir el estrés y la ansiedad presentes. La expresión plástica es una forma de representación y comunicación, los beneficios son facilitar la comunicación con los demás y con su entorno, interpretar la realidad en la que vive a través de sus realizaciones, favorece el desarrollo de su imaginación y creatividad. (Sarduy et al., 2020)

Cada estilo artístico refleja el arte con rasgos similares en una etapa de tiempo; la violencia contra la mujer, en el arte, ha trascendido a través de los años. Tiene como objetivo que las mujeres violentas puedan expresar sus emociones. El arte es parte importante en el rescate de momentos perdidos u olvidados, aporta valor a la construcción de la memoria, es una valiosa herramienta que brinda información visual de momentos

específicos y contiene datos que no siempre pueden ser rescatados por un escrito. (Sarduy et al., 2020)

La expresión plástica es un instrumento de desarrollo y comunicación del ser humano que se manifiesta por medio de diferentes lenguajes. La expresión plástica, como forma de representación y comunicación, emplea un lenguaje que permite expresarse a través del dominio de materiales plásticos y de distintas técnicas que favorecen el proceso creador. Lo fundamental en este proceso es la libre expresión, no la creación de obras maestras. Dentro de la técnica de expresión plástica podemos encontrar el dibujar, pintar, decorar, psicodrama, construcción de manualidades, entre otras. (Haro, 2013)

4.5.5.1.4 Técnicas autorreflexivas. La autorreflexión ayuda a cuestionar los pensamientos rígidos, las certezas, a mejorar la capacidad de las personas de ser autónomas a la hora de decidir. Los psicólogos definen como “conciencia autorreflexiva” es en realidad una habilidad “meta- cognitiva” que todos podemos entrenar y potenciar. Significa ante todo poder pensar y reflexionar sobre los propios procesos mentales y emocionales para comprenderlos y dominarlos. Es también una persona capaz de establecer un diálogo interno saludable y útil con el que intuir errores, carencias, inseguridades y malestares con el fin de sanarlos y construir día a día, una mejor versión de su persona. (Sabater, 2019)

Dentro de estas técnicas se puede encontrar “*Escritura Emocional Autorreflexiva*” se debe a las características de la técnica; se considera emocional porque es necesario que el paciente no sólo describa objetivamente los acontecimientos, sino que exprese las emociones que ellos le causaron; es autorreflexiva ya que el paciente debe buscar las causas del acontecimiento y de sus emociones, no sólo debe quejarse o intentar demorar una posible solución directa de los problemas. Sin alguno de los dos componentes, los resultados terapéuticos serían de bajo impacto en la salud psicósomática del participante. (Dzib Aguilar et al., 2010)

-*Carta a mi versión del pasado es un ejercicio de la técnica de “Escritura Emocional Autorreflexiva”.* Que tiene por objetivo mejorar la autoestima de la paciente, al permitirle desahogarse, sentir, perdonarte, aprender a comprenderse y quererse. Las instrucciones son: Escribir a la niña/o que fuiste: Imaginar al niño/a que fuiste, lo que te gustaba de ese niño/a, lo que te daba pena, de lo que te arrepientes... escríbele una carta a él/ella y dile todo lo que sientes. Cuanto más detalle, mejor. Si aparecen nombres concretos, fechas, anécdotas... más rico será y más lo vivirás. Muéstrale tu cariño, tu

perdón, tu orgullo. O como otra opción: Escribir a tu yo adulto desde el niño/a que fuiste: ahora haremos justo lo contrario. Vuelve a meterte en la piel de esa niña o niño, recuerda cómo te sentías, qué deseabas, que temías, qué sueños tenías... y ahora escríbele a tu yo adulto. Aprovecha y que te dé consejos, que te recuerde lo que era importante para ti. Recuerda, además, que ya no eres ese niño/a indefenso. Ahora eres adulto y muchas de las cosas que te atrapaban o te daban miedo ya no tienen por qué ser reales. (D. Morales, 2019)

-Textos para reflexión. El facilitador lleva un texto para su lectura que será trabajado de acuerdo con su objetivo o propuesta de enseñanza. Esta puede ser realizada por algunos miembros del grupo. Cada participante recibe una copia (también puede proyectarse en diapositivas) o la leerá el facilitador para el grupo. Luego de la lectura del texto, se solicita al grupo que exprese sentimientos y opiniones sobre el asunto. El facilitador, después de escucharlos, cierra con las observaciones centrales destacadas y agrega los contenidos necesarios para alcanzar mejor el objetivo. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

Es importante que los participantes tengan disposición para aprender, es decir que esté todo el tiempo; evite la postura de aquel que "vino solo a escuchar", escuche de forma activa, participe intensamente, intentar dejar afuera las tensiones y el estrés, encontrarse abierto, receptivo a nuevas ideas, estar dispuesto a desprenderse a viejas creencias, evitar ser destructivo, "estar en contra", y recordar que aprender es fruto de un esfuerzo personal. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

4.5.5.1.5 Toma de decisiones y resolución de problemas. En el estudio publicado por (Rodríguez, 2016) menciona que tomar una decisión es un proceso cognitivo y comportamental que ayuda a la persona a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas, y a la vez, incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre las alternativas posibles. El Modelo para la toma de decisiones y resolución de problemas presenta 5 fases:

- A. **Orientación hacia el problema:** En un primer momento se debe realizar un ejercicio de concienciación sobre la naturaleza de las situaciones problemáticas, incrementando su sensibilidad hacia las mismas y entendiendo que forman parte de la condición del ser humano. La intervención se centra en modificar las creencias, expectativas y valoraciones sobre los problemas, en controlar las ideas que el sujeto dispone sobre su propia capacidad para

solucionarlos; así como también en minimizar el malestar que esto conlleva. Se plantea así, que los problemas son naturales e inevitables y que es posible afrontarlos de una forma eficaz. (Rodríguez, 2016)

- B. Definición y formulación del problema: El objetivo de esta etapa es definir el problema en términos operativos, de forma que esto ayude a la generación de soluciones relevantes. En definitiva, la persona tiene que definir el problema y reunir toda la información posible respecto de la situación que le preocupa. Todo esto debe realizarse en lenguaje concreto, evitando inferencias y suposiciones. Un error que suele condicionar una eficiente resolución del problema reside muy frecuentemente en una incorrecta definición del mismo y de la cuestión que realmente está generando la preocupación. (Rodríguez, 2016)
- C. Generación de soluciones alternativas: El objetivo del modelo es que la persona encuentre una gama amplia de respuestas posibles para su problema; razón por la cual, la “lluvia de ideas” es una buena opción para aplicar, pero debe ser guiada por una serie de normas: 1. Principio de aplazamiento del juicio: la crítica o valoración sobre la adecuación de las propuestas se pospone para más adelante, por lo cual cualquier alternativa es válida en esta fase. 2. Principio de la variedad: se deja trabajar la imaginación, generando así la mayor variedad de opciones posibles. 3. Principio de la cantidad: el número de opciones que se manejen debe ser cuanto más elevado mejor. Entre todas ellas siempre se obtendrán varias que sean viables. (Rodríguez, 2016)
- D. Toma de decisiones: En esta fase, se seleccionarán las alternativas que contribuyan a la solución del problema. Para lo cual el individuo debe tener en cuenta las consecuencias a corto, medio y largo plazo de todas y cada una de las soluciones que ha planteado. Después se propone razonar críticamente sobre cada una de las soluciones que ha indicado. Puede resultar muy útil elaborar una tabla con cada una de las opciones propuestas y asignar valores entre 0 y 10 en las tres categorías siguientes: a) interés y motivación para escoger aquella opción; b) dificultad de la puesta en marcha de la solución; c) efectividad de la solución. (Rodríguez, 2016)
- E. Ejecución y verificación de la solución: El objetivo de este paso es poner en práctica la alternativa que se ha escogido, y evaluar la efectividad de la misma. En esta evaluación se debe contemplar un proceso de auto-observación, auto-

evaluación y auto-refuerzo. En el supuesto de que el resultado no sea el esperado, deberá verse en qué fase se ha cometido un error y, posteriormente, realizar los cambios necesarios en su re-ejecución para que el resultado sea satisfactorio. (Rodríguez, 2016)

4.5.5.1.6 Las dinámicas en grupo. Las dinámicas de grupos son actividades en la cual las personas se implican en ellas para afianzar sus relaciones. Es así como estas tienen que ver con el contacto, con la comunidad, con la sociedad, con la convivencia y con la cooperación entre los participantes. La finalidad de las mismas es favorecer la adaptación de las personas en diferentes entornos sociales. Las actividades de esta índole pueden ayudar a que un trabajo o incluso los estudios se lleven de mejor manera con un ambiente mucho más amigable y compenetrado, permitiendo que los participantes se conozcan y entren en confianza para llevar a cabo los objetivos que el líder o profesional haya establecido. El grupo que realiza dinámicas pueden adquirir las competencias cooperativas con lo que estos pueden experimentar la motivación para mejorar cada vez más entre ellos y con el trabajo en equipo. También permitirá que el grupo enfoque la atención en conseguir unas metas comunes, buenas para todos los integrantes. De esta manera se contribuye a la productividad, promoviendo el trabajo de cada persona en forma individual y también como parte de una comunidad. (Euroinnova, 2020)

4.5.5.1.7 Uso de metáforas. La metáfora es una representación simbólica de una situación y como tal es sintética, totalizadora, condensa diferentes elementos, se ubica en el hemisferio derecho del cerebro que es el del inconsciente. Las metáforas proporcionan una Gestalt en la cual hechos que antes se veían aislados, se pueden percibir relacionados unos con otros. El lenguaje explicativo, que se basa en el razonamiento, tiende a aislar y a fragmentar, a describir un hecho seguido de otro, de manera lineal. El lenguaje metafórico tiende a sintetizar y a combinar, una diferentes niveles de pensamiento y toca los sentimientos. (Díaz, 2015)

El lenguaje metafórico es determinante en la comprensión de las relaciones, alianzas, distancias emotivas, resistencias al cambio, etc. El uso de la metáfora se puede dar en dos niveles: el uso activo de la metáfora por parte del terapeuta, o activar a la paciente para que utilice metáforas en su comunicación. Hablar con metáforas. Es una manera efectiva de recoger información y de comunicarse cuando una mujer se encuentra particularmente bloqueada para expresar los sentimientos. En algunas ocasiones

comunicar con metáfora promueve un cambio, a través de la toma de conciencia, a veces dramática. (Díaz, 2015)

4.5.5.1.8 Plan de vida. La fijación de metas a corto y mediano plazo, incluyendo todos aquellos aspectos que la mujer ha dejado inconclusos en ocasiones a raíz de la experiencia traumática, pero que ella establece como prioridades para su realización personal. Como, por ejemplo, el continuar con el estudio, el trabajo, etc. Es importante, antes de llegar a este punto, el haber trabajado la identificación de las fortalezas y recursos internos de la mujer y externos con los que podrá contar, así mismo se sugiere la Elaboración conjunta de un plan de acción para cumplir con las metas propuestas. (Lara, 2008)

Tiene como propósito potenciar la certeza de poder continuar con su vida, de reconocer que, a pesar del evento traumático, le es posible tomar decisiones en relación con las metas y planes propuestos y sus necesidades. Se debe también incluir en dicho plan como resolver la parte que tiene que ver con el enfrentamiento social y a la comunidad incluyendo por supuesto la familia y la pareja si existiera. (Lara, 2008)

4.5.4 Tratamiento psicológico a la ansiedad

4.5.4.1. Técnica de Reestructuración Cognitiva. Ayuda a pensar de forma realista. Los psicólogos que han contribuido al desarrollo de esta técnica han sido Albert Ellis y Aaron Beck. Ambos dicen que las emociones tienen poco que ver con los sucesos reales: “Entre los sucesos y las emociones existe algo llamado pensamiento deformado. El suceso considerado aisladamente no causa la emoción”. Dicho en otras palabras, no son las situaciones las que hacen que tengamos ansiedad sino las interpretaciones o lo que pensamos de ellas o de las consecuencias para nosotros o nosotras. (Vidal, 2018)

La Reestructuración Cognitiva trata de conseguir que las interpretaciones y pensamientos sean más realistas (con respecto a las situaciones y a las capacidades de afrontarlas) y más específicos. Se lleva a cabo en tres pasos: 1. Identificar pensamientos erróneos: Consiste en detectar los pensamientos que en una determinada situación le hacen sentir mal. Es decir, pensar acerca de sus propias interpretaciones sobre lo que sucede. 2. Analizar pensamientos erróneos: Una vez que se identifican los pensamientos, se deben analizar, comprobar la veracidad de ese pensamiento, buscar la forma de demostrar que es verdadero o falso. Para ello se parte de una premisa importante, no pensar algo, convierte a ese pensamiento en necesariamente cierto, y para demostrarlo,

hay que buscar las evidencias a favor y en contra de dicho pensamiento. 3. Modificar los pensamientos erróneos: Consiste en flexibilizar o cambiar los pensamientos que se ha comprobado que no son ciertos o no totalmente ciertos, por otros más apropiados, razonados y realistas. (Vidal, 2018)

Esta técnica da luz a los pensamientos, razona, clarifica, y enseña a que seamos realistas, concretos y específicos para interpretar la realidad o cuando pensamos en el futuro. Pensar bien nos hace sentir mejor. Esta técnica, aunque su funcionamiento es fácilmente comprensible, se necesitan varias horas haciendo auto observación y autorregistros (tomar nota de ellos) para identificar los pensamientos esenciales y responsables de la ansiedad o de la angustia; y entre unas semanas de entrenamiento en debate (o diálogo socrático) y modificación de pensamientos, para conseguir resultados óptimos. Por lo que hay que tener en cuenta que las interpretaciones ansiosas suelen estar muy automatizadas. (Vidal, 2018)

4.5.4.2 Técnicas de Respiración Diafragmática: Respirar profundamente.

También llamada Respiración Abdominal, es junto a otras muchas técnicas de Relajación (Relajación muscular progresiva de Jacobson, Relajación autógena de Schultz...), la meditación y otras, una forma de adquirir un estado de calma, donde se reduce la tensión física y las constantes vitales, como el pulso o la temperatura, se modifican con ella, para aportar salud física y emocional. Una respiración correcta es esencial, ya que favorece el transporte de nutrientes esenciales a los tejidos y aporta energía a órganos y músculos del cuerpo, además de contribuir a mejorar el funcionamiento del organismo. Hasta que tengamos entrenada la respiración abdominal, podemos iniciar este hábito saludable haciendo respiraciones profundas, para reducir la ansiedad, la inquietud, reducir la frecuencia cardíaca y la tensión muscular. (Vidal, 2018)

La Respiración Abdominal o Diafragmática, es la respiración más completa, ya que permite la entrada de aire a la base de los pulmones y produce un movimiento rítmico del diafragma que a su vez estimula las estructuras implicadas en los estados de relajación, como el nervio vago, eje central de nuestro sistema nervioso parasimpático, encargado del bienestar. Con la respiración diafragmática se estimula la secreción de un neurotransmisor, la acetilcolina, que es un tranquilizante natural. (Vidal, 2018)

Pasos para su entrenamiento:

Comienza cómodamente tumbado(a) o sentado(a) con los ojos cerrados.

