



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



TEMA:

“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2012”.

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICOLOGA
CLÍNICA*

AUTORA:

VALERIA KATHERINE CABRERA JIMÉNEZ

DIRECTORA:

PSIC. CL. MAYRA DANIELA MEDINA AYALA

LOJA – ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2012”**, realizado por la egresada Valeria Katherine Cabrera Jiménez ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

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

Loja, Diciembre del 2012

Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en la presente tesis cuyo tema es **“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2012”**, son de absoluta responsabilidad de su autora.

Valeria Katherine Cabrera Jiménez

DEDICATORIA

Dedico este triunfo:

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y por haberme dado la paciencia y fortaleza para cumplir con mis objetivos.

A mis Padres Julio y Bilma

Con mucho cariño y amor por haberme brindado su apoyo incondicional, sus consejos y ejemplos de perseverancia y constancia que fortalecieron mi formación personal y profesional.

A mi Novio Francisco

Quién con su muestra de ternura y amor me dio las fuerzas necesarias para conseguir mis objetivos en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis Hermanos Julio César, Arelis, Cristian y Gabriel

Quienes de una u otra manera han estado presentes en los instantes más importantes de mi existencia. Y de los cuales he aprendido con sus ejemplos de vida.

A mis queridos Sobrinos: David, Luciana, Camila, Allan y Emily

Quienes me han desbordado de alegría, por su cariño sincero e incondicional.

Valeria Katherine

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento:

A los catedráticos de la Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja por compartir sus más sabios conocimientos y por su grandeza como seres humanos.

Con gratitud al Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja especialmente a la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual y al personal que en ella labora, institución que me brindo su apertura para la realización de la presente investigación al permitirme utilizar este escenario para la ejecución de mi proyecto.

A mi Directora de Tesis, Psic. Cl. Mayra Mediana por su apoyo brindado durante la elaboración de esta tesis.

A los miembros del tribunal de Revisión y Sustentación, por sus contribuciones en el trabajo final, por el tiempo y dedicación brindados.

¡A todos les agradezco por el apoyo brindado!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
I. TEMA.....	7
II. RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
III. INTRODUCCIÓN.....	10-13
IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....	14-36
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	37-45
VI. RESULTADOS.....	46-54
VII. DISCUSIÓN.....	55-56
VIII. CONCLUSIONES.....	57-58
IX. RECOMENDACIONES.....	59
X. PLAN DE INTERVENCIÓN.....	60-106
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	107-109
XII. ANEXOS.....	110-199

I. TEMA:

“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2012”.

II. RESUMEN

En Ecuador un 70 % de las mujeres padecen violencia intrafamiliar, lo que ha generado; baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, fracaso, aislamiento, temor y pánico, sintomatología relacionada con Trastornos Ansiosos y Depresivos que caracterizan a la mayoría de mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar.

Con estos antecedentes, se propone determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con los Trastornos Ansiosos y Depresivos. Para ello se toma una muestra de 30 pacientes del género femenino que han sido víctimas de algún tipo de violencia y que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el periodo septiembre – octubre del año 2012.

Se utiliza como herramientas de trabajo, la Entrevista psicológica mediante la aplicación de la Historia Clínica Psicológica. Se mide mediante la Escala de Indefensión aprendida para evidenciar la presencia de dicho síndrome. Se utiliza la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir Ansiedad, el Inventario de Depresión de Beck para medir Depresión y el Test de Autoestima: Autoexamen para evaluar autoestima.

Se 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%. Se concluye que el Síndrome de Indefensión Aprendida es muy frecuente en las mujeres violentadas. Se hace una propuesta de un Plan de Intervención Psicológica encaminada a la intervención individual, familiar y grupal en las mujeres del estudio.

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

SUMMARY

In Ecuador, 70% of women suffer from domestic violence, which has generated, low self-esteem, feelings of guilt, failure, isolation, fear and panic related symptoms anxiety and depressive disorders that characterize most women victims of violence.

With this background, it is proposed to determine the relationship between learned helplessness syndrome with anxiety and depressive disorders. For this purpose, a sample of 30 female patients who have been victims of some form of violence and attending the Trial Host Provincial Hospital Isidro Ayora city of Loja, in the period from September to October of 2012.

Used as tools, psychological Interview by applying the Psychological Health Record. Measured by the scale of learned helplessness to detect the presence of the syndrome. It uses the Hamilton Anxiety Scale to measure anxiety, Beck Depression Inventory to measure depression and self-esteem test: Self-Examination to assess self-esteem.

You get that women have learned helplessness syndrome in 98.9%, moderate anxiety by 90%, major depression in 53.3%, negative high esteem by 46.7%. We conclude that the learned helplessness syndrome is very common in abused women. It is a proposal of a Psychological Intervention Plan intervention aimed at individual, family and group study in women.

KEYWORDS: Learned Helplessness Syndrome, Anxiety, Depression and Domestic Violence

III. INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Según datos publicados por el Ministerio de Salud Pública¹ está considerada como una de las principales causas de muerte en edades de 15 a 29 años en la región de las Américas. En el mundo, cada año mueren cinco millones de personas por esta causa, cuarenta millones de niñas y de niños sufren maltrato y alrededor del 30 al 50 por ciento de las mujeres en Latinoamérica, viven alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar.

En el 2004, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)², en Ecuador, un 70% de mujeres padecen violencia intrafamiliar, en la zona urbana el 39% y en la Amazonía el 31%. El 29% de ellas han sido víctima de violencia sexual y el 41% víctimas de violencia verbal o psicológica.

Las mujeres maltratadas experimentan repercusiones negativas en su Estado Emocional debido a la violencia. Uno de los factores que inciden para que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o incluso regrese con él tras haber logrado romper la relación, es el **Síndrome Indefensión Aprendida**³, que se define como una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún

¹ Cevallos Eva, Velástegui Janett y cols: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL POR CICLOS DE VIDA. Primera edición, Ecuador 2009. Pág: 13.

² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2011): Disponible en: http://www.ecuadorvolunteer.org/es/informacion_ecuador/estadisticas.html

³ Núñez Mirta Susana. EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA O DESESPERANZA INDUCIDA. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponible en: http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSIÓN_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm

control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil.

Además existe sintomatología asociada como el deterioro de su autoestima, depresión y ansiedad, mientras que otras muestran comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático (revivir los sucesos traumáticos, sufrir desarreglos del sueño, como pesadillas e insomnio, padecer ansiedad, aislarse y retraerse, además perder el interés por las actividades que se realizaban antes de que ocurriera el suceso negativo), trastornos de los hábitos alimentarios y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas⁴.

Por todas estas razones he creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo titulado: **“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”**, que tiene como objetivo principal determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con los Trastornos Ansiosos y Depresivos en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.

Se estructura un marco teórico que contiene la siguiente temática: Capítulo I: Violencia (Definiciones, tipos y formas de violencia, causas y consecuencias), Capítulo II: Síndrome de Indefensión Aprendida (definición, perfil de la víctima, orígenes y fases), Capítulo III: Ansiedad (definición, presentación clínica, clasificación), Capítulo IV: Depresión (definición, clasificación y cuadros clínicos).

Se describe la metodología que se aplicó: 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 enero – mayo 2012 asisten un total de 14 pacientes por mes lo que da un total de 70 pacientes aproximadamente en los cinco meses, a fin de asegurar la

⁴ Ruiz Consue y Blanco Prieto Pilar. (2005). LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. España: Edición Díaz de Santos. Pág: 104.

veracidad del presente estudio investigativo se trabajó con una población de estudio de 30 personas de género femenino en el periodo septiembre – octubre 2012. En él se utilizó la Entrevista Psicológica⁵ (Historia Clínica Psicológica) que permitió conocer la historia de vida de las pacientes, sus pensamientos, comportamientos y factores predisponentes que afectan su salud mental en general, la Escala de Indefensión Aprendida⁶ para constatar la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida, Escala de Ansiedad de Hamilton⁷ para medir Ansiedad, Inventario de Depresión de Beck⁸ para medir Depresión y el Test de Autoestima: Autoexamen⁹ para evaluar Autoestima.

Se obtuvo como resultados que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar 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%. Con estos resultados se realiza una discusión tomando como referencia otra investigación similar a la de la temática planteada, dicho procedimiento nos permite relacionar, conocer la problemática y dar más validez a la presente investigación.

Posteriormente se expone cada una de las conclusiones como resultado del estudio investigativo, constatando que el síndrome de indefensión aprendida es muy frecuente en las mujeres violentadas, en el cual se evidencia

⁵ Balarezo Ch. Lucio, Mancheno D. Silvia. GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. Primera Edición, 2003. Ecuador.

⁶ Díaz Aguado M^a José, Martínez Rosario, Martín Gema y cols. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN DESDE LA ADOLESCENCIA, INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA FAMILIA. Primera edición 2004. © Instituto de la Juventud. Madrid, España. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf

⁷ Hamilton, M. LA VALORACIÓN DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD POR SU CLASIFICACIÓN. Brit j med psychol. 2000.

⁸ Arnau RC, Meagher MW, Norris MP y Bramson R. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN .Health Psychology. 2001.

⁹ Cirilo Toro Vargas. AUTOESTIMA: AUTOEXÁMEN. Puerto Rico 2003. Disponible en: http://pirata_2.tripod.com/autoestima.htm

sintomatología como: dependencia víctima-victimario, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, fracaso, temor y pánico ante cualquier tipo de cambio o suceso, pérdida del control sobre su vida y aislamiento; permitiendo relacionarlo con los Trastornos Ansiosos y Depresivos, debido a la similitud de la sintomatología de estos cuadros clínicos.

Razón por la cual se plantea un *Plan de Intervención Psicológica* adecuado a las necesidades de las pacientes con el fin de brindar un tratamiento psicoterapéutico individual, familiar y grupal, con un enfoque Cognitivo Conductual encaminado a la reestructuración y modificación de creencias irracionales y conductas desadaptativas que son frecuentes en las personas con Indefensión Aprendida, Ansiedad y Depresión. Todo ello se logra a partir de la formulación del objetivo terapéutico, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención, necesarias para la recuperación y mantenimiento de la salud mental

Finalmente los aportes de esta investigación podrán ser utilizados en medidas de prevención y promoción en salud mental a los grupos de riesgo, realizando un gran aporte al campo de la Salud Pública local y nacional.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

VIOLENCIA

1.1. Definición:

La Organización Mundial de la Salud¹⁰ la define como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, 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. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo. Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial.

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA

1.2.1. Violencia de género: En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer”. En su artículo No. 1 la define como “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 producen en la vida pública como en la vida privada”. La Declaración reconoce que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el

¹⁰ Krug Etienne G, Dahlberg Linda L, y cols. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. Washington, E.U.A 2003. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf

hombre y la mujer, que han conducido a su dominación, a la discriminación y al impedimento de su adelanto pleno, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se la fuerza a una situación de subordinación respecto del hombre”.

1.2.2 . Femicidio: Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

1.2.3. Violencia intrafamiliar: La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia define: A toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

1.2.3.1. Formas de violencia intrafamiliar

1.2.3.1.1. Violencia física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.

1.2.3.1.2. Violencia psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

1.2.3.1.3. Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato

que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

1.2.4. Acoso Sexual: El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será castigado como autor de acoso sexual.

1.2.5. Violencia patrimonial o económica: Constituye una forma más de violencia Psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente, Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero¹¹.

1.3. PERFIL DE LA VICTIMA Y EL AGRESOR

1.3.1. Características de una mujer víctima de Violencia Intrafamiliar

- “Estado emocional agudo, temeroso, percibe un ambiente peligroso.
- Confusión, dificultad de concentrarse y responder adecuadamente o focalizar, de recibir las respuestas e integrar la información.
- Alteración conductual de hiperactividad o paralización
- Sensación de aislamiento e indefensión
- Cuadros depresivos

¹¹ Cevallos Eva, Velástegui Janett y cols: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL POR CICLOS DE VIDA. Primera edición, Ecuador, 2009. Págs: 26-27.

- 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 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 mental¹².

1.3.2. Tipología y perfil del agresor

- “Deseo de dominar.
- Dependencia de su pareja.
- Rigidez de pensamiento.
- No expresa sus emociones adecuadamente
- Baja autoestima.
- Bajo control de impulsos.
- Aislamiento social.
- Adherencia a los estereotipos masculinos.
- Muy agradable ante los demás, esto hace que se dude de la víctima.
- Muy ajustado a los roles tradicionales, teme el cambio.
- Niega y minimiza la violencia.
- Prioriza sus propias sensaciones o necesidades.
- Tiene dificultades para resolver conflictos.
- Conductas disociadas en el mundo público y privado
- Siempre busca la culpa en la otra persona, busca explicaciones a su conducta como motivada por la provocación, especialmente de su compañera o cónyuge.

¹² Zea Morales William. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PERFIL VICTIMA Y AGRESOR. Ecuador, 2010. Disponible en: <http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html>

- Utiliza la agresividad para conseguir sus logros.
- Desautoriza a su pareja ante los/as hijos/a¹³.

1.4. MACHISMO

Expresión derivada de la palabra "*macho*", se define en el Diccionario de la Real Academia Española como la "actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres". El machismo engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y promover el mantenimiento de conductas percibidas tradicionalmente como heterosexualmente masculinas y, también, discriminatorias contra las mujeres. Se considera también al machismo como la discriminación contra otros grupos sociales percibidos como más débiles, como en el caso de hombres cuyo comportamiento, por ejemplo por tener una preferencia homosexual, no es "masculino" a los ojos de la persona machista. En todos los casos, la conducta preponderantemente masculina es la dominante¹⁴.

1.5. COMO SE PRODUCE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

“Cuando una mujer inicia una relación de pareja con un hombre violento que también ha asumido e interiorizado el rol e identidad masculinos tradicionales, puede sentir e interpretar que el control de su pareja sobre su comportamiento, actividades, relaciones e incluso la manifestación de los celos es amor. La violencia puede iniciarse, por tanto, en el noviazgo y aumentar con la convivencia o después del matrimonio. El *hombre* que ha asumido los valores y la masculinidad tradicional siente que tiene *derecho* a ser cuidado y atendido, a ser complacido, a que la mujer esté a su disposición. La *mujer* siente que es su *deber*, su obligación, cuidarle,

¹³ Zea Morales William. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PERFIL VICTIMA Y AGRESOR. Ecuador, 2010. Disponible en: <http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html>

¹⁴ Real Academia Española 2011. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Machismo>

atenderle, estar disponible para él. Incluso al principio lo hace por su propio gusto, refuerza su autoestima y su autovaloración al sentir que está cumpliendo con ideal de mujer que ha interiorizado como valioso. Pero a medida que la relación avanza, un hombre violento aumenta su control y utiliza la violencia para conseguir más de ella. Quiere la total sumisión”¹⁵.

1.1.1. Tácticas y efectos de la Violencia contra las Mujeres:

TÁCTICAS	EFFECTOS
Golpes, amenazas	Miedo, terror, sumisión
Gritos, romper cosas	Intimidación
Desvalorización personal	Baja autoestima, inseguridad
Desvalorización familia y amistades	Aislamiento
Demandas triviales	Polarización de la atención
Pequeñas concesiones	Dependencia emocional
Hacerse la víctima, culpar a la mujer	Impedir que haga algo para cambiar

Tomado de: Ruiz Consue y Blanco Prieto Pilar. (2005). LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. España: Edición Díaz de Santos. Pág: 47.

1.6. LA DEPENDENCIA EMOCIONAL AFECTIVA

“La Dependencia Emocional es una adicción hacia otra persona, generalmente la pareja. Cuando uno sufre dependencia, genera una necesidad desmesurada del otro, renunciando así a su libertad. Debido a este maltrato, que para empezar hace que desaparezca el respeto, la persona dependiente va perdiendo la Autoestima, se siente poco importante y poco capaz, después de que su pareja le diga que no sirve para nada. Cuando esto sucede la ayuda terapéutica se hace bastante imprescindible¹⁶”.

¹⁵ Ruiz Consue y Blanco Prieto Pilar. (2005). LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. España: Edición Díaz de Santos. Págs: 46-47.

¹⁶ Silvia Congost. MANUAL DE DEPENDENCIA EMOCIONAL AFECTIVA. Disponible en: <http://www.soyborderline.com/files/Manual%20de%20Dependencia%20Emocional.pdf>

1.7. CAUSAS DE LA VIOLENCIA

- El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- 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 mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es dialogando 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.
- La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la causa mayor que existe de violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.
- 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.
- La violencia se origina en la falta de consideración hacia la sociedad en que vivimos, si creamos mayor conciencia en nosotros mismos, si analizamos que la violencia no es la mejor forma de alcanzar las metas, de seguro nuestra sociedad crecerá y se desarrollaría¹⁷.