1. Expulsar todo el aire de sus pulmones (expiración).
2. Tomar aire (inspiración) de forma constante, dirigiéndolo hacia la parte inferior de los pulmones.
3. Contener el aire, haciendo una pequeña pausa en el proceso de inspiración.
4. Espirar de forma lenta tratando de sacar todo el aire de los pulmones y de centrarse en cómo sale el aire y en las sensaciones percibidas. (Vidal, 2018)

Los beneficios de la respiración diafragmática descritos desde diversas disciplinas científicas son: disminución de la tensión muscular tónica, disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco, aumento de la vasodilatación arterial, con lo que aumenta el riego periférico y la oxigenación celular, disminuye la frecuencia respiratoria, pero aumenta la intensidad, aumento del nivel de leucocitos con lo que mejora nuestro sistema inmunitario, favorece la reducción de la ansiedad, irritabilidad y fatiga. Y desde luego es una técnica que ayuda a parar, y pensar de forma más adecuada. Esta técnica requiere de pocas semanas para hacerla correctamente si se hace un entrenamiento diario de unos 10 minutos. (Vidal, 2018)

4.5.4.3 Técnicas de exposición: Afrontar las emociones y la vida. Para combatir la ansiedad, algunas de las técnicas para reducir su efecto son: la Desensibilización Sistemática, la Inundación, la Exposición graduada, con o sin prevención de respuesta. Todas ellas tienen el ingrediente común de la exposición. Estas técnicas han demostrado una eficacia satisfactoria en el tratamiento de las fobias específicas (como la fobia social, la fobia de impulsión...) y en otros problemas de ansiedad, y desde luego, te ayudará a abordar en tu día a día, esas cosas que temes. (Vidal, 2018)

Esta técnica prepara a las personas para afrontar situaciones, en vez de evitarlas. Es fundamental, en muchos casos, elaborar un programa sobre cómo hacerlo, para que la persona, a través de la experiencia de afrontarlo, de exponerse, pueda evitar reaccionar cuando tiene ansiedad (p. ej. comer o huir para no sentirla), a que la sienta sin temerla, pueda aprender que la ansiedad y sus síntomas pueden ser controlados, y que las consecuencias catastróficas anticipadas a la situación que produce ansiedad no ocurren, es más, cuando lo piensa, que cuando lo hace. (Vidal, 2018)

4.5.5 Tratamiento psicológico a la depresión

Terapia de Conducta. Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual, pero con

distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales. Tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión. Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título: 4) Terapia de Autocontrol, 5) Terapia de Solución de Problemas y 6) Terapia Conductual de Pareja. (Pérez & García, 2001)

1. *El Programa de Actividades Agradables* consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo. (Pérez & García, 2001)

2. *El Entrenamiento de Habilidades Sociales* es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela). (Pérez & García, 2001)

3. *El Curso para el Afrontamiento de la Depresión, CAD*, es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. Disponiendo además de un libro-de-trabajo para el participante y de un manual del instructor. (Pérez & García, 2001)

El curso, inicialmente diseñado para adultos con depresión, se ha extendido a una variedad de poblaciones y condiciones tales como adolescentes, mayores, cuidadores de mayores, grupos minoritarios, y en la prevención de la recaída y la prevención primaria y secundaria. El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo, donde el terapeuta hace más bien el papel-de-instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes son más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el

entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (tomando, por ejemplo, estrategias de la terapia de Beck) y, finalmente, lo que constituye la última sesión y, por tanto, el sentido del curso, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes. (Pérez & García, 2001)

4. *La Terapia de Autocontrol* asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones, centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo. Dos estudios validaron el programa contra condiciones de control, en un caso terapia de grupo inespecífica y lista-de-espera y en el otro un entrenamiento en habilidades asertivas. Esta terapia ha sido objeto también de estudios de desmantelamiento de componentes, mostrándose que cada componente por individual (autoseguimiento, auto-evaluación y auto-reforzamiento) es tan efectivo como el conjunto. (Pérez & García, 2001)

5. *La Terapia de Solución de Problemas relacionada a la depresión*. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la «baja tasa de reforzamiento positivo» y de ahí la depresión. El procedimiento consiste en un programa estructurado, tanto para ser llevado en grupo como individualmente, de 8-12 sesiones, con una variedad de técnicas. Diversos estudios avalan su eficacia. Aunque la racionalidad de la Terapia de Solución de Problemas para la depresión es homogénea con los planteamientos anteriores suscita, sin embargo, dos cuestiones particulares. Una es su dependencia de un modelo algorítmico de solución de problemas impersonales, cuando la depresión tiene más bien que ver con problemas interpersonales. La otra cuestión hace al caso de que las personas deprimidas, más que tener propiamente deficiencias en un supuesto proceso de solución de problemas, acaso tengan actitudes pasivas y de evitación y se centren «rumiativamente» en su propia conciencia emocional, a diferencia de los no-depresivos, de manera que su depresión no se debería necesaria ni probablemente a la carencia de dichas habilidades. (Pérez & García, 2001)

6. *La Terapia Conductual de Pareja* trata la depresión en el contexto de una relación inter-personal. Aunque el contexto social no era ajeno a los procedimientos anteriores y, en realidad, no lo es a ningún tratamiento psicológico, la terapia de pareja, y en su caso de familia, incorporan la relación como elemento esencial o, dicho de otra manera, sitúan la depresión en la relación de la persona deprimida con las otras personas que forman parte de su ámbito familiar (y en particular su cónyuge). Ello no supone que

toda depresión dada en una relación de pareja sea debida a problemas en la relación. De hecho, la conexión entre problemas de pareja y depresión puede ser de varias maneras según sea uno u otro el precedente o que coincidan. (Pérez & García, 2001)

7. *Terapia Cognitiva*. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información. La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que no en vano se denomina también terapia cognitivo – conductual. (Pérez & García, 2001)

8. *Psicoterapia Interpersonal*. La Psicoterapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica. Sobre la observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión (el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales) (Pérez & García, 2001)

La Psicoterapia Interpersonal es una terapia estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas, para ser llevada en 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas semanalmente (por lo común, primero dos a la semana y después una semanal). Cuenta con un manual de aplicación. Obviamente, cuando se utiliza como terapia de continuación o de mantenimiento, la programación tiene una escala mensual. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados. (Pérez & García, 2001)

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es no experimental porque se realizó sin la manipulación de las variables. Según la prolongación en el tiempo, periodo y secuencia es transversal o sincrónica porque se llevó a cabo en un segmento de tiempo determinado durante el periodo académico 2021-2022, con el fin de medir y caracterizar la situación en este tiempo específico.

El tipo de enfoque es cuantitativo, ya que se recolectaron los datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Por la profundidad y tipo de conocimientos que se obtuvo, esta investigación es descriptiva correlacional, porque el estudio permitió describir los niveles de indefensión aprendida, ansiedad y depresión en las víctimas de violencia intrafamiliar. También es correlacional porque se indagó la relación existente entre las variables de estudio (El síndrome de indefensión aprendida y su relación con la ansiedad y depresión).

5.1.1 Población y muestra. En el presente trabajo Investigativo, previo a la obtención de la muestra se realizó un análisis del número de las pacientes que asisten, obteniendo que en el periodo noviembre 2021– enero 2022 las usuarias que asisten por mes son indefinidas, quedando un total de 78 pacientes en los 3 meses, a fin de asegurar la veracidad del presente estudio investigativo se trabajó con toda la población de estudio de género femenino.

Las participantes de esta investigación fueron 78 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar entre 18 y 73 años de edad. La selección de la muestra se llevó a cabo a través de la aplicación de la Escala de Indefensión Aprendida para conocer quiénes presentaban este síndrome, de las cuales todas lo presentaron, razón por la cual se trabajó con toda la población.

Complementariamente, en los anexos 1, 2 y 3 se encuentran las principales características de las mujeres violentadas, en concreto, su edad, distribución por estado civil y tipo de violencia.

Como principales características de la muestra es importante destacar que el grupo de edad con mayor incidencia es el de 18 a 25 años con un porcentaje del 41.0%, seguido del grupo de 26 a 33 años con el 25.6%. El grupo de 34 a 41 años y el grupo de 42 a 49 años respectivamente con el 10,3 %. Así mismo, el grupo de 50 a 57 años y el grupo de

66 a 73 años respectivamente correspondieron al 5,1% y en menor número de mujeres violentadas se evidenció en el grupo de 59 a 65 años con el 2.6%. (Anexo 1).

En cuanto al estado civil, el 48,7% de las mujeres tuvieron estado civil soltera, en comparación con 25,6% que correspondió a estado civil casada, seguido por 17,9% con estado civil divorciada, el 5,1% estado civil unión libre y menor porcentaje se encontró el estado civil viuda con el 2,7%. (Anexo 2).

En el (Anexo 3) se evidenció que el tipo de violencia que se encontró presente en mayor porcentaje perteneció a la violencia psicológica con el 42,6%, seguido por la violencia física y psicológica con el 23,1%, la violencia psicológica y económica se encontraron en igual porcentaje respectivamente a la violencia psicológica y patrimonial con un 7,7%. También se evidenció que comparativamente la violencia sexual y la violencia psicológica y sexual pertenecieron al 5,1%. En menor proporción el 2,6% eran víctimas de violencia sexual y física en igual porcentaje respectivamente a la violencia física, psicológica y económica.

5.2 Técnicas e instrumentos

5.2.1 Escala de Indefensión Aprendida. De los autores M^a José Díaz-Aguado, Rosario Martínez, Gema Martín, M^a Antonia Alvarez - Monteserín, Esther Paramio, Cristina Rincón, Fernando Sardinero que está formado por 29 elementos, que describen aspectos relacionados con la percepción de control versus la indefensión del individuo.

Las respuestas se expresan en formato de escala tipo Likert con cinco grados, en las que el individuo debe estimar el grado en que la conducta expresada en el elemento se aproxima a su conducta habitual (1= mínimo acuerdo a 5 = máximo acuerdo con la expresión presentada).

5 muy de acuerdo, 4 algo de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 algo en desacuerdo, 1 muy en desacuerdo.

A partir de las preguntas del cuestionario EIA se obtiene puntuaciones diferenciadas en tres subescalas. Para obtener las puntuaciones en cada factor deben sumarse las puntuaciones de las respuestas a cada uno de los ítems que componen cada factor, que se describen a continuación. Algunos ítems están formulados en sentido opuesto a la dirección de la escala y por este motivo deben recodificarse sus puntuaciones en sentido invertido, antes de proceder a la suma. Esta conversión supone hacer la siguiente conversión: 5 = 1, 4=2, 3= 3, 2 = 4 y 1 = 5. Los ítems para los que es necesario

realizar la recodificación se presentan precedidos de (-) en la lista de los ítems que componen cada factor.

Factor 1. Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas. Está compuesto por los siguientes 12 ítems: 5, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24. La puntuación mínima posible es 12 y la máxima 60.

Factor 2. Percepción de control y calidad de vida. Está compuesto por los siguientes 10 ítems: 1, 3, (-)6, 7, 8, 10, (-) 14, 22, 26, 27. La puntuación mínima posible es 10 y la máxima 50.

Factor 3. Confusión, aturdimiento Está compuesto por los 7 ítems siguientes: 2, 4, (-) 18, (-) 23, 25, (-) 28, (-) 29. La puntuación mínima es 7 y la máxima 35.

Método. La aplicación del presente instrumento psicológico se realizó de forma individual con una duración aproximada de 15 a 20 minutos en cada una de las pacientes; a las cuales se les solicitó leer atentamente cada frase y que piense cuál es su conducta habitual en relación a lo se le expone en cada interrogante.

Interpretación. Las normas de interpretación para los tres factores están dadas en términos de rangos percentiles. Como posible punto de corte para la detección de problemas de indefensión, que se manifiestan por puntuaciones altas en los factores 1 (90) y 3 (85). Por lo que respecta al factor 2, son las puntuaciones bajas las que reflejan indefensión, considerando como sujetos con problemas.

Percentiles del Factor 1: Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas.		
Percentil	Puntuación	Clasificación
5	12	INDEFENSIÓN LEVE O MÍNIMA
10	14	
15-20	16	
25	17	
30	18	
35	19	
40	21	
45	22	INDEFENSIÓN MODERADA
50	23	
55	25	
60	27	
65	28	
70	30	
75	32	

80	34	INDEFENSIÓN SEVERA
85	36	
90	40	
95	46	
97	52	
99	57	

Percentiles del Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida.		
Percentil	Puntuación	Clasificación
5	31	INDEFENSIÓN SEVERA
10	36	
15	37	
25	38	
30	39	
35	40	INDEFENSIÓN MODERADA
40	41	
45	42	
50	44	
55	45	
60	46	INDEFENSIÓN LEVE O MÍNIMA
65	47	
70	48	
75	49	
80	50	
85	56	

Percentiles del Factor 3: Confusión, Aturdimiento.		
Percentil	Puntuación	Clasificación
5	6	INDEFENSIÓN LEVE O MÍNIMA
10	8	
15	9	
20	10	
25	11	
30	12	
35-40	13	INDEFENSIÓN MODERADA
45-50	14	
55-60	15	
65-70	16	
75	17	
80	18	
85	19	
90	21	
95	25	

97	26	INDEFENSIÓN SEVERA
99	28	

5.2.2 Escala de Ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días.

Interpretación. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Los puntos de corte son: 0 - 5 Ansiedad Ausente, 6 - 14 Ansiedad Leve, 15 - 35 Ansiedad Moderada, 35 - 56 Ansiedad Grave.

Método. La aplicación del presente instrumento psicológico se realizó de forma individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos en cada una de las pacientes; la consigna que se utilizó fue que indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

5.2.3 Inventario de Depresión de Beck. El Inventario de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más usados que mide la severidad de la depresión (agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse, pérdida de energía, aumento como disminución en apetito y sueño, etc.) en adultos y adolescentes. Se trata de un inventario autoadministrado de 21 ítems.

Interpretación y corrección. Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno. El valor de cada una de las respuestas de los ítems es 0a, 1b, 2c, 3d.

Los puntos de corte son: 0 – 9 Depresión mínima, 10- 16 Depresión leve, 17 – 29 Depresión moderada, > 30 Depresión grave o severa.

Método. La aplicación del presente instrumento psicológico se realizó de forma individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos en cada una de las pacientes;

además se les solicito que lean con atención cada uno de las afirmaciones que describen sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy, marcando con un visto el círculo que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

5.3 Procedimiento.

El desarrollo de la presente investigación se la llevó a cabo a través de diferentes fases o etapas:

Primera fase. Para el establecimiento de la muestra se consideraron criterios de inclusión; se incluyó a todas las mujeres violentadas mayores de 18 años que acudieron durante el periodo de estudio y que accedieron voluntariamente a participar de la investigación y fueron atendidas en el Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Y se excluyó a los niños y adolescentes/hombres que asistieron al Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Segunda fase. Se realizó un primer acercamiento con el Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, con el propósito de informarles sobre la presente investigación y los beneficios de poder realizar un plan psicológico en torno a la prevención del Síndrome de Indefensión Aprendida.

En esta fase las autoridades del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, autorizaron mi participación con las usuarias.

Tercera fase. De manera individual se les presentó el consentimiento informado debido a la confidencialidad de su situación y que puedan conocer la finalidad de la investigación, y que los datos que proporcionen serán de uso únicamente académico y se lleve de la manera más honesta posible. Posterior a ello se aplicó los 3 reactivos psicológicos: Escala de Indefensión Aprendida, Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Teniendo un tiempo aproximado de 1 hora para la aplicación de los mismos.

Durante esta sección se les brindó contención emocional y primeros auxilios psicológicos a las usuarias que presentaron inestabilidad, llanto fácil y crisis de ansiedad durante la aplicación de los reactivos, al encontrarse identificadas con algunas preguntas de los test.

Cuarta fase. Se procedió a tabular la información recolectada, con el propósito de determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.

6. Resultados

6.1 En respuesta al cumplimiento del primer objetivo específico

Evaluar la existencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres Violentadas, mediante la aplicación de la Escala de Indefensión Aprendida (E.I.A).

La Escala de Indefensión Aprendida se evalúa en 3 factores.

Tabla Nro. 1

Factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas

Factor 1	Frecuencia	Porcentaje
Indefensión Severa	46	59,0
Indefensión Moderada	26	33,3
Indefensión Leve o Mínima	6	7,7
Total	78	100,0

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultado:

El Factor 1 descrito en la tabla 1, evalúa: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas. Del 100% de las usuarias investigadas el 59,0% corresponde a pacientes que presentaron características de Indefensión Severa, el 33,3% a pacientes que presentaron características de Indefensión Moderada y en menor proporción el 7,7% equivale a las que presentaron Indefensión leve o mínima.

Tabla Nro. 2

Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida

Factor 2	Frecuencia	Porcentaje
Indefensión Severa	50	64,1
Indefensión Moderada	16	20,5
Indefensión Leve o Mínima	12	15,4
Total	78	100,0

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultado:

El factor 2 explicado en la tabla 2, evalúa la: Percepción de Control y Calidad de Vida. Según los datos obtenidos se encontró que el 64,1% de las usuarias investigadas

corresponde a pacientes que presentaron características de Indefensión Severa, seguido el porcentaje de 20,5% con Indefensión Moderada y con características de Indefensión Leve o mínima pertenece al menor porcentaje de 15,4%.

Tabla Nro. 3

Factor 3: Confusión, Aturdimiento

Factor 3	Frecuencia	Porcentaje
Indefensión Severa	72	92,3
Indefensión Moderada	4	5,1
Indefensión Leve o Mínima	2	2,6
Total	78	100,0

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultado:

El factor 3 mencionado en la tabla 3, evalúa: Confusión, Aturdimiento. Se obtuvo como resultado que el 92,3% de las mujeres presentaron Indefensión Severa, un 5,1% presentaron Indefensión Moderada, y en menor porcentaje se encontró que las usuarias investigadas con el 2,6 % corresponde a pacientes que presentaron características de Indefensión Leve o Mínima.

6.2 En respuesta al cumplimiento del segundo objetivo específico

Medir los niveles de Ansiedad y Depresión, mediante la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

Tabla Nro. 4

Niveles de Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Grave	16	20,5
Ansiedad Moderada	42	53,8
Ansiedad Leve	16	20,5
Ansiedad Ausente	4	5,1
Total	78	100,0

Fuente: Escala de Hamilton para la Ansiedad, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultado:

La escala de Hamilton para la Ansiedad mostró como resultado que el 20,5% de las usuarias presentaron Ansiedad Grave, el mayor porcentaje correspondió al 53,8% el cual perteneció a las usuarias con Ansiedad Moderada, las mujeres que presentaron Ansiedad Leve recaen en el 20,5% y con el porcentaje mínimo un 5,1% Ansiedad Ausente.

Tabla Nro. 5

Niveles de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Severa	26	33,3
Depresión Moderada	36	46,2
Depresión Leve	10	12,8
Depresión Mínima	6	7,7
Total	78	100,0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultado:

Del 100% de las mujeres investigadas, el 33,3% presentaron Depresión Severa, el 46,2% representó al mayor porcentaje con Depresión Moderada, seguido por el 12,8% que correspondió a Depresión Leve y en menor porcentaje Depresión mínima con 7,7%.

6.3 En respuesta al cumplimiento del objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, periodo 2021-2022.

Tabla Nro. 6

Relación entre el Factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas y los niveles de Ansiedad

Indefensión Aprendida Factor 1		Niveles de Ansiedad				Total
		Ansiedad Grave	Ansiedad Moderada	Ansiedad Leve	Ansiedad Ausente	
Indefensión Severa	Recuento	14	28	2	2	46
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	30,4%	60,9%	4,3%	4,3%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	2	14	10	0	26
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	7,7%	53,8%	38,5%	0,0%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	0	0	4	2	6
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total Recuento		16	42	16	4	78

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida y Escala de Hamilton para la Ansiedad, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultados:

En la tabla 6 se evidenció la relación entre los niveles del factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas con los niveles de ansiedad en las usuarias, mostró como resultado que:

En Indefensión Severa, un 30,4% presentaron ansiedad grave, el 60,9% ansiedad moderada y respectivamente con un 4,3% ansiedad leve y ansiedad ausente. Mientras que con Indefensión Moderada el 7,7% ansiedad grave, el 53,8 % ansiedad moderada, y el 38,8% ansiedad leve. En las pacientes con Indefensión leve o mínima, el 66,7% presentaron ansiedad leve, y el 33,3% ansiedad ausente.

Tabla Nro. 7***Relación entre el Factor1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas y los niveles de Depresión***

Indefensión Aprendida Factor 1		Niveles de Depresión				Total
		Depresión Severa	Depresión Moderada	Depresión Leve	Depresión Mínima	
Indefensión Severa	Recuento	22	24	0	0	46
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	47,8%	52,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	4	10	10	2	26
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	15,4%	38,5%	38,5%	7,7%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	0	2	0	4	6
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 1	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
Total Recuento		26	36	10	6	78

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida e Inventario de Depresión de Beck, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultados:

En la tabla 7 se evidenció la relación entre los niveles del factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas con los niveles de depresión en las usuarias, mostró como resultado que:

En Indefensión Severa, un 47,8% presentaron depresión severa, y el 52,2% depresión moderada. Mientras que con Indefensión Moderada el 15,4% presentaron depresión severa, el 38,5% presentaron depresión moderada y depresión leve respectivamente, y el 7,7% indicaron depresión mínima. En las pacientes con Indefensión leve o mínima, el 33,3% presentaron depresión moderada, y el 66,7% depresión mínima.

Tabla Nro. 8

Relación entre el Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Ansiedad

Indefensión Aprendida Factor 2		Niveles de Ansiedad				Total
		Ansiedad Grave	Ansiedad Moderada	Ansiedad Leve	Ansiedad Ausente	
Indefensión Severa	Recuento	12	30	6	2	50
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	24,0%	60,0%	12,0%	4,0%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	4	6	6	0	16
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	25,0%	37,5%	37,5%	0,0%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	0	6	4	2	12
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
Total Recuento		16	42	16	4	78

*Fuente: Escala de Indefensión Aprendida y Escala de Hamilton para la Ansiedad, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.
Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar*

Análisis de resultados:

La tabla 8 mostró la relación entre los niveles de indefensión aprendida del factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Ansiedad en las usuarias, como resultado se evidenció que:

Con Indefensión Severa el 24,0% presentaron ansiedad grave, el 60,0% ansiedad moderada, el 12,0% ansiedad leve y con el 4,0% ansiedad ausente. Con Indefensión Moderada el 25,0% ansiedad grave, el 37,5% ansiedad moderada y ansiedad leve respectivamente. Las pacientes con Indefensión leve o mínima presentaron el 50,0% ansiedad moderada, el 33,3% ansiedad leve, y el 16,7% ansiedad ausente.

Tabla Nro. 9

Relación entre el Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Depresión

Indefensión Aprendida Factor 2		Niveles de Depresión				Total
		Depresión Severa	Depresión Moderada	Depresión Leve	Depresión Mínima	
Indefensión Severa	Recuento	22	26	2	0	50
	% Dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	44,0%	52,0%	4,0%	0,0%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	2	8	4	2	16
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	12,5%	50,0%	25,0%	12,5%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	2	2	4	4	12
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 2	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%	100,0%
Total Recuento		26	36	10	6	78

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida e Inventario de Depresión de Beck, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultados:

La tabla 9 mostró la relación entre los niveles de indefensión aprendida del factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida y los niveles de Depresión en las usuarias, como resultado se evidenció que:

Dentro de Indefensión Severa, un 44,0% presentaron depresión severa, el 52,0% depresión moderada y con el 4,0% depresión leve. Mientras que con Indefensión Moderada el 12,5% correspondieron a depresión severa, el 50,0% depresión moderada, el 25,0% depresión leve, y el 12,5% depresión mínima. Las pacientes con Indefensión leve o mínima presentaron el 16,7% respectivamente depresión severa y moderada, y 33,3% respectivamente en igual proporción depresión leve y mínima.

Tabla Nro. 10

Relación entre el Factor 3: Confusión, Aturdimiento y los niveles de Ansiedad

Indefensión Aprendida Factor 3		Niveles de Ansiedad				Total
		Ansiedad Grave	Ansiedad Moderada	Ansiedad Leve	Ansiedad Ausente	
Indefensión Severa	Recuento	16	42	12	2	72
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	22,2%	58,3%	16,7%	2,8%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	0	0	4	0	4
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	0	0	0	2	2
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total Recuento		16	42	16	4	78

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida y Escala de Hamilton para la Ansiedad, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultados:

La tabla 10 mostró la relación entre los niveles de indefensión aprendida del factor 3 Confusión, Aturdimiento y los niveles de Depresión con los niveles de depresión en las usuarias, como resultado se evidenció que:

Dentro de Indefensión Severa el 22,2% presentaron ansiedad grave, el 58,3% ansiedad moderada, el 16,7% ansiedad leve y con el 2,8% ansiedad ausente. Mientras que con Indefensión Moderada un 100% presentaron ansiedad leve. De igual manera con Indefensión leve o mínima corresponde al 100% a ansiedad ausente.

Tabla Nro. 11

Relación entre el Factor 3: Confusión, Aturdimiento y los niveles de Depresión

Indefensión Aprendida Factor 3		Niveles de Depresión			Total
		Depresión Moderada	Depresión Leve	Depresión Mínima	
Indefensión Severa	Recuento	26	36	10	72
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	36,1%	50,0%	13,9%	100,0%
Indefensión Moderada	Recuento	0	0	4	4
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Indefensión Leve o Mínima	Recuento	0	0	2	2
	% dentro de Indefensión Aprendida Factor 3	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total Recuento		26	36	10	78

Fuente: Escala de Indefensión Aprendida e Inventario de Depresión de Beck, aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Análisis de resultados:

La tabla 11 mostró la relación entre los niveles de indefensión aprendida del factor 3 Confusión, Aturdimiento y los niveles de Depresión con los niveles de depresión en las usuarias, como resultado se evidenció que:

Dentro de Indefensión Severa, un 36,1% presentaron depresión severa, el 50,0% depresión moderada y con el 13,9 8% depresión leve. Mientras que con Indefensión Moderada el 100% presentaron depresión mínima. De igual manera las pacientes con Indefensión leve o mínima corresponden al 100% con depresión mínima.

6.4 En respuesta al cumplimiento al tercer objetivo específico

Diseñar un Plan de intervención Psicológica en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

Título: Plan de intervención Psicológica en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

Introducción:

Una mujer constantemente lastimada, sin perspectivas, y que ha acabado por creer que su vida no tiene alternativas, caerá en un estado depresivo que la paralizará aún más para tomar acciones, y percibirá su capacidad para escapar de la relación como nula. Ya en dicho estado, conocido como indefensión aprendida, la mujer se adapta a las circunstancias utilizando mecanismos como la minimización o negación, e inclusive la disociación. Como no se pueden defender ante los sucesos negativos, sienten ansiedad cuando ocurren y además están siempre alerta. Se mantienen activadas y esto provoca los síntomas comunes de la ansiedad: taquicardia, sudoración, hormigueo en las manos, sensación de mareo, etc.

Cuando una persona cae en la indefensión, lo manifiesta en tres déficits: El motivacional, el emocional y cognitivo. Por esta razón el propósito es elaborar un plan de intervención psicológica en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

Según los resultados de la presente investigación se encontró que aquellas mujeres que ha sufrido algún tipo de violencia el 100% presenta el Síndrome de Indefensión Aprendida relacionada con la sintomatología ansiosa y depresiva. Por esto está dirigido a las mujeres que se encuentran en situaciones de violencia.

Objetivo. Prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las mujeres víctimas de violencia al psicoeducar sobre este síndrome, las fases y el perfil de una persona con indefensión aprendida, para que puedan identificar estas características y actuar a tiempo, además de las señales y ciclo de la violencia.

- Trabajar con técnicas cognitivas para la modificación de las creencias, pensamientos e ideas de culpa y vergüenza relacionadas al maltrato.
- Facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato.

- Tratamiento de los síntomas asociados (síntomas ansiosos, depresivos, sentimientos de culpa, autoestima, habilidades sociales, entre otros).
- Mejorar la autoestima, promover el autocuidado y motivación. Fomentar habilidades de afrontamiento para mejorar su calidad de vida.
- Enseñar habilidades que le permitan tener un proyecto de vida buscando la autonomía personal y la recuperación emocional. Y autodefensa.

Ya que, para evitar la indefensión aprendida, es necesario ofrecer una adecuada intervención de apoyo, soporte y conocimiento que refuercen su concepto de control sobre los acontecimientos y herramientas para enfrentarse a las adversidades, para que puedan intentarlo de nuevo las veces que sean necesarias.

DIAGNÓSTICO

Puesto que este plan de intervención está dirigido a mujeres que son víctimas de violencia, ya se cuenta con un diagnóstico preestablecido sobre la problemática a tratar.

Pero adicional a esto es necesario realizar la Historia Clínica Psicológica y la aplicación de reactivos psicológicos, los mismos que permitirán evaluar y diagnosticar la comorbilidad a esta sintomatología, también para detallar las diferentes situaciones personales, familiares sociales que se han presentado a lo largo de su vida y así tener una perspectiva más amplia sobre la situación de cada paciente.

ENCUADRE

Se procederá a informar al paciente sobre la importancia de recibir atención psicológica, manifestando las ventajas en su calidad de vida. En el encuadre básico el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto a tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites del terapeuta – paciente, los logros que se alcanzan, el sentido de la confidencialidad, además de establecer los objetivos de la terapia y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

Luego en las primeras sesiones se trabaja con el rapport en el sentido de garantizar una relación en sintonía con el paciente dentro de los marcos de confidencialidad.

Además, se debería tomar en cuenta algunas sugerencias que faciliten la relación psicoterapéutica:

- 1) Crear un clima agradable

- 2) Tomar conciencia del sufrimiento del paciente y expresar empatía
- 3) Demostrar experiencia
- 4) Establecer la guía y dirección del cliente
- 5) Equilibrar los roles en el proceso de terapia.

La actitud del terapeuta debe ser comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación, cuidando los detalles en la gesticulación, posturas, signos de tranquilidad.

PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Para la aplicación del tratamiento psicoterapéutico en pacientes víctimas de violencia, se utilizará una perspectiva multidimensional, es decir el enfoque Cognitivo-Conductual en la que se integran terapias de diferentes enfoques con la finalidad de lograr un tratamiento eficaz integral y una reinserción adecuada a la sociedad.

El plan de intervención está desarrollado de forma individual que consta de 3 sesiones; en la primera sesión se realizará el encuadre terapéutico; en la segunda sesión se desarrollará la etapa de: Expresión Emocional; y en la tercera sesión se trabajará con: Reevaluación cognitiva.

Y en la intervención grupal consta de 7 talleres y 1 sesión final (Valoración y refuerzo de los procesos adquiridos).

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

A. Expresión Emocional.

Objetivos:

- Proporcionar comprensión y apoyo a la víctima.
- Resumir el control sobre su vida. Cuente lo ocurrido, lo que piensa y siente.
- Exprese la irritabilidad y humillaciones sufridas.

Actitud del Psicólogo: empática(o), escuchar las palabras, dar libertad para que exprese sus emociones, creerle, asegurarle que no ha sido su culpa, pero tiene que ser responsable, darle soporte y valorar la peligrosidad.