¹⁷ Callejas Pérez Jhon, González Arenas Eduardo y cols. LA VIOLENCIA. Colombia 2011. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>

1.8. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA

1.8.1. Deterioro de Autoestima: Poseen la tendencia de sentir y pensar constantemente en forma negativa. Tienen miedo de cometer errores y viven con una constante frustración de su vida en general¹⁸.

1.8.2. Depresión: La mayoría de las mujeres maltratadas sufren depresión mostrando características asociadas con un diagnóstico de depresión:

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

La depresión clínica cursa con los siguientes síntomas:

- 1) Sensación persistente de tristeza, ansiedad y vacío.
- 2) Sentimientos persistentes de falta de esperanza y pesimismo.
- 3) Sentimientos persistentes de culpa, de falta de valor personal y sensación de desamparo.
- 4) Pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se experimentaban con alegría.
- 5) Insomnio, despertarse de madrugada de una manera crónica o estar constantemente dormido.
- 6) Falta de apetito o pérdida de peso o por el contrario comer constantemente y ganar peso.

¹⁸ Valencia Carla. (2011). BAJA AUTOESTIMA – MANIFESTACIONES. Disponible en: <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-motivacion-personal/a-como-es-autoestima-baja.html>

- 7) Descenso de energía, fatiga constante y sensación de estar y sentirse con menos fuerza.
- 8) Pensamientos de muerte o suicidio, planes de suicidio, intentos de suicidio.
- 9) Irritabilidad y desasosiego.
- 10) Dificultad para concentrarse, para recordar y para tomar decisiones.
- 11) Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolores de cabeza, desórdenes digestivos, dolores crónicos etc.¹⁹

1.8.3. Ansiedad: La ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro. Por ello no es de extrañar que las mujeres maltratadas presenten síntomas de ansiedad (trastornos del sueño, palpitaciones, temblor, nudo en la garganta, etc.) casi desde el comienzo del maltrato. Habitualmente, el inicio de la ingesta de tranquilizantes es facilitado por profesionales, ante la presencia de síntomas de ansiedad. Con el paso del tiempo, y dada la cronicidad del maltrato y la dificultad de salir del mismo, es frecuente que la mujer se habitúe a ellos y persista en su uso.

1.8.4. Trastorno de Estrés Postraumático: Como su nombre indica, aparece cuando las personas son sometidas a una situación de estrés en la que se sienten sobrepasadas y sin salida o con una amenaza de muerte. Los síntomas incluyen: el revivir una y otra vez el acontecimiento, sentirse con anestesia emocional, dificultades para dormir o concentrarse y estar constantemente alerta. La violación, el abuso sexual en la infancia y la violencia de pareja están en las causas más comunes de este trastorno en las mujeres²⁰.

¹⁹ Paloma Gascón. DEPRESIÓN EN LAS MUJERES MALTRATADAS. España, 2003. Disponible en: <http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>

²⁰ Ruiz Consue y Blanco Prieto Pilar. (2005). LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. España: Edición Díaz de Santos.

1.8.5. Abuso de Alcohol y Drogas: El uso de psicofármacos, ansiolíticos e hipnóticos, es frecuente en las mujeres maltratadas. La mayoría de las mujeres los usa como una forma de disminuir los síntomas de ansiedad. De la misma manera, otras mujeres consumen alcohol u otras drogas, teniendo como riesgo la disminución de la capacidad de toma de decisiones para salir de esa situación²¹.

1.8.6. Suicidio: En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas²².

²¹ Arias María Paz. Laboratorios Esteve (2011). TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS CONSECUTIVO AL MALTRATO. Disponible en: http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=224030&accion=acc_listar

²² Callejas Pérez Jhon, González Arenas Eduardo y cols. LA VIOLENCIA. Colombia 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>

CAPÍTULO II

SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA

2.1. Definición:

“La Indefensión aprendida, o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la víctima permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias²³”.

2.2. El perfil de la víctima:

Vale resaltar que no hablamos aquí de una persona que sufrió aisladamente un hecho de violencia. Sino, que por el contrario, la agresión y la mentira protagonizan su vida cotidiana. Sólo siendo conscientes de la humillación que esto implica, entenderemos por qué les creen a sus victimarios y siguen a su lado.

2.2.1. Indefensión aprendida: 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.

²³ Núñez Mirta Susana. EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA O DESESPERANZA INDUCIDA. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponible en: http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSIÓN_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm

2.2.2. 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 intentar y esperar que todo pase.

2.2.3. Baja respuesta conductual: 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, calificuemos esta conducta como una aparente indiferencia; sin embargo, se trata de una defensa que le permite auto exigirse y culpabilizarse menos por las agresiones que sufre.

2.2.4. 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.

2.3. 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.

2.4. 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: donde 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 hijos²⁴.

²⁴ Núñez Mirta Susana. EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA O DESESPERANZA INDUCIDA. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponible en: http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSIÓN_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm

CAPÍTULO III

TRASTORNOS ANSIOSOS

ANSIEDAD

3.1 DEFINICIÓN:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR²⁵. La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico.

3.2 PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los signos y síntomas son comunes para todos los trastornos:

- A) Tensión motora: El paciente se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

²⁵ López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005.

- B) Hiperactividad autónoma: Como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos, etc.
- C) Expectación aprensiva: Es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.
- D) Actitud de vigilancia y escrutinio: El paciente suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio de conciliación y mantenimiento.

3.3 CLASIFICACIÓN

La **Crisis de Angustia (Panic Attack)** se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **Agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **Trastorno de Angustia sin Agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

El **Trastorno de Angustia con Agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **Agorafobia sin historia de Trastorno de Angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **Fobia Específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **Fobia Social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **Trastorno Obsesivo-Compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **Trastorno por Estrés Postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **Trastorno por Estrés Agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El **Trastorno de Ansiedad Generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El Trastorno de Ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia». La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual». ²⁶

²⁶ López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005. Págs: 477-543.

CAPÍTULO IV

TRASTORNOS DEPRESIVOS

DEPRESIÓN

4.1 DEFINICIÓN

“Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR. Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida”²⁷.

4.2 CLASIFICACIÓN Y CUADROS CLÍNICOS

El cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

- **Episodio Depresivo Mayor:**

Los criterios diagnósticos se especifican a continuación:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de 2 semanas y presentan un cambio respecto a la actividad de funcionamiento previo. Por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 2. Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
 3. Pérdida o aumento significativo de peso.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor.

²⁷ López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005. Págs: 387-476.

6. Fatiga o pérdida de energía.
 7. Sentimiento de minusvalía o culpa excesiva.
 8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intento de suicidio con plan específico.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo en el área laboral, social o familiar.
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de sustancias.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, e ideación suicida.

4.2.1 Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

4.2.1.1 Especificaciones

De acuerdo al número de episodios:

Episodio único: Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Estudios demuestran que esta evolución es la menos frecuente.

Recidivante: Este curso es el más común. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

De acuerdo con la severidad: la clasificación se basa en el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

1. Leve
2. Moderado
3. Grave sin síntomas psicóticos
4. Grave con síntomas psicóticos
5. En remisión parcial/en remisión total
6. No especificado

Los Episodios Leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los Episodios Moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Los Episodios Graves sin Síntomas Psicóticos se caracterizan por varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor, es evidente y observable. Además de una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Los Episodios Graves con Síntomas Psicóticos se caracterizan por presencia de ideas delirantes o alucinaciones. En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estas pueden ser *congruentes* con el estado de ánimo incluyen ideas delirantes de culpa, fracaso personal, enfermedad, de ser

merecedor de un castigo, ideas delirantes nihilistas, somáticas o ideas delirantes de ruina. Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados. Las ideas delirantes *incongruentes* con el estado de ánimo pueden ser ideas de persecución, ideas delirantes de inserción del pensamiento, ideas delirantes de difusión del pensamiento e ideas delirantes de control. Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

4.2.2 Trastorno Distímico

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónico. Ocurre la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, sin tener período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de depresión hay al menos dos síntomas de entre los siguientes:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse
- o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza
- Pérdida de intereses y aumento de la autocrítica (viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles).

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. No

se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se puede desarrollar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que desarrolle un episodio depresivo.