B. Reestructuración Cognitiva

Objetivo:

- Explicar el impacto psicológico ante una experiencia de maltrato y comprensión del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos.
- Conocer y aplicar reestructuración cognitiva para eliminar los sesgos cognitivos.

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

SESIÓN N° 1

- **TEMA:** Relación Terapéutica.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Establecer la relación terapéutica a fin de reafirmar la relación terapeuta-paciente para el proceso de intervención psicoterapéutica.
 - ✓ Exponer la propuesta metodológica y pautas de funcionamiento psicoterapéutico.
 - ✓ Consentimiento informado.
 - ✓ Establecer su red de apoyo.
- **TÉCNICA:** Terapia Explicativa
- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Restablecer la relación terapéutica (valiéndose de características que faciliten la aplicación de la terapia: *la aceptación, empatía y autenticidad*).
 - ✓ Incentivar a la paciente sobre la importancia de la intervención psicológica.
 - ✓ Es necesario que la mujer comprenda por qué es importante la evaluación, qué tipo de información se va a recoger y la medida en que otras personas tienen o pueden tener acceso a dicha información. Dadas las implicaciones legales del maltrato a la mujer, debe saber que los datos obtenidos pueden o deben tener tratamiento jurídico.
 - ✓ Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
 - ✓ Establecimiento de acuerdos, compromisos y normas.
 - ✓ Establecer su red de apoyo y plan de seguridad.
 - ✓ Contención emocional.

En esta sesión es importante que la paciente establezca una red de apoyo, para hacerle ver que no está sola y que cuente con un plan de seguridad.

Yo le puedo contar a _____ y a _____
_____ sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos y gritos en mi casa. ∞ Si decido salir de la casa, yo me puedo ir a (4 sitios posibles)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré:

- Mis hijos e hijas –

Documentos: _____

Medicinas: _____

Objetos de valor: _____

Dinero: _____

Otros: _____

Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:

- Siempre tener una tarjeta telefónica.

- Ejercitar la ruta de escape.

Sólo yo debo conocer mi plan de seguridad para evitar riesgos.

- ✓ Además, se proporcionará información sobre el trabajo grupal, así mismo de motivarlas a participar. También conocer sus expectativas sobre el programa de intervención a través de la entrevista.

SESIÓN N° 2

- **TEMA:** *Expresión Emocional.*

- **OBJETIVOS:**

- ✓ Facilitar la expresión de emociones, tales como la tristeza por medio de la narrativa, lo que permitirá disminuir la ansiedad.
- ✓ Construir la línea de la vida de cada participante, identificando los eventos más significativos y haciendo el mapeo de posibles situaciones de violencia a lo largo de la vida.

TÉCNICA: Método Catártico y Construcción de Imágenes Mentales

- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos y la técnica de construcción de imágenes mentales continúa hasta la siguiente sesión.

- **PROCEDIMIENTO:**

- ✓ El Método Catártico hace referencia a la expresión de una emoción o recuerdo reprimido durante el tratamiento, lo que generaría un "desbloqueo" súbito de dicha emoción o recuerdo, pero con un impacto duradero (y le permitiría luego al paciente, por ejemplo, entender mejor dicha emoción o evento o incluso hablar ampliamente sobre ello).
- ✓ Línea de vida: Incentivar a la paciente a pensar su trayectoria de vida, desde la infancia hasta la edad adulta.
- ✓ Las técnicas con imágenes mentales, posibilitan que el paciente se conecte a las emociones desencadenadas por situaciones de vida, en este caso, con las situaciones de violencia. A partir de esta conexión emocional, es posible que el individuo recuerde detalles de las situaciones vividas en el pasado y consiga acordarse de cómo se sentía en estos momentos. La conexión emocional con los recuerdos de eventos significativos es fundamental para que la reestructuración de esquemas disfuncionales ocurra en niveles cognitivos y también emocionales.
- ✓ El terapeuta debe utilizar los hechos relatados por la paciente para discutir sobre los diferentes tipos de violencia y las repercusiones en el desarrollo cognitivo, emocional y social. Tratar aspectos como la transgeneracionalidad de la violencia, así como la desigualdad de género y de generaciones.

SESIÓN N° 3

- **TEMA:** *Reestructuración cognitiva*

- **OBJETIVOS:**

- ✓ Comprensión del Modelo ABC (Evento-Interpretación-Consecuencias), para que puedan identificar sus creencias y evaluar su funcionalidad en el contexto en el que están inseridas.
- ✓ Substitución de imágenes negativas por imágenes positivas, para manejar los recuerdos negativos.

TÉCNICA: *Psicoeducación sobre El Modelo ABC, Imágenes mentales, y de Respiración diafragmática.*

- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.

- **PROCEDIMIENTO:**

- ✓ Este modelo postula que cada situación vivida por una persona (A – evento) activa creencias individuales (B – interpretación) y consecuencias (C) emocionales, conductuales o fisiológicas.
- ✓ Las creencias disfuncionales identificadas deben ser cuestionadas y a través de la descubierta guiada pueden ser flexibilizadas y modificadas.
- ✓ Las técnicas con imágenes mentales contribuyen para el aprendizaje de conductas funcionales para manejar los recuerdos negativos. Al sustituir una imagen mental negativa por otra positiva, son evocados sentimientos positivos que pueden inhibir la respuesta de la ansiedad.
- ✓ La paciente debe construir una imagen mental de un evento de violencia sufrido y después relatarlo detalladamente.
- ✓ En seguida, el terapeuta conduce a la paciente para la construcción de una imagen mental de un evento positivo que hubiera vivenciado.
- ✓ Finalizar con una técnica de relajamiento, a través de ejercicios de respiración.

PLAN DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Surge de la necesidad de atender el grave problema social y de salud que representa la violencia intrafamiliar, la cual presenta múltiples aristas por las consecuencias e implicaciones físicas y psicológicas que genera en quienes son víctimas de ésta. En la modalidad de psicoterapia grupal, como alternativa de intervención para prevenir que se desarrolle el Síndrome de Indefensión Aprendida en las mujeres que son víctimas de violencia.

Los talleres son una vez por semana con duración de 1 hora a 2 horas aproximadamente.

- El proceso tiene una duración de 3 a 4 meses dependiendo de cada grupo.
- El número de integrantes es mínimo de 6 y máximo de 14.
- La referencia de las mujeres al grupo es previa entrevista inicial que es realizada por el psicólogo/a de la unidad de psicología para evaluar, lo oportuno de su incorporación sea a través de criterios de inclusión; mujeres que se ven afectadas por la violencia intrafamiliar.

TALLER 1	
Tema:	Reconociendo mis emociones
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir el reconocimiento emocional porque: Permite reflexionar sobre los propios estados emocionales y así tomar mejores decisiones. El reconocer las emociones de los demás contribuye a mejorar las relaciones interpersonales. • Practicar ejercicios de respiración para aliviar la sintomatología ansiosa. • Consensuar normas entre todas las participantes. • Crear y propiciar un ambiente dinámico y distendido. • Mejorar la confianza, el conocimiento mutuo y la cohesión grupal.
Recursos:	Espacio grande/ o al aire libre.
Tiempo:	El taller tiene una duración de 1H30 minutos.
Técnicas: - Regulación emocional	Técnica n° 1: Respiración profunda. Técnica n° 2: Autorregulación
Actividades:	Paso 1. Saludo de bienvenida. Paso 2. Crear normas y acuerdos entre todas las participantes. Paso 3. Dinámica de inicio: “Conversación con las manos” (25 minutos) Paso 4. Se enseña la Técnica n° 1: Respiración profunda, para esta técnica deben estar en postura relajada. (10 minutos) Paso 5. Se realiza la Técnica n° 2: Autorregulación, para esta técnica deberán tener a mano una hoja y esferos para anotar. (10 minutos) Paso 6. Tarea para la casa: Consulta con el sabio que hay dentro de uno mismo. (5 minutos)

	<p>Paso 7. Cierre de sesión. El expositor recopila toda la información del taller, pidiendo la participación de las usuarias, para cerrar el taller con una reflexión de lo aportado. (10 minutos)</p>
<p>Dinámicas:</p>	<p>“Conversación con las manos”</p> <p>Se forman parejas, fundamentalmente entre aquellas que no se conocen bien. Entre ambas escogen a otra pareja que quisieran conocer mejor. Paradas, uno frente a otro, como en cruz, obsérvense en silencio. Luego, lentamente se sientan en la misma ubicación sin tocarse. Enseguida, extiendan sus brazos hacia los lados y conozcan las manos de quienes estén cerca. El facilitador va dando instrucciones de qué transmitir con las manos. - Digan "hola" con sus manos y lentamente empiecen a conocerlas. Expresen ahora diferentes sensaciones:</p> <p>- Alegría. - Ternura. - Dominación. - Ahora sean sumisas y suplicantes. - Vitales. - Apagadas y pasivas. - Expresen arrogancia. - Timidez. - No sean muy rudas al expresar cólera. - Tristeza y depresión. - Desprecio. - Expresen aceptación.</p> <p>Ahora que tienen un vocabulario, mantengan una conversación con las manos. Vean cómo puedan expresarse mutuamente, cómo se sienten y qué sucede entre las participantes. - Muy lentamente, comiencen a despedirse en silencio de las manos que han estado tocando. Tomen conciencia de sus manos y de cómo se sienten ahora que vuelven a estar solos.</p> <p>Reflexionen lo vivenciado, a la señal del facilitador, abran los ojos y compartan lo que han vivido, sentido, experimentado. Hágalo en primera persona. (Unicef, n.d.)</p>
<p>Contenido psicoeducativo:</p>	<p>Técnica n° 1: Respiración profunda</p> <p>Una de las técnicas de control emocional que es muy fácil de aplicar y, además, resulta muy útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas. Se realiza de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspire profundamente mientras cuenta mentalmente hasta 4. 2. Mantenga la respiración mientras cuenta mentalmente hasta 4. 3. Suelta el aire mientras cuenta mentalmente hasta 8. 4. Repita el proceso anterior.

En definitiva, se trata de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento.

Para comprobar que respiran correctamente, pueden poner una mano en el pecho y otra en el abdomen. Estarán haciendo correctamente la respiración cuando sólo se mueva la mano del abdomen al respirar. Algunos le llaman también respiración abdominal. (Pradas, 2019)

Técnica n° 2: Autorregulación

La autorregulación emocional es una técnica para controlar las emociones que requiere práctica, sin embargo, es muy eficaz. Para lograr autorregularnos, se deben seguir los siguientes pasos:

- Detectar y apuntar los momentos en los que se pierde el control.
- Cuando estén calmados/as, pensar en los desencadenantes de la situación (qué estaban pensando cuando perdieron el control de sus emociones).
- Identificar los pensamientos desencadenantes antes de que deriven en emociones incontrolables.
- Aprender a regular sus emociones durante momentos de crisis ayudándose de otras técnicas de relajación. (Pradas, 2019)

Tarea para la casa: Consulta con el sabio que hay dentro de uno mismo.

Descripción:

Se propone al consultante que imagine que han pasado muchos años y que con el tiempo se ha convertido en una versión más vieja y sabia de sí mismo. A continuación, lo invitamos a reflexionar sobre las siguientes preguntas:

- Examinando su vida, ¿qué es lo que más le gusta de su existencia como la ha vivido?
- ¿Hay algo que querría no haber hecho?

	<p>– ¿Hay algo que querría haber hecho?</p> <p>– ¿Qué le gustaría que sus seres queridos recordarán más respecto a su vida con ellos?</p> <p>– En una escala de 0 a 10, ¿cuánto hay ya en su existencia actual que refleje las respuestas que ha dado a la pregunta anterior?</p> <p>– Si usted quisiera aumentar el grado en que su vida actual refleje las ideas respondidas en las preguntas anteriores, ¿cuál sería el paso más pequeño que podría dar?</p> <p>Indicaciones:</p> <p>Se propone «Consulta con el sabio que hay dentro de uno mismo» a aquellas personas que se sienten insatisfechas con su vida. Este ejercicio invita a repasar todos los aspectos de su vida permitiéndoles concretar qué cosas podría cambiar para sentirse mejor consigo mismas. Hablar de «una versión mayor y más sabia» de la persona transmite un mensaje de esperanza, ya que presupone que nuestro interlocutor va, en efecto, a ser más sabio en el futuro. (Mark Beyebach, 2010)</p>
Bibliografía:	<p>Mark Beyebach, M. H. D. V. (2010). <i>200 Tareas en Terapia Breve</i> (S. . Editorial (ed.); Vol. 4, Issue 1).</p> <p>Pradas, C. (2019). <i>12 Técnicas de Control Emocional</i>. Psicología Online. https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html#anchor_7</p> <p>Unicef. (n.d.). <i>¿Te suena familiar?</i> https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/02 Dinamicas.pdf</p>

TALLER 2	
Tema:	Soportar la violencia no va a hacer que disminuya
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre el síndrome de indefensión aprendida, las fases y el perfil de una persona con indefensión aprendida, para que puedan identificar estas características y actuar a tiempo. • Fomentar el autoconcepto de sí misma para empezar a trabajar autoestima en los siguientes talleres.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus, computadora (Exposición de los contenidos) - Cartulinas de colores. - marcadores, lápices de colores. – goma o cinta. (para la actividad 1) - Caja o cartón (Tarea para la casa)
Tiempo:	El taller tiene una duración de 1H25 minutos.
Técnicas:	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación. - Tarea para la casa. - Expresión plástica.
Actividades:	<p>Paso 1. Saludo de bienvenida.</p> <p>Paso 2. Exposición del contenido psicoeducativo. (30 minutos)</p> <p>Paso 3. Espacio para preguntas. (10 minutos)</p> <p>Paso 4. Dinámica “MI NOMBRE, MI IMAGEN” (20 minutos). Esta actividad será realizada para conseguir el reconocimiento personal.</p> <p>Paso 5. Luego de la dinámica, cada una deberá escribir algo positivo de sí misma en un papel. Esto permitirá iniciar con la tarea para la casa “LA CAJA DE LOS TESOROS” (Lafuente, 2015) la cual se compartirá hasta el último taller. (15 minutos)</p> <p>Paso 6. Tarea para la casa: “LA CAJA DE LOS TESOROS” Desde este encuentro se les presentará la caja donde cada día introducirán sus cualidades, valores y metas. Luego de realizar la dinámica “MI NOMBRE,</p>

	<p>MI IMAGEN”, cada una escribirá algo positivo de sí misma en un papel que luego doblará, escribirá su nombre e introducirá en la caja. El contenido no se compartirá hasta el último taller. - Una caja atractiva y decorada.</p> <p>Paso 6. Cierre de sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilación de lo aprendido durante el taller. • Frase motivadora: Una mujer debe ser dos cosas: quien ella quiera y lo que ella quiera. (15 minutos)
Dinámicas:	<p>“MI NOMBRE, MI IMAGEN”: Cada una escribe su nombre en grande, en una cuartilla de cartulina de colores y lo decora con un dibujo que sea significativo para ella. Los cuelgan después en forma de mural en la pared del salón donde se realice el taller y les acompañarán durante todas las sesiones, dándoles el protagonismo que ellas merecen. (Lafuente, 2015)</p>
Contenido psicoeducativo:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de Indefensión Aprendida (Mena, 2020) 2. Señales de la indefensión aprendida (Mena, 2020) 3. El perfil de una persona con indefensión aprendida (Núñez, 2012, como se citó en Cabrera, 2012) 4. Fases del Síndrome de Indefensión Adquirida (Cabrera, 2012)
Bibliografía:	<p>Cabrera, V. (2012). <i>El síndrome de indefensión aprendida y su relación con los trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Isidro Ayora, periodo 2012</i> [Universidad Nacional de Loja]. http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6696</p> <p>Mena, K. (2020). <i>Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres ixchen del departamento de managua</i>. Gestión I+D. file:///C:/Users/Javij/Downloads/Dialnet-IndefensionAprendidaYDepresionEnMujeresVictimasDeV-7863435.pdf</p> <p>Lafuente, E. (2015). <i>Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller “Creciendo Juntas.”</i> http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_LafuenteBolufer_Eugenia.pdf?sequence=1</p>

TALLER 3	
Tema:	¿Estoy tomando mis propias decisiones?
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia de tomar sus propias de decisiones y poner en práctica la resolución de problemas, porque empleando un buen juicio, valora y considera un problema o situación, para elegir la mejor opción, ya que una mujer maltratada reprime su rabia e intenta evitar las agresiones adoptando comportamientos totalmente pasivos como el de someterse a los deseos del hombre, darle la razón y no cuestionarle.
Recursos:	- Copias de la plantilla de metas.
Tiempo:	Este taller tiene una duración de 1 hora.
Técnicas:	<p>- Toma de decisiones.</p> <p>- Resolución de problemas.</p>
Actividades:	<p>Paso 1. Saludo de bienvenida.</p> <p>Paso 2. Explicación de la técnica entrenamiento en resolución de problemas y realizar ejercicios sobre esta técnica. (20 minutos)</p> <p>Paso 3. Espacio psicoeducativo - Exposición de contenidos: Antes de tomar una decisión y Después de tomar una decisión. (20 minutos)</p> <p>Paso 4. Cierre de sesión con la dinámica “mis metas” (20 minutos)</p>
Dinámicas:	<p>Cierre de sesión: “MIS METAS”</p> <p>Aprovechamos las técnicas anteriores para reflexionar sobre cómo fijar metas en su vida y los pasos que deben seguir. Después cada una rellena un cuadro donde indica 3 metas personales y/o profesionales que quiere conseguir, teniendo en cuenta todo lo trabajado en las sesiones anteriores (mejora de la autoestima y asertividad). (Lafuente, 2015)</p>

<p>Contenido psicoeducativo:</p>	<p>ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN</p> <p>Debes hacerte estas dos preguntas y responder honestamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Soy consciente de que tengo que tomar una decisión? - ¿Tengo claro lo que quiero decidir y por qué? <p>Si parece que no está claro qué decisión debe tomar y por qué no lo tiene tan claro, puede hacer lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Balance decisional, es decir, expreso en un papel en blanco el problema que me afecta y a un lado pongo las ventajas o beneficios que me traería el tomar la decisión y en el otro los inconvenientes o repercusiones de tomar la decisión. 2. Una vez hecho esto, debo valorar mi motivación para cambiar, que va a estar condicionada por aspectos tales como tener o no apoyo a la hora de decidir, miedo a la incertidumbre de lo que puede pasar, disponer de medios, recursos, información, etc. 3. Llegado a este punto, tengo dos opciones, tomar la decisión, es decir, cambiar o si aún no me encuentro preparado/a, empezar haciendo cambios internos, antes de cambiar o tomar la gran decisión. Estos cambios internos nos ayudarán a aliviarme emocionalmente y además a ir adquiriendo fuerza y seguridad en nosotros/as mismos/as. Para hacer estos pequeños cambios internos puedo recurrir a estrategias como: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer pequeños ejercicios de visualización de la situación que deseo, viéndome cómo me encontraré y sentiré en la nueva situación después de cambiar. (Cabrera, 2012) <p>DESPUÉS DE TOMAR LA DECISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - No debo juzgarme o criticarme por la tardanza para cambiar (CELÉBRALO). - Analizar qué aprendí durante el proceso en la toma de decisiones. - Analizar qué cosas no debo repetir o permitir nuevamente en mi vida. (Cabrera, 2012)
<p>Bibliografía:</p>	<p>Cabrera, V. (2012). <i>El síndrome de indefensión aprendida y su relación con los trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Isidro Ayora,</i></p>

periodo 2012 [Universidad Nacional de Loja]. <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6696>

Lafuente, E. (2015). *Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller “Creciendo Juntas.”* http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_LafuenteBolufer_Eugenia.pdf?sequence=1

TALLER 4	
Tema:	La dependencia emocional no es amor
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre la violencia, el ciclo de la violencia, diferenciar entre una relación sana y una toxica, para que reconozcan la forma en que se ejerce la violencia contra las mujeres, además de que puedan conocer como pedir ayuda. • Aprender a poner límites en su relación de pareja.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus - Computadora - Lectura “Fueron felices como perdices”.
Tiempo:	Este taller tiene una duración de 1H50 minutos.
Técnicas:	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Autorreflexivas
Actividades:	<p>Paso 1. Saludo de bienvenida.</p> <p>Paso 2. Exposición del contenido psicoeducativo sobre violencia. (30 minutos)</p> <p>Paso 3. Se proyectará el Podcast: Dependencia Emocional: Decir que no al tiempo: https://www.youtube.com/watch?time_continue=7&v=rqge-1JwDqQ&feature=emb_title (26 minutos). El video trata sobre: La dependencia emocional en las personas, que se ve más presente en las últimas décadas, está necesidad emocionales insatisfechas o desadaptativas hacía una pareja sentimental, un amigo, un familiar. Existen varias razones por las cuales una persona atraviesa una dependencia las cuales pueden ir de una baja autoestima, miedo a la soledad, esto ocasiona malestar porque no se siente bien o apetece con el fin de satisfacer a la otra persona. Por ello, la persona debe saber cuáles son sus límites, lo que esté o no dispuesto a tolerar, hacerse responsable de sus actos. La valentía juega un papel primordial ya que es la lucha consigo mismo, es decir su mayor miedo.</p> <p>Paso 4. Se llevará a cabo un rolle playing con la dinámica “Te he dicho que no”. (20 minutos)</p> <p>Paso 5. Cierre de sesión: Se va a leer la lectura para reflexionar “Fueron felices y comieron perdices”. (30 minutos)</p>
Dinámicas:	<p>“TE HE DICHO QUE NO”</p> <p>Rolle playing de estilos parentales: Se plantea una situación ficticia “Nuestro hijo quiere salir con sus amigos por la tarde, sabe que tiene que recoger la habitación, pero llegado el momento no lo ha hecho”. En parejas se prepara una dramatización con las 3 posibles respuestas: Estilo autoritario (comportamiento agresivo), estilo</p>

	<p>permisivo (comportamiento permisivo) y estilo democrático (comportamiento asertivo). Representación en gran grupo y puesta en común de conclusiones. - Ejemplos de situaciones ficticias a resolver. (Lafuente, 2015)</p>
<p>Contenido psicoeducativo:</p>	<p>Violencia en la pareja: detectar las señales es fundamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son las prácticas violentas? (Instituto Obra Médico Asistencial, 2020) - Ciclo de la violencia (Walker, 1978) - Diferencia entre relación sana y toxica. (Siefken Psicólogos, 2019) - ¿A quién pedir ayuda? (El Universo, 2017) <p>Lectura: “Fueron felices y comieron perdices”.</p> <p>La mayoría de cuentos con los que se ha crecido terminan con esta famosa frase. Estos cuentos suelen tener como protagonistas a príncipes o princesas que vencen las adversidades que tratan de separarlos para finalmente casarse y ser felices.</p> <p>El fin último de estos cuentos es estar junto a la persona amada, siendo: un fracaso el no conseguirlo y un final feliz, casarse y comer perdices. Esta idea se va interiorizando desde la infancia, de modo que cuando se es adulto, se sienten fracasados o incompletos si no están en pareja. Tener interiorizada esta “prisa” o “necesidad” por tener pareja no significa ser dependiente, lo que significa llenar los vacíos afectivos y carencias emocionales con otra persona que pasa a ocupar un lugar central en la satisfacción de las necesidades y, por lo tanto, se convierte en un elemento necesario para ser feliz.</p> <p>Lectura: Érase una vez el final de un cuento de hadas. Todo había acabado felizmente, y el príncipe y la princesa habían llegado a casarse tras muchas aventuras. Y vivieron felices y comieron perdices. Pero, al día siguiente, el príncipe tenía un fuerte dolor de cabeza y no le apetecía comer perdiz. Salió a pasear por los jardines mientras la princesa devoraba una perdiz tras otra. Tantas comió, que al llegar la noche sufría una gran indigestión.</p> <p>Esa noche, el príncipe protestaba, pues no se sentía feliz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaya desastre de cuento. No me siento para nada feliz. - Si no eres feliz, es porque no has comido perdiz. <p>Y al día siguiente ambos solo comieron perdices, pero el mal humor del príncipe no desapareció, y la indigestión de la princesa empeoró.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaya desastre de cuento- dijo también la princesa. <p>El tercer día era evidente que ninguno de los dos era feliz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo puede irnos tan mal? ¿Acaso no fue todo perfecto durante el cuento?

- Es verdad. Lo tenemos todo, ¡y hasta nos hemos casado! ¿Qué más necesitamos para ser felices? Ninguno de los dos tenía ni idea, pues se habían preparado para vivir una vida de cuento. Pero, al terminar el cuento, no sabían por dónde seguir. Decididos a reclamar una felicidad a la que tenían derecho, fueron a quejarse al escritor del cuento.

- Queremos otro final.

- Este es el mejor que tengo. No me sé ninguno mejor.

Y, tras muchas discusiones, lo único que consiguieron fue que eliminara lo de comer perdices. Seguían sin ser felices, claro, pero al menos la princesa ya no tenía indigestión.

La infeliz pareja no se resignó, y decidió visitar a las más famosas parejas de cuento. Pero ni Cenicienta, ni la Bella Durmiente, ni siquiera Blancanieves, hacían otra cosa que dejar pasar tristemente los días en sus palacios. Ni una sola de aquellas legendarias parejas había sabido cómo continuar el cuento después del día de la boda.

- Nosotros probamos a bailar, bailar, y bailar durante días- contó Cenicienta- pero solo conseguimos un dolor de huesos que no se quita con nada.

- Mi príncipe me despertaba cada mañana con un ardiente beso que duraba horas- recordaba la Bella Durmiente- pero aquello llegó a ser tan aburrido que ahora paso días enteros sin dormir para que nadie venga a despertarme.

- Yo me atraganté con la manzana cien veces, y mi príncipe me salvó otras tantas, y luego nos quedábamos mirándonos profundamente- dijo Blancanieves- Ahora tengo alergia a las manzanas y miro a mi esposo para buscarle nuevos granos y verrugas.

Decepcionados, los recién casados fueron a visitar al resto de personajes de su cuento. Pero ni el gran hechicero, ni el furioso dragón, ni sus valientes caballeros quisieron hacer nada.

- Ya cumplimos con todas nuestras obligaciones, y ni siquiera tuvimos un final feliz ¿Y encima queréis que nos hagamos responsables de vuestra felicidad ahora que ha terminado el cuento? ¡Venga ya!

La joven pareja recurrió finalmente a sus leales súbditos. Tampoco funcionó porque, a pesar de que obedecieron todas y cada una de sus órdenes, los príncipes siempre habían tenido todo tipo de lujos, y seguían insatisfechos.

- Nada, tendré que encargarme de mi felicidad yo misma - decidió la princesa precisamente el día que el príncipe pensó lo mismo.

Y cada uno se fue por su lado a intentar ser feliz haciendo aquello que siempre le había gustado. Pero por emocionantes y especiales que fueran todas aquellas cosas, no era lo mismo hacerlas sin tener a su lado a su

	<p>amor de cuento. Tras aceptar su fracaso por separado, volvieron a encontrarse en el palacio llenos de pena y desesperanza.</p> <p>- Lo hemos intentado todo- dijo el príncipe, cabizbajo-. Ya no queda nadie más a quien pedirle que nos haga felices. Estamos atrapados en un penoso final de cuento.</p> <p>- Bueno, querido, aún nos queda una cosa por probar- susurró la princesa-. Hay alguien que aún no se ha encargado de tu final</p> <p>- ¿Sí? ¿Quién? ¿La bruja? ¿El león? ¿El armario? ¿Voldemort?</p> <p>- Cariño, no te vayas del cuento. Me refiero a mí. Aún no me he encargado de hacerte feliz. Ni tú tampoco de mí.</p> <p>Era verdad. Y no perdían nada por intentarlo.</p> <p>Aunque hacer feliz al príncipe tenía lo suyo. Solía levantarse de mal humor, trabajaba algo menos que poco y era un tipo más bien desagradable. Y tampoco la princesa era perfecta, pues lo menos que se podía decir de ella es que era caprichosa y mandona, bastante cotilla y un poco pesada. Pero, a pesar de todo, se querían, y descubrieron que, al esforzarse por el otro, olvidándose de sí mismos, no necesitaban más que ver asomar la felicidad en el rostro de la persona amada para sentirse plenamente dichosos. Nunca antes habían repartido felicidad, y hacerlo con su único amor los llenaba de tanta alegría que era difícil saber quién de los dos era más feliz.</p> <p>Pronto se sintieron tan dichosos repartiéndose felicidad que, a pesar del esfuerzo que les suponía, no pudieron parar en ellos mismos, y comenzaron también a preocuparse de la felicidad de sus súbditos y los demás personajes de su cuento. Hasta las legendarias princesas que no habían sabido vivir felices en su final de cuento pudieron recibir su consejo y su ayuda. Así, habiendo descubierto el secreto de los finales felices, hicieron por fin una última visita para llevar a su amigo el escritor un regalo muy especial: un nuevo final de cuento. Y el escritor lo tomó y lo agregó a la última página, donde desde entonces puede leerse "...y, renunciando a su felicidad por la del otro, pudieron amarse y ser felices para siempre". (Sacristan, 2020)</p>
Bibliografía:	<p>El Universo. (2017). También puede acudir a las organizaciones. https://www.eluniverso.com/noticias/2017/11/24/nota/6493756/quien-pedir-ayuda/</p> <p>Instituto Obra Médico Asistencial. (2020). <i>Violencia en la pareja : detectar las señales es fundamental</i>. https://www.ioma.gba.gob.ar/index.php/2020/10/02/violencia-en-la-pareja-detectar-las-senales-es-fundamental/</p> <p>Lafuente, E. (2015). <i>Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller "Creciendo</i></p>

Juntas.” http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_LafuenteBolufer_Eugenia.pdf?sequence=1

Sacristan, P. P. (2020). *¿ Y si no fueron felices y se ¿ Y si no fueron felices y se hartaron de perdices ?*
<https://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/%3Fy-si-no-fueron-felices-y-se-hartaron-de-perdices>

Siefken Psicólogos. (2019). *Relación sana vs relación tóxica ¡He aquí la diferencia!*
<https://siefkenpsicologos.com.co/relacion-sana-vs-relacion-toxica/>

Walker, L. (1978). *El Ciclo De La Violencia En La Pareja.*
[http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos Protocolos Atencion VIF.pdf](http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VIF.pdf)

TALLER 5	
Tema:	Me cuido, me quiero, me valoro
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el autocuidado para mejorar su autoestima. • Trabajar la motivación porque les va a permitir crear hábitos, intentar cosas nuevas, sostener el esfuerzo en alguna tarea que consideren gratificante o productiva.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Rompecabezas con frases de autoestima. - Copias de la plantilla de horario semanal
Tiempo:	Este taller tiene una duración de 2 horas.
Técnicas:	Autorreflexivas.
Actividades:	<p>Paso 1. Saludo de bienvenida.</p> <p>Paso 2. Se realizará la actividad denominada “HUELLAS INOLVIDABLES”: Esta actividad permite que las mujeres, reconozcan conductas que les van a permitir desarrollar las áreas para fortalecer la autoestima, con el objetivo de reconocimiento e identificación de sí mismas, mostrar orgullo por sí mismas, y practicar conductas que las lleven a desarrollar autoestima. (30 minutos)</p> <p>Paso 3. Se pretenderá fomentar el AUTOCUIDADO con la combinación de las dinámicas: “MI RUTINA” + “ME REGALO A MI”. (25 minutos)</p> <p>Paso 4. Exposición del contenido psicoeducativo sobre que es la motivación. (10 minutos)</p> <p>Paso 5. Se proyectará un video para incentivar la MOTIVACIÓN:</p> <p>Video: Cuando ser fuerte es la única opción,</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=FLTRgs3k_Mk (42 minutos). El vídeo muestra que las adversidades u obstáculos que atraviesan las personas a lo largo de la vida, pueden llegar de manera repentina, pero es ahí donde podemos utilizarlas a favor de sí mismo, ya sea para ganar experiencia y superarse o, por otro lado, el</p>

	<p>estancarse y vivir una vida de amargura y sufrimiento. Además, incentiva a cada día a luchar por lo que se tiene y disfrutar de la vida, que por muy negativa que sea la realidad, busquen algo que les motive a ser mejores y cumplir sus metas y sueños.</p> <p>Paso 6. Cierre de sesión con la dinámica: Redacta una carta a tu versión del pasado. (10 minutos)</p>
Dinámicas:	<p>“MI RUTINA” + “ME REGALO A MI”</p> <p>Combinación de dinámicas de autoestima y gestión del tiempo: En primer lugar, se hablará de la manera en que cada una organiza su tiempo, qué hace a lo largo del día. Se les proporcionará una plantilla que deberán rellenar durante la próxima semana indicando qué tareas realizan y cuánto tiempo les dedican, con la consigna de que intenten “regalarse” algún tiempo para ellas, realizando alguna actividad de autocuidado o gratificación hacia sí mismas, haciendo algo que les guste, pasear, pintar, bailar, quedar con una amiga, darse un baño relajante... Algo que habitualmente no hagan por falta de tiempo, por sentirse egoístas, por ponerse en el último lugar... Se resalta la importancia de planificar, establecer prioridades, saber decir “no”, repartir las tareas domésticas entre todos los miembros de la familia, dejar tiempo para el ocio... Se anticipa la idea de que la gestión del tiempo es muy útil y necesaria para lograr llevar a cabo sus objetivos. (Lafuente, 2015).</p> <p>Redacta una carta a tu versión del pasado: Esto funciona como un medio para conectar profundamente con quien son en realidad. Permite agradecerse así mismas por las cosas que han hecho para llegar a donde están, resaltando lo positivo siempre. Aunque no todo el camino recorrido haya sido agradable, se debe aprender a valorar las virtudes y ver que ellas han servido para llegar a ser quienes son ahora. Por eso se va a escribir esa carta como si fuese para alguien muy especial; ese alguien que son ellas mismas en una versión pasada. (L. Rodríguez, 2021)</p>
Contenido psicoeducativo:	<p>HUELLAS INOLVIDABLES”:</p> <p><i>Primer paso:</i> El instructor explica el concepto de autoestima y la importancia de trabajar para desarrollarla.</p> <p><i>Segundo paso:</i> El instructor muestra una silueta de una persona. Luego, invita a los participantes para que peguen una parte de la figura, hasta completarla como un rompecabezas. Cada parte lleva escrita un área</p>

deseada para favorecer el desarrollo de la autoestima. El instructor hace la comparación de que estas actitudes es como si fuera un vestido que los protege y los ayuda a salir adelante.

Tercer paso: A cada participante, se le da una tarjetita con la descripción de una conducta. Luego, pasan por turno a pegar cada conducta en el área de la actitud deseada que corresponde.

Tomar en cuenta que:

- Eres una persona única. Con tus propias características y valores. No hay nadie en el mundo igual que tú.
- Como tal, eres muy valiosa e igual en dignidad y privilegios que te corresponden como ser humano.
- Tienes los mismos derechos que todas las personas.
- Nadie debe tratarte mal ni hacerte daño. (UNODC, 2020)

Autoestima:

Para ir con éxito por la vida, debemos valorarnos, cuidar de nosotros mismos y estar atentos a nuestros sentimientos. La autoestima es la capacidad de respetarse y de amarse uno mismo. Es aceptar nuestra condición y potencializar nuestras capacidades. También se refiere al conocimiento y aceptación de sí mismo en el aspecto físico, mental y emocional. La autoestima, se construye desde los primeros años, cuando una persona recibe atención, afecto, estímulos y satisfacción de sus necesidades físicas. Se consideran cinco áreas a trabajar para desarrollar una buena autoestima.

1. Seguridad: básicamente es tener confianza en sí mismo, demostrar auto-respeto y ser responsable. La seguridad se adquiere cuando la persona conoce y comprende las reglas y cuando mantiene un ambiente justo y consistente.
2. Identificación: es el reconocimiento de sí mismo, en su esencia y presencia. Se desarrolla por medio de la descripción y conocimiento de sí mismo, el conocimiento de sus propios valores e intereses, el aceptar reconocimiento de parte de los demás y el fortalecimiento de su potencial.

	<p>3. Pertenencia: se refiere a la aceptación e integración en su medio ambiente por medio de actitudes de respeto y de cariño que lo hacen sentir bienvenido y amado.</p> <p>4. Intención: esta es la actitud de esperanza y confianza que le permite soñar, ser visionario, y planificar para alcanzar metas. Se desarrolla fortaleciendo la confianza y el conocimiento de sus capacidades.</p> <p>5. Competencia: es el sentimiento de poder, para llevar a cabo la acción. Se desarrolla cuando se le enseña a la persona la capacidad para resolver problemas, buscar alternativas y cuando se le da reconocimiento por lo que hace. (UNODC, 2020)</p>
Bibliografía:	<p>Lafuente, E. (2015). <i>Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller “Creciendo Juntas.”</i> http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_Lafuente Bolufer_Eugenia.pdf?sequence=1</p> <p>Rodríguez, L. (2021). <i>Carta a mi yo del pasado.</i> https://lamenteesmaravillosa.com/carta-a-mi-yo-del-pasado/</p> <p>UNODC. (2020). <i>Guía metodológica y materiales didácticos.</i> https://www.unodc.org/documents/ropan/2020/Prevencion_violencia_Guatemala/1 GUIA_METODOLOGICA_Y_JUEGOS_DIDACTICOS.pdf</p>

TALLER 6	
Tema:	Gestionar la adversidad
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la resiliencia, al construir de manera simbólica la percepción de habilidades para la propia protección que favorezcan la autoestima y la percepción del propio control.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Fotografía personal. - Hoja de papel. - Esferos y marcadores. - Papelógrafos.
Tiempo:	El taller tiene una duración de 1 hora.
Técnicas:	- Metáfora
Actividades:	<p>Paso 1: Saludo de bienvenida.</p> <p>Actividad 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> Indícales que tomen el dibujo sobre sí mismos. Se les va a pedir que cierren los ojos, e imaginen que alrededor de su cuerpo se forma una burbuja que les rodea por completo. Es importante mencionarles que la burbuja es individual. Ninguna burbuja abarca a más de una persona. Se les da unos segundos para imaginar cómo es esa burbuja, para luego formular las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> ¿De qué color es tu burbuja? ¿Tiene un solo color o varios? ¿Es brillante, opaca?

- d. ¿De qué parece estar hecha?
- e. ¿Está quieta o se mueve?
- f. Cualquier otra posible característica de “la burbuja” que venga a la mente de quien facilita la actividad.
5. Luego se les pide que imaginen que esa burbuja que rodea a toda su persona es de un material ligero y frágil —como las burbujas de jabón—, y además de frágil es muy valiosa.
6. Ahora, se les dirá que abran los ojos y la tracen alrededor de su silueta, con sus emociones, sobre el mismo papel en que se encuentra su fotografía.
7. Tendrán unos minutos para dibujar y decorar la burbuja como quieran.
8. Luego se dirá lo siguiente:
- a. “Imaginemos que esta burbuja es tu espacio vital, que es el espacio que rodea tu cuerpo y protege tus emociones y sentimientos de todo lo que ocurre fuera de ti que afecta a tu persona (tu cuerpo, tus pensamientos y tus sentimientos).”
- b. “Sabemos que ocurren muchas cosas fuera de ti que te provocan emociones. Tú no puedes controlar si ocurren o no.”
9. Se les hace la pregunta abierta:
- a. “Pensemos todos ¿qué puede hacer que se rompa o lastime la burbuja?”
10. Se espera a que respondan, anotando en un papelógrafo las ideas que se consideren acertadas (como ejemplo, insultos, golpes, malos tratos en general, agresiones, abusos de poder, amenazas, violencia, etcétera).
11. Si no hay respuestas, se puede proponer ideas alrededor de qué es violencia.
- “La burbuja se rompe con palabras o acciones que hacen daño al cuerpo o a las emociones, con acciones que lastiman o que hacen sentir incómodo y que se notan adentro del cuerpo.”

	<p>12. En este momento el expositor deberá mencionar el concepto de violencia, adecuando el lenguaje a las características y habilidades del grupo. Las ideas que deben estar presentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Es una conducta que busca dominar o lastimar a otro, para lograr los propios fines o “salirse con la suya”. b. Las acciones las realizan personas que tienen más poder (fuerza, información, recursos, posibilidades) que otras. Siempre hay alguien más fuerte, que es violento con quien es menos fuerte. c. La violencia ocurre en todas partes. d. En general no se habla mucho de la violencia, o parece que es “natural”, como si estuviera bien que sucediera. e. En realidad, es importante que quien ejerce violencia deje de hacerlo, porque lastima a los demás, y también hay cosas que hay que aprender a hacer para escapar o parar la violencia. <p>13. Después, se les explica que esa burbuja es su protección y es importante pensar de qué manera cuidarla y preservarla. Cuidar la propia burbuja es algo que se aprende. No importa si ya han sucedido cosas que duelen o lastiman, porque todos hemos vivido violencia alguna vez, o también hemos sido violentos de alguna manera contra otras personas.</p> <p>14. A continuación se les pide que modifiquen el dibujo de su burbuja, cambiándole lo que les parezca que “la hace más fuerte”. (45 minutos) (Castañer & Díaz, 2017)</p> <p>Actividad 2: El cierre de sesión se da con un espacio para pedir los aportes sobre la actividad realizada, como por ejemplo los que aprendieron en este taller. (15 minutos)</p>
Bibliografía:	<p>Castañer, A., & Díaz, Y. (2017). Manual de actividades que propicien resiliencia. Unicef. https://www.unicef.org/mexico/media/1276/file/VCEManualDeResiliencia_mar2018.pdf</p>

TALLER 7	
Tema:	Plan de vida
Objetivos del taller:	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de vida, que permita plantear objetivos alcanzables a corto, mediano y largo plazo, este es una herramienta que permitirá aprovechar todos los recursos que la vida ofrece en el camino y así llegar más fácilmente a las metas.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Caja de los tesoros. - Lectura “Sueños semilla” - Esferos y marcadores de colores. - Cartulinas.
Tiempo:	Este taller tiene una duración de 2 horas.
Técnicas:	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión plástica - Autorreflexiva
Actividades:	<p>Paso 1. Saludo de bienvenida,</p> <p>Paso 2. Con esta actividad se realizará el proyecto de vida: “EL RÍO DE LA VIDA” (Lafuente, 2015). Cada una dibuja de forma totalmente libre, reflejando el curso de la propia vida, pasada y futura, haciendo una comparativa con el recorrido de un río. Deben identificar los momentos más significativos del pasado (estudios, independencia, relaciones importantes, relaciones familiares, problemas...) y plantear objetivos para el futuro cercano y lejano. “La fuente del río es el día en que nacimos, ¿qué clase de río representa mejor la vida que habéis llevado?, ¿dónde nace?, ¿cuál es su caudal?, ¿cómo es el agua?, ¿y sus afluentes?, ¿dónde desemboca?, ¿cuál es el punto actual? ¿Qué esperan del futuro? ¿Qué esperanzas y temores tienen? ¿A dónde quieren llegar?” Una vez terminados cada una comenta el suyo en gran grupo y quedan expuestos en el salón (45 minutos).</p> <p>Paso 3. Aquí se da la culminación de la actividad “LA CAJA DE LOS TESOROS”. (Lafuente, 2015). Desde la primera sesión se introdujeron aspectos positivos de sí</p>

	<p>mismas, proyectos o metas que quieran conseguir para mejorar su situación personal y/o profesional, en esta sesión se abren las cajas y comparten los significados y realizan una reflexión. (40 minutos)</p> <p>Paso 4. Cierre de los talleres con “LECTURAS PARA PENSAR”, se les leerá algún cuento o reflexión que les permita analizar cómo se tratan a sí mismas y que les ayude a apreciar lo mucho que valen. (20 minutos)</p>
<p>Contenido psicoeducativo:</p>	<p>Lectura del texto “Sueños semilla”</p> <p>En el silencio de mi reflexión percibo todo mi mundo interno como si fuera una semilla, de alguna manera pequeña e insignificante pero también plétórica de potencialidades.</p> <p>Y veo en sus entrañas el germen de un árbol magnífico, el árbol de mi propia vida en proceso de desarrollo. En su pequeñez, cada semilla contiene el espíritu del árbol que será después.</p> <p>Cada semilla sabe cómo transformarse en árbol, cayendo en tierra fértil, absorbiendo los jugos que la alimentan, expandiendo las ramas y el follaje, llenándose de flores y de frutos, para poder dar lo que tienen que dar.</p> <p>Cada semilla sabe cómo llegar a ser árbol.</p> <p>Y tantas son las semillas como son los sueños secretos. Dentro de nosotros, innumerables sueños esperan el tiempo de germinar, echar raíces y darse a luz, morir como semillas... para convertirse en árboles.</p> <p>Árboles magníficos y orgullosos que a su vez nos digan, en su solidez, que oigamos nuestra voz interior, que escuchemos la sabiduría de nuestros sueños semilla.</p> <p>Ellos, los sueños, indican el camino con símbolos y señales de toda clase, en cada hecho, en cada momento, entre las cosas y entre las personas, en los dolores y en los placeres, en los triunfos y en los fracasos. Lo soñado nos enseña, dormidos o despiertos, a vernos, a escucharnos, a darnos cuenta. Nos muestra el rumbo en presentimientos huidizos o en relámpagos de lucidez cegadora. Y así crecemos, nos desarrollamos, evolucionamos...Y</p>

un día, mientras transitamos este eterno presente que llamamos vida, las semillas de nuestros sueños se transformarán en árboles, y desplegarán sus ramas que, como alas gigantescas, cruzarán el cielo, uniendo en un solo trazo nuestro pasado y nuestro futuro. Nada hay que temer... una sabiduría interior las acompaña... porque cada semilla sabe... cómo llegar a ser árbol...

– Cuento de Jorge Bucay (Bucay, 1997)

LECTURAS PARA PENSAR: “Yo soy yo” Reflexión. Si quieren pueden comentar algo al respecto. Despedida.

Yo soy yo – la declaración de autoestima de V. Satir:

En todo el mundo no existe nadie exactamente igual a mí.

Hay personas que tienen algunas partes semejantes a las mías, pero nadie es exactamente como yo.

Por consiguiente, todo lo que sale de mi es auténticamente mío porque yo sola lo elegí.

Todo lo mío me pertenece: mi cuerpo, todo lo que hace; mi mente, con todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo todas las imágenes que perciben; mis sentimientos, cualesquiera que sean: ira, alegría, frustración, amor, decepción, emoción; mi boca, y todas las palabras que de ella salen, refinadas, dulces, o cortantes, correctas o incorrectas; mi voz, fuerte o suave, y todas mis acciones, sean para otros o para mí.

Soy dueña de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores.

Son míos mis triunfos y mis éxitos, todos mis fracasos y errores.

Puesto que todo lo mío me pertenece, puedo llegar a conocerme íntimamente.

Al hacerlo, puedo llegar a quererme y sentir amistad hacia todas mis partes.

Puedo hacer factible que todo mi ser trabaje en beneficio de mis mejores intereses.

	<p>Sé que tengo aspectos que me intrigan y otros que desconozco.</p> <p>Pero mientras yo me estime y me quiera, puedo buscar con valor y optimismo soluciones para las incógnitas e ir descubriéndome cada vez más.</p> <p>Como quiera que parezca y suene, cualquier cosa que diga y haga, cualquier cosa que piense y sienta en un momento dado, todo es parte de mí ser.</p> <p>Esto es real y representa lo que soy en ese momento del tiempo.</p> <p>A la hora de un examen de conciencia, respecto de lo que he dicho y hecho, de lo que he pensado y sentido, algunas cosas resultarán inadecuadas.</p> <p>Pero puedo descartar lo inapropiado, conservar lo bueno e inventar algo nuevo para lo que haya descartado.</p> <p>Puedo ver, oír, sentir, decir, y hacer.</p> <p>Tengo los medios para sobrevivir, para acercarme a los demás, para ser productiva y para lograr darle sentido y orden al mundo de personas y cosas que me rodean.</p> <p>Me pertenezco y así puedo construirme.</p> <p>Yo soy yo y estoy bien. (Satir, 1975)</p>
Bibliografía:	<p>Bucay, J. (1997). <i>CUENTOS PARA PENSAR</i>.</p> <p>Lafuente, E. (2015). <i>Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller “Creciendo Juntas.”</i> http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_LafuenteBolufer_Eugenia.pdf?sequence=1</p> <p>Satir, V. (1975). <i>Mi Declaración de Autoestima</i>. https://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/08/MI-DECLARACION-DE-AUTOESTIMA.pdf</p>

SESIÓN FINAL

- **TEMA:** Valoración y refuerzo de los procesos adquiridos.

- **OBJETIVO:**

- ✓ Conocer el progreso que la paciente ha tenido durante el proceso psicoterapéutico.

- **TECNICA:** Reevaluación

- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.

- **PROCEDIMIENTO:**

- ✓ Revisión de las actividades enviadas y de todos los logros obtenidos durante el tratamiento.
- ✓ Hacerle comprender que el mérito es suyo y no únicamente del terapeuta.
- ✓ Se debe re aplicar los Test Psicológicos: Escala de Indefensión Aprendida, Escala de Hamilton para la ansiedad, Inventario de Depresión de Beck y Escala de Autoestima de Rossemberg.

Encuadre para la próxima cita de seguimiento. Durante este proceso se realizan normalmente 3 sesiones: al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

En estas sesiones se incide fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- ✓ Valoración y refuerzo de los progresos adquiridos.
- ✓ La ayuda en el caso de existir problemas a la hora de poner en práctica las habilidades adquiridas
- ✓ La evaluación de nuevos problemas que puedan presentarse para darles una solución a tiempo.

7. Discusión

El presente trabajo investigativo evidenció que uno de los factores que inciden en que la mujer víctima de violencia intrafamiliar aprenda a creer que está indefensa y que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra, es el Síndrome de Indefensión Aprendida, que involucra deterioro en el funcionamiento del ser humano en el ámbito individual y familiar. Además, provoca un fuerte impacto psicológico e implica reacciones emocionales con niveles altos de ansiedad y depresión en las pacientes atendidas en el Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Esta investigación contó con un total de 78 participantes, en la cual se encontró que: la población más afectada corresponde al grupo de adultas jóvenes en edades de 18 a 25 años, con estado civil solteras, y el tipo de Violencia Psicológica fue el de mayor incidencia. En comparación con los resultados dados por el INEC en Ecuador, mencionan que: el estado civil Divorciada es el de mayor incidencia correspondiente al 81,1%, y el tipo de violencia que tuvo mayor incidencia con el 43,4% es la violencia psicológica. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019)

Esta investigación evidenció que el 100% de las mujeres presentaron el Síndrome de Indefensión Aprendida, el 46,2% Depresión Moderada y el 53,8% Ansiedad Moderada. Al contrastarlo con un estudio similar a este en la metodología, el cual muestra la relación entre el Síndrome de indefensión aprendida y los trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Isidro Ayora, en el año 2012, y con una muestra de 30 participantes, obtiene que las mujeres presentan el Síndrome de Indefensión Aprendida en un 98,9 %, Ansiedad moderada en un 90 %; Depresión grave en un 53,3%, Autoestima alta negativa en un 46,7%. (Cabrera, 2012) Lo que conduce a concluir que, en los dos estudios realizados, el Síndrome de Indefensión Aprendida es muy frecuente en las mujeres violentadas y además presentan sintomatología compatible con la Ansiedad y Depresión.

Un estudio más reciente sobre Indefensión Aprendida y Depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los Centros de mujeres Ixchen del Departamento de Managua, en el país de Nicaragua, año 2020, demuestra que la correlación entre las variables

indefensión y depresión puede explicarse con lo expuesto por Seligman (2000), el cual refiere que la indefensión es un proceso que tiene lugar cuando una persona aprende que sus respuestas ante situaciones de amenaza son incontrolables, llevando a esta persona a estar en un estado de incapacidad para resolver las situaciones de amenaza. Es decir, la indefensión entonces, tendrá lugar cuando se pierde el control del propio comportamiento y cuando esta persona se enfrenta a una amenaza o pérdida, aparece la respuesta de estrés asociada al miedo y si aprenden que la respuesta no es controlable y tiene lugar la indefensión aprendida, la depresión sustituye al miedo. (Mena, 2020)

8. Conclusiones

En este trabajo de integración curricular se determinó la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios, periodo 2021-2022, porque se evidenció que según las pruebas de correlación de Spearman, el nivel de significancia es menor a 0,05, es decir que sí hay relación estadística significativa. (Anexo 4)

El mayor grupo de edad afectadas se encuentra en el rango de 18 a 25 años y las mujeres con estado civil soltera. Además, el tipo de violencia más presente fue la violencia psicológica, y sumada a esta la violencia física. Y aunque la violencia intrafamiliar se manifiesta de muchas maneras, no ocurre con la misma frecuencia ni con la misma gravedad, pero afecta significativamente la calidad de vida de la persona que la recibe.

La Escala de Indefensión Aprendida muestra como resultados que los 3 factores evaluados (Factor 1: Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas, Factor 2: Percepción de control y calidad de vida, y Factor 3: confusión y aturdimiento), la población en estudio presenta en su mayoría características de Indefensión Severa.

Al mencionar los resultados relacionados con la Escala de Hamilton para medir ansiedad, se encontró que la ansiedad moderada se encuentra en mayor porcentaje. Así mismo, según los resultados correspondientes con el Inventario de Depresión de Beck, se mantiene más frecuente la depresión moderada.

En cuanto a la relación entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con la Ansiedad y Depresión en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar se obtuvo que, en el factor 1 que evalúa la Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas presentaron en su mayoría presenta Indefensión Severa con ansiedad moderada y depresión moderada. De la misma manera, se evidenció con el factor 2 que evalúa Percepción de Control y Calidad de Vida y el factor 3 que evalúa Confusión y Aturdimiento, en su mayoría comparte la misma relación con los niveles de ansiedad y depresión encontrándose en su gran parte Indefensión Severa con ansiedad moderada y depresión moderada.

Por lo expuesto anteriormente se diseñó un Plan de Intervención Psicológica encaminado a la intervención individual y grupal, pretendiendo dar a las pacientes herramientas necesarias para reconocerse, aceptarse, valorarse y enfrentarse a situaciones de su cotidianidad con nuevas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. Para prevenir así que se desarrolle el Síndrome de Indefensión Aprendida en aquellas mujeres que son víctimas de violencia.

- Intervención individual consta de 3 sesiones; en la primera sesión se realizará el encuadre terapéutico; en la segunda sesión se desarrollará la etapa de: Expresión Emocional; y en la tercera sesión se trabajará con: Reevaluación cognitiva.
- Intervención grupal consta de 7 talleres: El taller 1: Reconociendo mis emociones, busca conseguir el reconocimiento emocional para reflexionar sobre los propios estados emocionales y así tomar mejores decisiones, y practicar ejercicios de respiración para aliviar la sintomatología ansiosa. El taller 2: Soportar la violencia no va a hacer que disminuya, tiene por objetivo psicoeducar sobre el síndrome de indefensión aprendida, y sus características. El taller 3: ¿Estoy tomando mis propias decisiones? pretende reconocer la importancia de tomar sus propias decisiones y poner en práctica la resolución de problemas. El taller 4: La dependencia emocional no es amor busca psicoeducar sobre la violencia en especial en la pareja para que aprendan a poner límites en su relación de pareja. El taller 5: Me cuido, me quiero, me valoro tiene por objetivo incentivar el autocuidado para mejorar su autoestima, crear hábitos e intentar cosas nuevas. El taller 6: Gestionar la adversidad trata de fomentar la resiliencia, al construir de manera simbólica la percepción de habilidades para la propia protección que favorezcan la autoestima y la percepción del propio control. Y el Taller 7: Plan de vida tiene como objetivo que las mujeres elaboren un plan de vida, que permita plantear objetivos alcanzables a corto, mediano y largo plazo.
- La última parte del plan de intervención tiene 1 sesión final, la cual tiene por objetivo valorar y reforzar los procesos adquiridos durante las sesiones y talleres.

9. Recomendaciones

Antes de finalizar, se sugieren algunas recomendaciones en base a los resultados y a las conclusiones a que se llegó luego del presente estudio.

- Poner en práctica el Plan de intervención Psicológica en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar planteado en este trabajo de integración curricular.
- Crear un grupo de autoayuda para brindar un espacio a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar para conseguir la resignificación de la experiencia. Además, el intercambio permite reconstruir la autoestima y actitudes, acciones conducentes a prevenir y erradicar la violencia no sólo dentro del hogar sino en todo ámbito en que se produzca.
- Gestionar con las autoridades políticas fuentes de empleo, incentivando los emprendimientos, puesto que la falta de ingresos hace que las mujeres permanezcan a lado de su agresor.
- Replantear las líneas de atención que ha puesto el Gobierno para denunciar los casos de violencia, como por ejemplo que algunos supermercados estén atentos al pedido de auxilio de personas maltratadas ya que el aislamiento produce tensiones en el hogar, ya que implica la organización y el manejo de nuevas situaciones. Estas circunstancias pueden llevar a que los ánimos se exacerbén en casa y a que aumenten los casos de violencia que ya se vienen presentando o que surjan nuevos, lo cual se convierte en una amenaza permanente para los miembros de la familia.

10. Bibliografía

- Beteré, J. (2020). *La importancia de la expresión emocional*.
<https://janapsicologa.com/psicologo-madrid/emociones-expresion-emocional/>
- Bucay, J. (1997). *CUENTOS PARA PENSAR*.
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. I. (2012). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101.
<https://doi.org/10.15517/revedu.v30i2.2232>
- Cabrera, V. (2012). *El síndrome de indefensión aprendida y su relación con los trastornos ansiosos y depresivos en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Isidro Ayora, periodo 2012* [Universidad Nacional de Loja].
<http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6696>
- Camacho, M. R. M., Valle, G. M. A. del, González, M. I. G., Chacán, P. J. C., Aguiar, F. del R. N., Nájera, L. M. G., Delgado, J. B. G., & González, C. A. G. (2020). *Revista Colombiana de Psiquiatría Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar , Ecuador Domestic Violence and its Repercussions in Children in*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000100023
- Campos, A., & González, M. (2017). Importancia de las imágenes mentales en el pensamiento. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 9(1883), 113–119.
<http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/article/view/265/167>
- Castañer, A., & Díaz, Y. (2017). *Manual de actividades que propicien resiliencia*. Unicef.
https://www.unicef.org/mexico/media/1276/file/VCEManualDeResiliencia_mar2018.pdf
- Cedeño M. (2019). *VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. Universidad y Sociedad.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n3/2218-3620-rus-11-03-186.pdf>
- Cenyt Hospital. (2017). *Depresión : tipos , clasificación y causas*.
<https://www.cenythospital.com/noticias/depresion-tipos-clasificacion-causas/>
- Cifuentes, A. (2020). *Causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar*. 1.
<https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/causas-consecuencias-ansiedad-estres/>
- Consejo de la Judicatura. (2016). *Violencia de género y violencia intrafamiliar*. Consejo de

- La Judicatura. <http://www.funcionjudicial.gob.ec/pdf/guia-informativa-violencia-de-genero.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2015). *Tipos de violencia*. Tipos de Violencia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/303594/Prevencion_de_la_violencia__Tipos_de_Violencia.pdf
- Diario Crónica. (2020, October 9). *Crónica 6 de cada 10 familias sufren de violencia intrafamiliar : Incrementa la violencia intrafamiliar*. 1–3. <https://cronica.com.ec/2020/10/09/6-de-cada-10-familias-sufren-de-violencia-intrafamiliar-incrementa-la-violencia-intrafamiliar/>
- Díaz, N. (2015). *Modelo de atención Psicológica a mujeres que viven violencia*. Modelo de Atención Psicológica. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab07.pdf>
- DSM-5. (2014). American psychiatric association. In *Archives of Neurology And Psychiatry* (Vol. 9, Issue 5). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Dzib Aguilar, J. P., Moo Estrella, J., & Chan Coob, J. G. (2010). Técnicas psicoterapéuticas para proteger la confidencialidad y la responsabilidad legal: implicaciones del Biofeedback y Eeasp en el contexto jurídico TT - Psychotherapeutic techniques to protect the confidentiality and legalliability: implications of Bio. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 6(2), 441–448. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000200016&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a16.pdf
- El Universo. (2017). *También puede acudir a las organizaciones*. <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/11/24/nota/6493756/quien-pedir-ayuda/>
- Euroinnova. (2020). *Conociendo a fondo las funciones de las dinámicas de grupos y su importancia*. <https://www.euroinnova.ec/blog/que-son-las-dinamicas-de-grupo-y-para-que-sirven>
- Farfán M. (2020). *Violencia de género: Definición, tipos y causas*. <https://protecciondatos-lpd.com/empresas/violencia-de-genero/>
- Felix, L., & Gavilan, R. (2020). *Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal*. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4829](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4829)

- García, I. P. M. (2014). Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar. In *Tesis*. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/84/Guzman-Lesly.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Haro, O. (2013). *Propuesta de talleres , rincones y técnicas de expresión plástica*. <https://actividadesinfantil.com/archives/8132>
- Henales-almaraz, M. C., Henales-almaraz, M. C., & Sánchez-bravo, C. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. *Perinatología y Reproducción Humana*, *21*(2), 88–99. <https://inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicadeintervencionpsicologicademujeresconviolenciadomestica.pdf>
- Hernández, G. (2021). *Indefensión aprendida : ¿ Por qué no afrontamos nuestros problemas ? ¿ Qué es la indefensión aprendida ? Definición*. <https://www.mundopsicologos.com/articulos/indefension-aprendida-por-que-no-afrontamos-nuestros-problemas>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). Familiares y Género Contra Las Mujeres (Envigmu). *Instituto Nacional De Estadística Y Censos- Inec Encuesta*, 10. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- Instituto Obra Médico Asistencial. (2020). *Violencia en la pareja : detectar las señales es fundamental*. <https://www.ioma.gba.gob.ar/index.php/2020/10/02/violencia-en-la-pareja-detectar-las-senales-es-fundamental/>
- Lafuente, E. (2015). *Intervención Grupal Con Mujeres Víctimas De Violencia De Género: Taller “Creciendo Juntas.”* http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_LafuenteBolufer_Eugenia.pdf?sequence=1
- Lara, N. (2008). *Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual*. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/nayarit/modeloabordaje.pdf>
- Mark Beyebach, M. H. D. V. (2010). *200 Tareas en Terapia Breve* (S. . Editorial (ed.);

Vol. 4, Issue 1).

- Mena, K. (2020). *Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres ixchen del departamento de managua*. Gestión I+D. file:///C:/Users/Javij/Downloads/Dialnet-IndefensionAprendidaYDepresionEnMujeresVictimasDeV-7863435.pdf
- Mendoza, C. S. (2016). *La ansiedad y sus trastornos*.
<http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/ANSIEDAD2.pdf>
- Morales, A. (2019). *Violencia intrafamiliar*. <https://www.todamateria.com/violencia-intrafamiliar/>
- Morales, D. (2019). *7 ejercicios de escritura terapéutica*.
<https://dianapmorales.com/2018/07/blog/7-tecnicas-escritura-terapeutica/>
- Ojeda, C. (2017). La indefensión aprendida: ahondando en la psicología de la víctima. *Psicología y Mente*, 2–6. <https://psicologiymente.com/psicologia/indefension-aprendida>
- OMS. (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://doi.org/10.18356/01f12968-es>
- ONU Mujeres. (2012). *Técnicas*. <https://www.endvawnow.org/es/articles/1441-tecnicas.html>
- Organizacion Mundial de la salud. (2002). Mundial Sobre La Violencia Y La Salud. *Organizacion Mundial de La Salud.*, 2–3, 3–4.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
- Organizacion Mundial de la salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Técnicas : Utilizando textos para reflexión / enseñanza*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10911:2015-tecnicas-utilizando-textos-reflexion-ensenanza&Itemid=42210&lang=es
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamiento Eficaces Para La Depresion. *Psicothema*, 13, 493–510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Ponce, J. (2019). *La imagen mental en psicoterapia*. <https://www.lasnuevemusas.com/la-imagen-mental-en-psicoterapia/>

- Pradas, C. (2019). *12 Técnicas de Control Emocional*. Psicología Online.
https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html#anchor_7
- Ramon, J. (2020). *La indefensión aprendida*. <https://jralonso.es/2020/10/29/la-indefension-aprendida/>
- Reyes, J. (2010). *Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca Virtual En Salud. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Reyes, N. (2017). *Raíces de-la-violencia Recomendado*.
<https://es.slideshare.net/ShAnDrUxA/races-delaviolencia>
- Rodríguez, E. (2016). *El Modelo de Solución de Problemas en la Toma de Decisiones Personales*. <https://elisabetrodpsicologia.net/2016/10/17/el-modelo-de-solucion-de-problemas-en-la-toma-de-decisiones-personales/>
- Rodríguez, L. (2021). *Carta a mi yo del pasado*. <https://lamenteesmaravillosa.com/carta-a-mi-yo-del-pasado/>
- Rull, A. (2018). *Descarga tus emociones*. <https://www.elperiodico.com/es/ser-feliz/20181106/descarga-emociones-tecnicas-7124782>
- Sabater, V. (2019). *Autorreflexión: la clave crecimiento personal y la libertad emocional*. <https://lamenteesmaravillosa.com/autorreflexion-clave-crecimiento-personal-libertad-emocional/>
- Sabater, V. (2021). *Síntomas de la indefensión aprendida que debes conocer*.
<https://lamenteesmaravillosa.com/sintomas-indefension-aprendida/>
- Sacristan, P. P. (2020). *¿ Y si no fueron felices y se ¿ Y si no fueron felices y se hartaron de perdices ?* <https://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/%3Fy-si-no-fueron-felices-y-se-hartaron-de-perdices>
- Salas, C. (2009). <https://www.derechocambiosocial.com/revista018/violencia-y-familia.htm> 1/13. <https://www.derechocambiosocial.com/revista018/violencia-y-familia.htm>
- Sarduy, G., Sarduy, A., & Mirabal, O. (2020). Violencia contra la mujer, una mirada a través del arte. *Acta Médica Del Centro*, 14(2), 268–275.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec2020.pdf>
- Sarrió, C. (2016). *¿ Para qué sirve una psicoterapia individual ?* <https://www.gestalt->

- terapia.es/para-que-sirve-la-psicoterapia-individual/
- Satir, V. (1975). *Mi Declaración de Autoestima*.
<https://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/08/MI-DECLARACION-DE-AUTOESTIMA.pdf>
- Siefken Psicólogos. (2019). *Relación sana vs relación tóxica ¡He aquí la diferencia!*
<https://siefkenpsicologos.com.co/relacion-sana-vs-relacion-toxica/>
- Sue, D., Wing Sue, D., & Sue, S. (2015). Psicopatología Comprendiendo la conducta anormal. In *Revista española de neuropsicología* (NOVENA EDI, Vol. 4, Issue 1).
http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art06.3.04.pdf%0Ahttps://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48753989/9dcf8e84e051ab57803233f1d8e1da54_Libro-Psicopatologia-riesgo-y-tratamiento-de-Los-problemas-infantiles.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO
- Unicef. (n.d.). *¿Te suena familiar?* <https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/02Dinamicas.pdf>
- UNODC. (2020). *Guía metodológica y materiales didácticos*.
https://www.unodc.org/documents/ropan/2020/Prevencion_violencia_Guatemala/1GUIA_METODOLOGICA_Y_JUEGOS_DIDACTICOS.pdf
- Vidal, J. (2018). *Cómo combatir la ansiedad: Guía de técnicas esenciales*.
<https://www.areahumana.es/como-combatir-la-ansiedad/#1-Tcnica-de-Reestructuracin-Cognitiva-Pensar-de-forma-realista>
- Walker, L. (1978). *El Ciclo De La Violencia En La Pareja*.
[http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos Protocolos Atencion VIF.pdf](http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VIF.pdf)

11. Anexos

Anexo 1. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Edades De 18 A 25 Años	32	41,0
Edades De 26 A 33 Años	20	25,6
Edades De 34 A 41 Años	8	10,3
Edades De 42 A 49 Años	8	10,3
Edades De 50 A 57 Años	4	5,1
Edades De 58 A 65 Años	2	2,6
Edades De 66 A 73 Años	4	5,1
Total	78	100

Fuente: Entrevista, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios
Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Anexo 2. Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	38	48,7
Casada	20	25,6
Divorciada	14	17,9
Viuda	2	2,6
Unión Libre	4	5,1
Total	78	100,0

Fuente: Entrevista, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.
Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Anexo 3. Tipo de violencia

Tipo De Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	36	46,2
Sexual	4	5,1
Física y Psicológica	18	23,1
Psicológica y Económica	6	7,7
Física, Psicológica y Económica	2	2,6
Psicológica y Sexual	4	5,1
Sexual y Física	2	2,6
Psicológica y Patrimonial	6	7,7
Total	78	100,0

Fuente: Entrevista, aplicada a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios
Elaborado por: Paola Elizabeth Rivas Cañar

Anexo 4. Hoja de Decisión de Spearman

1. PREGUNTA / HIPÓTESIS

H_0 = No existe relación entre la ansiedad y depresión con el síndrome de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

H_1 = Sí existe relación entre la ansiedad y depresión con el síndrome de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

2. NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 5\%$

3. VALOR DE PRUEBA

Correlación de Spearman

4. COMPARACIÓN DE p y α .

$p = 0,000 < \alpha = 0,05$

5. DECISIÓN

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Sí existe una relación estadística significativa.

6. CONCLUSIÓN

Se rechaza la Hipótesis nula, por lo tanto, **Sí existe relación entre la Ansiedad y Depresión con el Síndrome de Indefensión Aprendida** en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del Centro de Atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género, intrafamiliar y/o sexual de Fundación Espacios.

Correlaciones

			INDEFENSIÓN APRENDIDA FACTOR 1	INDEFENSIÓN APRENDIDA FACTOR 2	INDEFENSIÓN APRENDIDA FACTOR 3	NIVELES DE DEPRESIÓN	NIVELES DE ANSIEDAD
Rho de Spearman	INDEFENSIÓN	Coefficiente de correlación	1,000	,626**	,453**	,586**	,510**
	APRENDIDA FACTOR	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000
	1	N	78	78	78	78	78
	INDEFENSIÓN	Coefficiente de correlación	,626**	1,000	,428**	,503**	,289*
	APRENDIDA FACTOR	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,010
	2	N	78	78	78	78	78
INDEFENSIÓN	Coefficiente de correlación	,453**	,428**	1,000	,497**	,430**	
APRENDIDA FACTOR	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	
3	N	78	78	78	78	78	
NIVELES DE DEPRESIÓN	Coefficiente de correlación	,586**	,503**	,497**	1,000	,553**	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	
	N	78	78	78	78	78	
NIVELES DE ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	,510**	,289*	,430**	,553**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,010	,000	,000	.	
	N	78	78	78	78	78	

Anexo 5. Escala de Indefensión Aprendida

ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA

Nombre: _____

Fecha: _____

A continuación, encontrará una serie de frases sobre: la salud, las relaciones sociales, en general, y en particular sobre las relaciones que se establecen en la familia. Por favor, lea atentamente cada frase, piense cuál es su conducta habitual en relación con lo que en ella se expone, y conteste. Si desea hacer alguna aclaración, utilice la otra cara de esta hoja. Las respuestas que usted de a este cuestionario serán confidenciales.

5 MUY DE ACUERDO

4 ALGO DE ACUERDO

3 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

2 ALGO EN DESACUERDO

1 MUY EN DESACUERDO

1. Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia.	1	2	3	4	5
2. Me relaciono con poca gente	1	2	3	4	5
3. Si al principio no consigo lo que me propongo, sigo intentándolo	1	2	3	4	5
4. Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente.	1	2	3	4	5
5. Haga lo que haga me cuesta mucho que mis hijos/as me entiendan.	1	2	3	4	5
6. Me cuesta mucho conocer a nuevas personas.	1	2	3	4	5
7. Me siento integrado/a en la sociedad.	1	2	3	4	5
8. Me relaciono bien con la gente.	1	2	3	4	5
9. A menudo tengo palpitaciones.	1	2	3	4	5
10. Sé lo que puedo esperar de las situaciones en las que me encuentro.	1	2	3	4	5

11. Habitualmente tengo pocas ganas de comer.	1	2	3	4	5
12. Tengo problemas para tomar decisiones.	1	2	3	4	5
13. Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia...)	1	2	3	4	5
14. Continuamente pienso que todo me sale mal.	1	2	3	4	5
15. A menudo me siento aislada/o.	1	2	3	4	5
16. Cuando surge un problema con mi hijo/a me cuesta mucho resolverlo.	1	2	3	4	5
17. Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos.	1	2	3	4	5
18. Soy bastante optimista.	1	2	3	4	5
19. Frecuentemente siento molestias en el estómago.	1	2	3	4	5
20. A veces creo que la vida no vale nada.	1	2	3	4	5
21. Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada.	1	2	3	4	5
22. Me siento contento/a cuando tengo que conseguir objetivos nuevos.	1	2	3	4	5
23. Casi nunca me duele la cabeza.	1	2	3	4	5
24. Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran.	1	2	3	4	5
25. Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo.	1	2	3	4	5
26. Tengo control sobre mi vida.	1	2	3	4	5
27. Mi vida tiene una calidad aceptable.	1	2	3	4	5
28. Generalmente sé lo que me va a pasar.	1	2	3	4	5
29. Tomo decisiones con facilidad.	1	2	3	4	5

Anexo 6. Escala de Hamilton para la Ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

NOMBRE.....

EDAD.....

FECHA.....

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems: 0. Ausente 1. Intensidad Leve 2. Intensidad Moderada 3. Intensidad grave 4. Totalmente incapacitado.

	0	1	2	3	4
1. ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. TENSION: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. TEMORES: A la obscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. INSOMNIO: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Perdida del interés. Falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					

<p>7. SINTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.</p>					
<p>8. SINTOMAS SOMATICOS SENSORIALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frio y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)</p>					
<p>8. SINTOMAS SOMATICOS SENSORIALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frio y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)</p>					
<p>10. SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria)</p>					
<p>11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.</p>					
<p>12. SINTOMAS GENITOURINARIOS: micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia sexual.</p>					
<p>13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).</p>					

14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					
---	--	--	--	--	--

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

NIVEL DE ANSIEDAD: _____

Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE.....

EDAD.....

FECHA.....

Instrucciones.

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3.

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4.

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5.

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6.

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado. Siento que estoy siendo castigado

7.

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

8.

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9.

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.

- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.

11.

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12.

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13.

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14.

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15.

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17.

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa. 18.

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

Ya no tengo nada de apetito.

19.

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 6 kilos.

20.

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo 8. Oficio de pertinencia a Proyecto de Titulación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 13 de diciembre de 2021

Dra.
Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular: N°308-C.PS.CL-FSH-UNL, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado: “ **EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y/O SEXUAL DE FUNDACIÓN ESPACIOS, PERIODO 2021-2022**” de autoría de la estudiante: Paola Elizabeth Rivas Cañar CI. 1150017836, estudiante del 8vo ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

- Luego de revisar y analizar el presente proyecto, se evidencia que la estudiante ha realizado las debidas correcciones sugeridas. En su revisión, este cuenta con **estructura y coherencia en su totalidad.**
- Adjunto proyecto final acatado a las últimas sugerencias, al presente correo electrónico

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,

GABRIELA FERNANDA
A ROJAS MUNOZ
Firmado digitalmente por
GABRIELA FERNANDA ROJAS
MUNOZ
Fecha: 2021.12.14
11:08:54 -05'00'

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.
1104892029
Gabriela.rojas@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
c.c.: Archivo

Anexo 9. Oficio de pertinencia a Fundación Espacios para realizar el trabajo de integración curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 273- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 18 de noviembre del 2021

Señora
Yesenia Maribel Ontaneda Vega
DIRECTORA EJECUTIVA DE FUNDACIÓN ESPACIOS
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. Paola Elizabeth Rivas Cañar CI 11050017836 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Investigación en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **"EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y/O SEXUAL DE FUNDACIÓN ESPACIOS, PERÍODO 2021"**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

APA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



Archivo:
APA/tsc

Anexo 10. Oficio de pertinencia director del trabajo de integración curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -014- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 11 de enero del 2022

Psicóloga Clínica
Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está gestión, lo ha designado Director de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y/O SEXUAL DE FUNDACIÓN ESPACIOS, PERIODO 2021.”**, autoría de la Srta., estudiante Paola Elizabeth Rivas Cañar., con C.I 1150017836, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Escaneo digitalmente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS**

Dra. **ANAYANZA Mgs**
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Paola Elizabeth Rivas Cañar.
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 11. Certificación del Abstract



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **"EL SINDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y/O SEXUAL DE FUNDACIÓN ESPACIOS, PERIODO 2021-2022"**, autoría de **Paola Elizabeth Rivas Cañar** con número de cédula 1150017836, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.



Loja, 02 de marzo del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez. *en la Enseñanza del Inglés*

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.