1.1.1 Trastorno Depresivo no especificado

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen²⁸:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
<p style="text-align: center;">Trastorno Disfórico Premenstrual</p>	<p>Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de la menstruación. Los síntomas son depresión, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades. Se presentan en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.</p>

²⁸ López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005. Págs: 387-476.

Trastorno Depresivo Menor	Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
Trastorno Depresivo Breve Recidivante	Cumple con los criterios del episodio depresivo con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Es incapacitante y presenta intentos de suicidio
Trastorno Depresivo Pospsicótico en la Esquizofrenia	Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Tomado de: López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar de la investigación

La presente investigación fue realizada en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual del Hospital Provincial Isidro Ayora de la Ciudad de Loja periodo septiembre – octubre 2012.

Universo 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 enero – mayo 2012 asisten un total de 14 pacientes por mes lo que da un total de 70 pacientes aproximadamente en los cinco meses, a fin de asegurar la veracidad del presente estudio investigativo se trabajó con una población de estudio de 30 personas de género femenino en el periodo septiembre – octubre 2012.

Tipo de Estudio

Es un estudio *descriptivo* debido a que es necesario para la interpretación y el análisis objetivo de la información recogida a través de los diferentes instrumentos y *correlacional* debido a que tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables (Síndrome de Indefensión Aprendida y Trastornos Ansiosos y Depresivos). Con un enfoque *cualitativo* y *cuantitativo*, debido a la descripción y cuantificación de los datos obtenidos en el estudio.

Tipo de variables

Cualitativo: Edad, Estado civil y tipo de violencia del que son víctimas las pacientes atendidas, los resultados obtenidos se presentan a través de descripciones.

Cuantitativo:

Variables:

El Síndrome de Indefensión Aprendida, se valora mediante la Escala de Indefensión Aprendida, y los resultados se presentan en porcentajes.

Ansiedad, se valora a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir Ansiedad, y los resultados se presentan en porcentajes.

Depresión, se valora mediante el Inventario de Depresión de Beck para medir Depresión, y los resultados se presentan en porcentajes.

Autoestima, se valora a través del Test de Autoestima: Autoexamen para evaluar Autoestima y los resultados se presentan en porcentajes.

MATERIAL 1:

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA CLÍNICA

Para ello se utiliza la Historia Clínica Psicológica: Anexo N° 2.

MÉTODO 1: La aplicación del presente instrumento psicológico se realizó de forma individual con una duración aproximada de 2 sesiones de 45 a 60 minutos en cada una de las pacientes, garantizando la confidencialidad el desarrollo de la empatía y un ambiente de rapport.

MATERIAL 2:

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

Normas de aplicación y corrección de la Escala de Indefensión

Aprendida: 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.

Normas de interpretación de la Escala de Indefensión Aprendida

Las normas de interpretación para los tres factores está dada 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 los que tienen puntuaciones menores o iguales a la puntuación correspondiente²⁹.

²⁹ Díaz Aguado M^a José, Martínez Rosario, Martín Gema y cols. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN DESDE LA ADOLESCENCIA, INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA FAMILIA. Primera edición 2004. © Instituto de la Juventud. Madrid, España. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf

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	INDEFENSIÓN SEVERA
75	32	
80	34	
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	INDEFENSIÓN LEVE O MÍNIMA
60	46	
65	47	
70	48	
75	49	
80	50	
85	36	

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	INDEFENSIÓN SEVERA
90	21	
95	25	
97	26	
99	28	

MÉTODO 2: La aplicación del presente instrumento psicológico se realizó de forma individual con una duración aproximada de 20 a 25 minutos en cada una de las pacientes; a las cuales se les solicito leer atentamente cada frase y que piense cuál es su conducta habitual en relación a lo se le expone en cada interrogante. Además se le recomienda que si desea hacer alguna aclaración con respecto a las frases utilice el reverso de la hoja y que las respuestas que se den al cuestionario serán confidenciales.

MATERIAL 3:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Fue diseñada en 1.959. 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*³⁰.

MÉTODO 3: 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; 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.

³⁰ Hamilton, M. LA VALORACIÓN DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD POR SU CLASIFICACIÓN. Brit j med psychol. 2000. Pág: 81.

MATERIAL 4:

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 auto administrado 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 distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).
Ítem 1: 2 -0-1-3-2; *Ítem 2:* 1-2-0-2-3; *Ítem 3:* 3-1-2-0-2; *Ítem 4:* 2-1-1-0-3; *Ítem 5:* 1-2-2-3-0; *Ítem 6:* 1-3-0-2-3; *Ítem 7:* 1-1-2-2-0; *Ítem 8:* 0-2-3-2-1; *Ítem 9:* 1-2-2-3-2-0; *Ítem 10:* 0-3-2-1; *Ítem 11:* 0-1-2-3; *Ítem 12:* 3-1-0-2; *Ítem 13:* 1-0-3-2; *Ítem 14:* 1-3-0-2; *Ítem 15:* 0-1-3-2-1; *Ítem 16:* 0-1-2-2-2-3-3-3; *Ítem 17:* 1-2-0-3; *Ítem 18:* 3-1-2-0; *Ítem 19:* 0-1-2-3; *Ítem 20:* 2-1-0-3; *Ítem 21:* 1-3-2-0.

Los puntos de corte son: 0 – 9 *No depresión*, 6 - 14 *Depresión leve*, 19 – 29 *Depresión moderada*, >30 *Depresión grave o severa*³¹.

MÉTODO 4: 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.

³¹ Arnau RC, Meagher MW, Norris MP y Bramson R. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN .Health Psychology. 2001. Págs: 56, 57.

MATERIAL 5:

AUTOESTIMA – AUTOEXAMEN

El autor de esta prueba, el Dr. Cirilo Toro Vargas.

INTERPRETACION: En cada columna sume las marcas de cotejo y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por 4 y equivalen a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total.

Los puntos de corte son: 160-104 *Autoestima alta (negativa)*; 103-84 *Autoestima alta (positiva)*; 83-74 *Autoestima baja (positiva)*, 73-40 *Autoestima baja (negativa)*³².

MÉTODO 5: 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; se les solicita que indiquen con una marca la frecuencia con la que se identifican con cada uno de los ítems.

³² Cirilo Toro Vargas. AUTOESTIMA: AUTOEXÁMEN. Puerto Rico 2003. Disponible en: http://pirata_2.tripod.com/autoestima.htm

VI. RESULTADOS

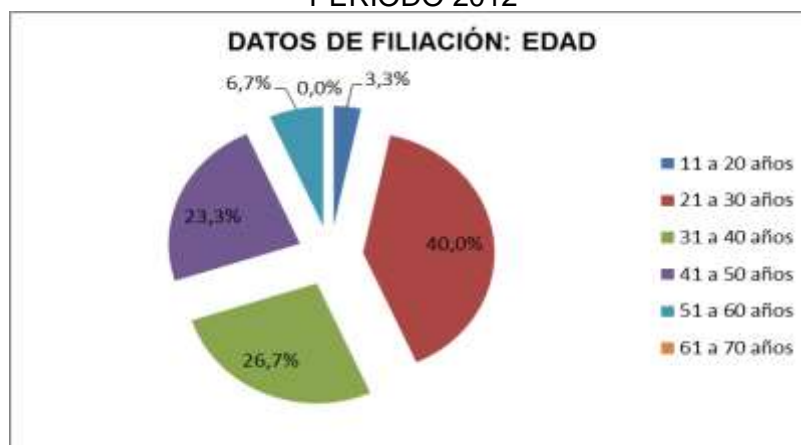
TABLA N° 1
EDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE ACOGIDA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA,
PERIODO 2012

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11 a 20 años	1	3,3%
21 a 30 años	12	40%
31 a 40 años	8	26,7%
41 a 50 años	7	23,3%
51 a 60 años	2	6,7%
61 a 70 años	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica de Pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.

ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 1
EDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE ACOGIDA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA,
PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 40% corresponde a pacientes en edades comprendidas de 21 a 30 años, el 26.7% a pacientes entre los 31 a 40 años de edad, el 23,3% a pacientes entre los 41 y 50 años de edad, el 6,7% a pacientes entre los 51 y 60 años de edad y finalmente el 3,3% corresponde a pacientes entre los 11 y 20 años de edad.

TABLA N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	0	0%
Casada	19	63,3%
Unión Libre	9	30%
Divorciada	2	6,7%
Viuda	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica de Pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.

ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 63,3% corresponde a pacientes con estado civil Casada, el 30% a pacientes con estado civil Unión Libre y finalmente 6,7% corresponde a pacientes con estado civil Divorciada.

TABLA N° 3

TIPO DE VIOLENCIA DE LA QUE SON VÍCTIMAS LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Física	0	0%
Psicológica	0	0%
Sexual	0	0%
Física y Psicológica	27	90%
Física y Sexual	0	0%
Psicológica y Sexual	0	0%
Física, Psicológica y Sexual	3	10%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica de Pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.

ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 3

TIPO DE VIOLENCIA DE LA QUE SON VÍCTIMAS LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 90% corresponde a pacientes que han sufrido Violencia Física y Psicológica y el 10% a pacientes que han sufrido Violencia Física, Psicológica y Sexual.

TABLA N° 4

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 1 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL

Factor 1	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas	Leve o Mínima	0	0%
	Moderada	1	3,3%
	Severa	29	96,7%
	TOTAL:	30	100%

FUENTE: Escala de Indefensión Aprendida de las pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.

ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 4

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 1 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 97,7% corresponde a pacientes que presentan características de Indefensión Severa y el 3,3% a pacientes que presentan características de Indefensión Moderada.

TABLA N° 5

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 2 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

Factor 2	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Percepción de control y calidad de vida.	Leve o Mínima	0	0%
	Moderada	0	0%
	Severa	30	100%
	TOTAL:	30	100%

FUENTE: Escala de Indefensión Aprendida de las pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.
ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 5

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 2 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Según los datos obtenidos encontramos que el 100% de la población investigada corresponde a pacientes que presentan características de Indefensión Severa.

TABLA N° 6

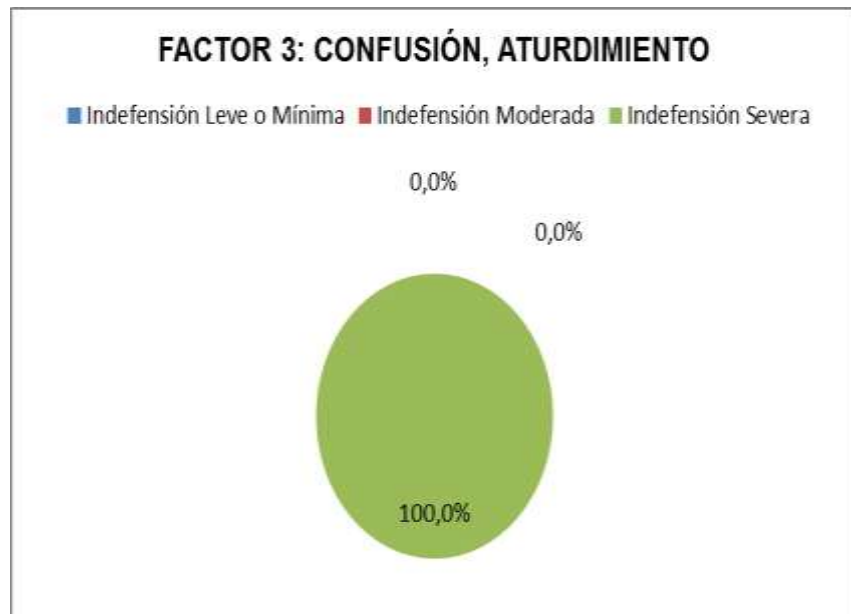
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 3 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

Factor 3	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Confusión, aturdimiento.	Leve o Mínima	0	0%
	Moderada	0	0%
	Severa	30	100%
	TOTAL:	30	100%

FUENTE: Escala de Indefensión Aprendida de las pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.
ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 6

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL FACTOR 3 DE LA ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Según los datos obtenidos encontramos que el 100% de la población investigada corresponde a pacientes que presentan características de Indefensión Severa.

TABLA N° 7

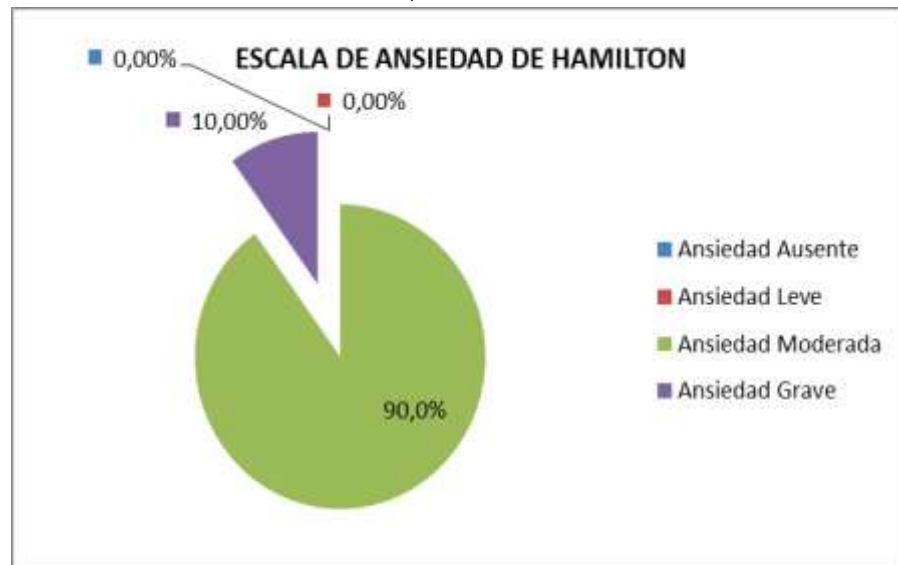
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	0	0%
Leve	0	0%
Moderada	27	90%
Grave	3	10%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: Escala de Ansiedad de Hamilton de las Pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.
ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 7

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 90% corresponde a pacientes que muestran síntomas de Ansiedad Moderada y el 10% corresponde a pacientes con síntomas de Ansiedad Grave.

TABLA N° 8

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

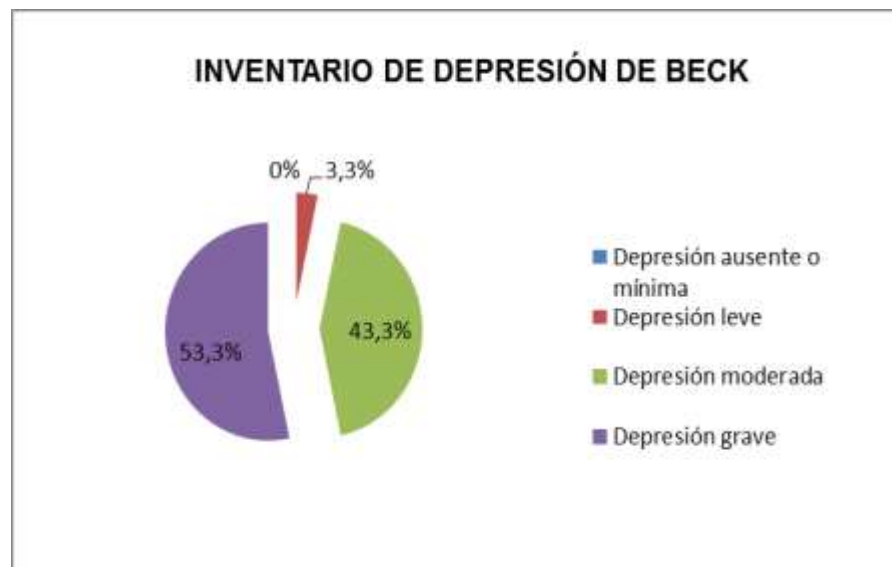
DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente o mínima	0	0%
Leve	1	3,3%
Moderada	13	43,3%
Grave	16	53,3%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: Inventario de Depresión de Beck de las Pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.

ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 8

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

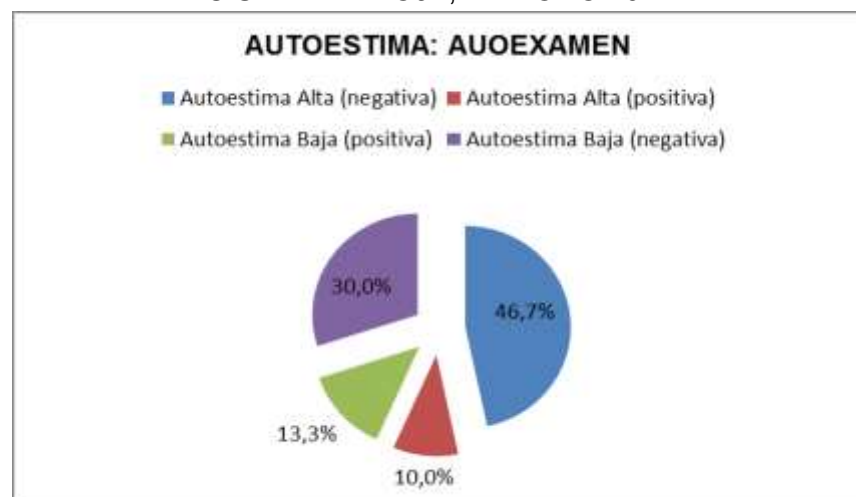
Del 100% de la población investigada el 53,3% corresponde a pacientes con síntomas de Depresión Grave, el 43,3% a pacientes con síntomas de Depresión Moderada y finalmente el 3,3% corresponden a pacientes con síntomas de Depresión Leve.

TABLA N° 9
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE TEST AUTOESTIMA -
AUTOEXAMEN, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE
PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alta (negativa)	14	46,7%
Alta (positiva)	3	10%
Baja (positiva)	4	13,3%
Baja (negativa)	9	30%
TOTAL:	30	100%

FUENTE: Test de Autoestima - Autoexamen de las pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual.
ELABORADO POR: Valeria Katherine Cabrera Jiménez

GRÁFICO N° 9
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE TEST AUTOESTIMA -
AUTOEXAMEN, EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE
PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2012



Análisis de resultado:

Del 100% de la población investigada el 46,7% corresponde a pacientes con características de Autoestima Alta (negativa), el 30% a pacientes con características de Autoestima Baja (negativa) y finalmente el 10% corresponde a pacientes con características de Autoestima Alta (positiva).

VII. DISCUSIÓN

El presente trabajo investigativo ayuda a conocer uno de los factores que inciden a 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, este factor es el Síndrome de Indefensión Aprendida que involucra deterioro en el funcionamiento del ser humano en los ámbitos individual y familiar.

Considerando la importancia de estos aspectos, la presente investigación determinó, que el Síndrome de Indefensión Aprendida, provoca un fuerte impacto psicológico e implica reacciones emocionales con niveles altos de ansiedad y depresión en las pacientes atendidas en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual

Entre los resultados más relevantes de este estudio podemos mencionar los siguientes: La población más afectada durante el periodo 2012 en el que se realizó la investigación corresponde al grupo de adultas jóvenes en edades de 21 a 30 años, de estado civil casadas, siendo el tipo de Violencia Física y Psicológica el de mayor incidencia.

A partir de los datos que se obtuvieron en la presente investigación sobre el Síndrome de Indefensión Aprendida y su relación con los Trastornos Ansiosos y Depresivos en pacientes víctimas de violencia intrafamiliar de la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja – Ecuador, periodo 2012, se determinó que el 98,9% de las mujeres víctimas de Violencia presenta Indefensión Aprendida con características de indefensión severa, en el cual se evidencia sintomatología como: dependencia víctima-victimario, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, fracaso, temor y pánico ante cualquier tipo de cambio o suceso, pérdida del control sobre su

vida y aislamiento; lo cual permitió establecer relación con los Trastornos Ansiosos y Depresivos, debido a la similitud de la sintomatología de estos cuadros clínicos. Al contrastarlo con un estudio similar realizado en España en el año 2006, se evidencia la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en un 46% en las mujeres víctimas de violencia (porcentaje similar existente en víctimas de agresiones sexuales); así mismo en aquel país las víctimas estudiadas estaban afectadas por síntomas de ansiedad y depresión, lo que lleva a describir un perfil psicopatológico de tipo ansioso-depresivo caracterizado por la desesperanza aprendida, el abandono y el aislamiento social, que redundan en una profunda inadaptación a la vida diaria y a una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano”; lo que conduce a ultimar que en los dos estudios realizados, el Síndrome de Indefensión Aprendida es muy frecuente en las mujeres violentadas y además presentan cuadros clínicos compatibles con los Trastornos de Ansiedad y Depresión .

La investigación anterior es una vía de respaldo ante los resultados obtenidos en el presente estudio, por lo que se pudo demostrar la relación entre el Síndrome de Indefensión Aprendida y los Trastornos Ansiosos y Depresivos de las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar, donde existe una gran demanda de atención psicológica, donde el profesional de la Psicología Clínica encuentra amplias posibilidades de servicio. Además es importante recalcar que la presente investigación se constituye en el primer estudio a nivel local y nacional sobre esta problemática, convirtiéndose en un trabajo innovador con interesantes resultados.

VIII. CONCLUSIONES

Del estudio, 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 se concluye que:

- El síndrome de indefensión aprendida es muy frecuente en las mujeres violentadas, en el cual se evidencia sintomatología como: dependencia víctima-victimario, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, fracaso, temor y pánico ante cualquier tipo de cambio o suceso, pérdida del control sobre su vida y aislamiento; lo cual permitió establecer relación con los Trastornos Ansiosos y Depresivos, debido a la similitud de la sintomatología de estos cuadros clínicos.
- De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Indefensión Aprendida, se puede confirmar que en los tres factores (Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas, Percepción de control y calidad de vida, y confusión - aturdimiento), la población en estudio presenta características de Indefensión Severa en un 98,9%.
- Mediante los resultados obtenidos al ser aplicada la Escala de Hamilton para la Ansiedad que determina su nivel, se demuestra un mayor porcentaje de pacientes que presentan Ansiedad Moderada en un 90%.
- Según los resultados que se pudieron obtener luego de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck para medir la intensidad de la

misma, se confirma que el Diagnóstico que resalta en las pacientes es el de Depresión Grave en un 53,3%.

- Se evidencio además que un número considerable de pacientes presentan Autoestima Alta (negativa) en un 46,7%, según los resultados obtenidos al ser aplicado el test Autoestima: Autoexamen.
- Por lo expuesto anteriormente se diseñó un Plan de Intervención Psicológica encaminado a la intervención individual, familiar y grupal, pretendiendo dar a la paciente y a su familia las herramientas necesarias para reconocerse, aceptarse, valorarse y enfrentarse a situaciones de su cotidianidad con nuevas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

IX. RECOMENDACIONES

- Aplicar la propuesta de intervención psicoterapéutica en las pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual, a fin de brindar un tratamiento integral y lograr un bienestar biopsicosocial.
- Implementación del Equipo de trabajo en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, con la inclusión de personal de la Salud Mental (Psicólogo Clínico), a fin de realizar actividades (talleres de prevención) de ayuda personal, comunitaria y socio-cultural para el desarrollo integral de la familia y la comunidad en general, específicamente a niños y jóvenes quienes son los forjadores del futuro.
- Incrementar un grupo de autoayuda en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, de manera que se pueda fomentar la intervención psicoterapéutica grupal a través de la relación entre diferentes mujeres maltratadas que han atravesado una situación similar, lo que reduce su ansiedad, facilita la comprensión del suceso traumático padecido y de las secuelas derivadas de él.
- Lograr un compromiso político y comunitario con instituciones de Ministerio de Salud Pública a fin de promover programas de prevención, promoción e intervención y lucha contra la Violencia de Género e Intrafamiliar, para modificar y reducir el impacto psicológico que esta genera.

X. PLAN DE INTERVENCIÓN

El presente Planificación Psicoterapéutica se basa en un enfoque Cognitivo Conductual el cual centra su tratamiento en las creencias irracionales y conductas desadaptativas (emociones, sensaciones físicas) de las personas que presentan el Síndrome de Indefensión Aprendida y Trastornos de Ansiedad y Depresión³³.

Por lo cual es necesario la formulación de objetivos psicoterapéuticos, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención psicoterapéutica.

OBJETIVOS:

- Alivio sintomático de los estados de Ansiedad y Depresión.
- Elevar la autoestima.
- Sustituir pensamientos y conductas disfuncionales por otras más adaptativas que ayuden a disminuir los estados de Ansiedad y Depresión en los que se encuentra la paciente.
- Recuperar su confianza en sus percepciones y juicio.
- Aumentar las habilidades específicas de afrontamiento.
- Resignificar la identidad de género.
- Desarrollar Habilidades Sociales y entrenamiento en resolución de problemas.
- Elevar sus recursos psicológicos para mejorar su autocuidado y llevar a término satisfactorio su calidad de vida.

³³ Quinto E. "EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL MANUAL DE PSICOTERAPIA". República Dominicana. Editorial búho. Primera edición julio 2008.

FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICO

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

1. Encuadre
2. Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento

FASE 1: ENCUADRE

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

En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se

habla sobre los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

FASE 2: DIAGNÓSTICO

A través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto, su modo de vida y luego de la aplicación de reactivos, de la observación e historia clínica nos encaminamos a dar un diagnóstico. De esta manera se puede planificar un proceso terapéutico de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas.

La intervención, generalmente consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas; y posteriormente se van disminuyendo hasta comprender un plazo de 10 a 15 semanas con una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, se realizara 4 o 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas.

En cada una de las sesiones los pacientes deberán realizar tareas, con la finalidad de ir evaluando sus cogniciones. Posteriormente antes de iniciar la próxima sesión se evaluarán las tareas con la finalidad de que el paciente se dé cuenta de sus pensamientos erróneos y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

FASE 4: INTERVENCIÓN

Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones se pretende la ejecución del presente Plan de Intervención Psicológico propuesto, dado que es necesario que las pacientes víctimas de Violencia Intrafamiliar reciban un Tratamiento Psicológico oportuno que atienda a sus necesidades, disminuya los síntomas de la Indefensión Aprendida, Ansiedad y Depresión a fin de mejorar su calidad de vida en general.

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

SESIÓN N° 1

- **TEMA:** Relación Terapéutica.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Restablecer la relación terapéutica a fin de reafirmar la relación terapeuta-paciente para el proceso de intervención psicoterapéutico.
 - ✓ Exponer la propuesta metodológica y pautas de funcionamiento psicoterapéutico.
 - ✓ Consentimiento informado.
- **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.
 - ✓ Fijar límites.
 - ✓ Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
 - ✓ Establecimiento de acuerdos compromisos y normas.

- ✓ Realizar un plan semanal de actividades con la finalidad de que la paciente administre y controle el tiempo en el ámbito diario. Es necesario que lo realice a lo largo de todo el tratamiento en el cual puede anotar adicionalmente sus pensamientos y conductas irracionales a fin de tratarlos a lo largo del proceso.

- **MATERIAL UTILIZADO EN LA SESIÓN:**

EL CONTRATO PERSONAL

CONTRATO PERSONAL

Yo, _____hago este siguiente contrato conmigo misma:

Objetivo: Durante esta semana, haré la siguiente actividad agradable:
(Lista de Actividades agradables)

Recompensa:

1. Si cumplo con mi objetivo me premiare con (Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

- Firma: _____

- Fecha: _____

Fecha en que logre mi objetivo: _____

Fecha en que me di mi recompensa: _____

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nombre: _____

Fecha inicio de semana: _____

Fecha final de la semana: _____

HOR	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
A							

Es de vital importancia la participación de la paciente en cada una de las sesiones del Tratamiento Psicológico, deben expresar sus opiniones, participar activamente y buscar soluciones junto con la terapeuta.

SESIÓN N° 2

- **TEMA:** Descarga de afectos.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Estimular a la paciente a entrar en Catarsis con la finalidad de disminuir sintomatología ansioso-depresiva.
 - ✓ Realizar técnica de relajación profunda a fin de disminuir sintomatología.
- **TÉCNICA:** Método Catártico y Entrenamiento en Relajación.
- **DURACIÓN:** Se debe realizar las Técnicas de Relajación en 7 sesiones aproximadamente de 40 a 45 minutos cada una.
- **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).
 - ✓ Es por ello que se realiza técnica de relajación profunda a fin provocar alivio sintomático en la paciente.

SESIÓN N° 3

- **TEMA:** Psicoeducación.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Instaurar concienciación de la paciente sobre la necesidad del tratamiento.
 - ✓ Orientar a la paciente mediante el Ciclo de Violencia con respecto a lo que sucede de acuerdo a su caso.
 - ✓ Identificar cuáles son las actitudes sexistas, con la finalidad de diferenciarlas de las correctas.
 - ✓ Realizar técnica de relajación a fin de disminuir sintomatología.
- **TÉCNICA:** Terapia Explicativa - “Maltrato a la mujer: Ciclo de violencia, Actitudes machistas”.
- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

La Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

CICLO DE VIOLENCIA:



- ✓ ¿Qué es el machismo?
- ✓ Ejemplos de actitudes machistas: Limitar o estorbar el acceso de la mujer a la universidad, a la cultura o a los puestos de dirección; intentar que la mujer piense, vista o se comporte como el varón; considerar a la mujer como objeto sexual para uso y gusto del varón, etc. Estos comportamientos son injustos con la dignidad de la mujer y deben rechazarse

ACTITUDES CORRECTAS: Temas que se pueden abordar:

- ✓ Igualdad de derechos laborales y políticos.
- ✓ Igualdad de derechos para acceder a la cultura (escolarización, universidad, etc.).
- ✓ En el sexo: Igualdad de derechos a que su cuerpo sea respetado.
- ✓ En las relaciones hombre mujer: El amor mutuo debe ser exclusivo. El harén o los amantes rebajan la dignidad de la persona.
- ✓ En el deporte: Igualdad de derechos a la práctica deportiva. Etc.

Se realiza técnica de relajación para alivio sintomático.

TAREA PARA CASA: *La paciente luego del entrenamiento previo en la técnica de relajación deberá realizarla frente a cada situación que se le presente y que provoque sintomatología significativa.*

SESIÓN N° 4

- **TEMA:** Autoconocimiento Personal.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Fomentar su autoestima, de manera que pueda afrontar las repercusiones psicológicas y situacionales derivadas de la situación de maltrato, además mejorar el concepto que la mujer tiene de sí misma, educarla para que sea capaz de respetarse y para que consiga una mayor independencia personal.
 - ✓ Elaborar proyectos personales con la finalidad de fomentar la seguridad para el cumplimiento de metas planteadas y de esta manera mejorar su calidad de vida.
- **TÉCNICA:** Incorporación de Autoestima – Proyecto de superación personal.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 5 sesiones durante el tratamiento psicológico de 40 a 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Concepto de sí misma. ¿Quién Soy?
 - ✓ Listado de aspectos negativos de la mujer, según su marido o compañero.
 - ✓ Listado de acuerdos y desacuerdos con estas críticas
 - ✓ ¿Qué me gusta y que no me gusta de mí (Físico y Psicológico)?
 - ✓ ¿Lo que me cuesta aceptarme a mí mismo es?
 - ✓ ¿Si yo aceptara más las cosas que he hecho?
 - ✓ ¿Para qué estoy Aquí?
 - ✓ ¿Qué pasaría si otras personas vieran que me acepto más?

Luego se analizan las respuestas y se lo guía al paciente para lograr la incorporación de autoestima.

SESIÓN N° 5

- **TEMA:** Creencias Irracionales.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Con este procedimiento se identifican pensamientos no reales, se evalúan y se buscan alternativas de pensamiento más objetivo.
- **TÉCNICA:** Reestructuración Cognitiva de Pensamientos Automáticos.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 4 sesiones durante el tratamiento psicológico de 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ **Es importante identificar los pensamientos inadecuados.**
 - ✓ **Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:**
 - **Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad: (Siempre haciéndonos preguntas sobre el hecho en cuestión):**
 - ¿Tengo evidencias suficientes?
 - ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
 - ¿Me hace falta información?
 - ¿Me infravaloro?
 - ¿Mi interpretación es parcial?
 - ¿Exagero?
 - ¿Me responsabilizo en exceso?
 - **Analizar las consecuencias de pensar de esta manera:(Siempre haciéndonos preguntas sobre los propios pensamientos):**
 - ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?

- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?
- **Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto:(Siempre con preguntas):**
 - Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?
 - ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
 - ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
 - ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
 - ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

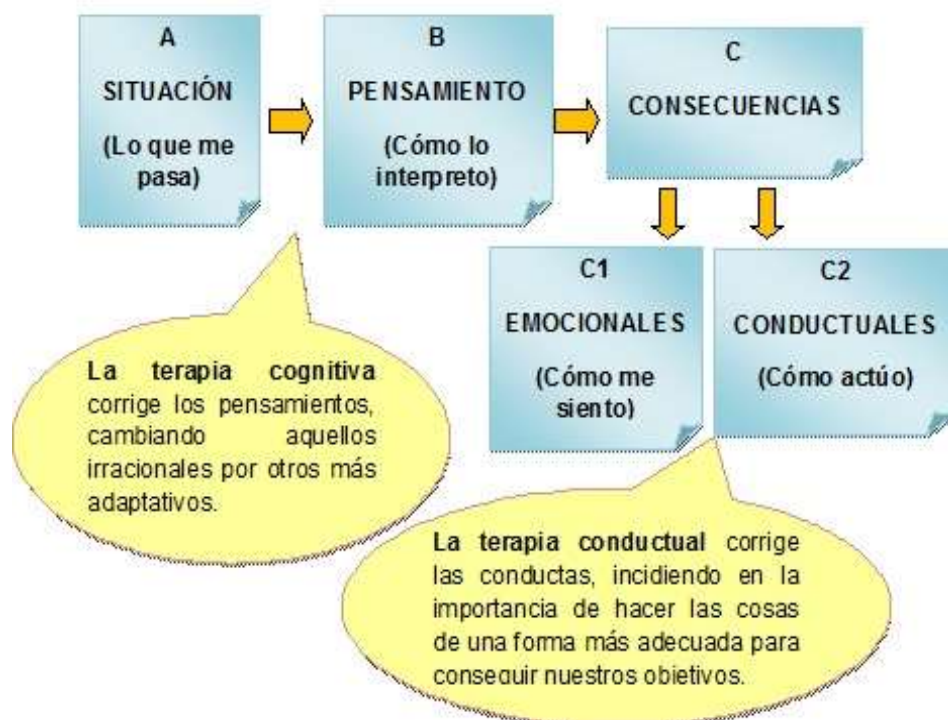
✓ **Búsqueda de pensamientos alternativos:**

- Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:
 - ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
 - ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
 - ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
 - ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
 - ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
 - ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
 - ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
 - ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
 - ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar? Etc.

El procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

- ✓ Identificación de los pensamientos inadecuados
- ✓ Evaluación y análisis de estos pensamientos
- ✓ Búsqueda de pensamientos alternativos

• **MATERIAL UTILIZADO EN ESTA SESIÓN:**



TAREA PARA CASA: Cada paciente deberá tratar de realizar esta actividad la mayor parte del tiempo frente a cada situación que se le presente, hasta adoptar cogniciones adecuadas.

SESIÓN N° 6

- **TEMA:** Entrenamiento Psicológico
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Interrumpir el auto diálogo interno negativo que está generando emociones desagradables.
- **TECNICA:** Detención del Pensamiento.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico en 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Identificar nuestro malestar: cuando noto emociones negativas las utilizo como señal de aviso de que estoy pensando en cosas negativas y pensamientos autodestructivos.
 - ✓ Me doy cuenta de los pensamientos o secuencias de pensamientos que estoy teniendo. Verbalizarlos en voz alta tal y como los estamos produciendo: “no puedo entender por qué me ha hecho esto” “ahora se reirán de mí”.
 - ✓ Seleccionar el estímulo de corte. Un estímulo intenso que se pueda usar producir a voluntad y que sea capaz de atraer inmediatamente la atención: un ruido fuerte como una palmada, las palabras ¡Basta! ¡Stop!, colocar una goma en la muñeca y tirar de ella.
 - ✓ Con los ojos cerrados generar la cadena de pensamientos expresándolos en voz alta. Un momento después se interrumpe con el estímulo que hayamos elegido. Si es suficientemente intenso se interrumpirá la cadena de pensamientos.
 - ✓ Cambio de actividad: busco una ocupación que requiera mi atención, por ejemplo generar recuerdos agradables. Basta con 30-40 segundos para conseguir que el pensamiento anterior no vuelva. Este paso se debe repetir varias veces (8-10) hasta que resulte fácil

generar la cadena y cortarla.

- ✓ Ahora se genera sólo mentalmente (sin verbalizar en voz alta) la secuencia de pensamientos y se interrumpe con el estímulo de corte.
- ✓ Aplicación mental del estímulo de corte. Únicamente se visualizará el estímulo de corte para la parada de pensamientos. Inmediatamente después se centra la atención en otro tipo de actividad.

TAREA PARA CASA: *Una vez aprendida la técnica (se puede lograr en unos 30 minutos) la paciente debe practicar de forma sistemática durante, al menos, 15 días a fin de dominarla (5-10 aplicaciones diarias pueden ser suficientes).*

SESIÓN N° 7

- **TEMA:** Creencias Irracionales.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Elevar el nivel de tolerancia a la frustración.
- **TÉCNICA:** Regulación Emocional.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico en 45 minutos
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ La baja tolerancia a la frustración está relacionada con dos elementos:
 - 1) Una percepción equivocada y exagerada de la situación que estamos viviendo.
 - 2) La creencia de que es horrible vivir el malestar y no lo podemos ni queremos aguantar.
 - ✓ Buscar cuales son las ideas y creencias equivocadas pueden estar provocándote la baja tolerancia a la frustración.
 - ✓ Enfocarse en buscar una solución adecuada y no en el malestar que se siente.

No se trata de que el terapeuta saque por sí mismo al paciente de su crisis o que le solucione sus problemas.

TAREA PARA CASA: *La paciente deberá tratar de realizar esta actividad la mayor parte del tiempo frente a cada situación que se le presente, hasta adoptar un nivel adecuado ante las frustraciones.*

SESIÓN Nº 8

- **TEMA:** Comunicación Afectiva
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Promover la resiliencia para poder afrontar y resistir en las situaciones más adversas, e incluso, transformar las experiencias traumáticas en aprendizaje y crecimiento personal y así poder mantener una adecuada calidad de vida.
- **TÉCNICA:** Resiliencia
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico en 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

Se le pide al paciente seguir las siguientes instrucciones y ponerlas en práctica en la vida cotidiana.

Establezca relaciones: Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan. Asistir a organizaciones, ayudar a otros que le necesitan.

Evite ver las crisis como obstáculos insuperables: No se puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero si puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos.

Acepte que el cambio es parte de la vida: Es posible que como resultado de una situación adversa no le sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que si puede.

Muévase hacia sus metas: Desarrolle algunas metas realistas. Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño.

Lleve a cabo acciones decisivas: Es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.

Busque oportunidades para descubrirse a sí mismo: Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal.

Cultive una visión positiva de sí mismo: Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos.

Mantenga las cosas en perspectiva: Evite agrandar el evento fuera de su proporción.

Nunca pierda la esperanza: Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme.

Cuide de sí mismo: Preste atención a sus necesidades y deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente.

SESION N° 9

- **TEMA:** Estrategias para afrontar problemas.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Educar a la paciente a tener la capacidad de identificar los problemas que se le presentan de tal manera que pueda hacer frente a diversas situaciones y a su vez determinar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, para su estabilidad temporal y situacional.
- **TÉCNICA:** Afrontamiento de Problemas
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico de 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

Mediante 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento:

- ✓ **Afrontamiento cognitivo:** Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente.
- ✓ **Afrontamiento afectivo:** Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante.
- ✓ **Afrontamiento conductual:** Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores.

SESIÓN N° 10

- **TEMA:** Solución de Problemas.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Educar a la paciente a tener la capacidad de identificar y priorizar los problemas que se le presenten proporcionándole entrenamiento para una resolución adecuada.
- **TÉCNICA:** Resolución de problemas
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico de 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Se le da la instrucción a la paciente que organice las posibles soluciones al conflicto en un listado, para luego, a través de una selección con visión realista y centrada en metas concretas, escoger las más adecuadas a la situación de la paciente. Se trata de seleccionar estrategias de resolución de problemas y conflictos que pueda aplicar de manera general en su vida, de modo que, en caso de nuevos conflictos, estos se puedan resolver de manera apropiada.

SESIÓN Nº 11

- **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.

- ✓ Indicarle que técnicas se usó para su tratamiento.

- ✓ Se debe re aplicar los Test Psicológicos con los que se evaluó en un inicio.

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.

TERAPIA FAMILIAR

El apoyo familiar dentro de situaciones que los afectan es de vital importancia, debido que solo de esta manera se puede permanecer con la misma motivación, e interés para la resolución de la conflictividad en la que se encuentran.

OBJETIVOS:

- Romper el tabú y el secretismo sobre la violencia ejercida dentro de la familia a través de la definición de los comportamientos violentos y las repercusiones que estos producen.
- Permitir que la familia exprese sus emociones y sentimientos acerca de la problemática que los aqueja.
- Mejorar la comunicación ya que esta favorece la cohesión familiar y la buena relación entre los miembros, hace posible la ayuda mutua y permite ejercer de una manera más eficaz la acción educativa de los padres y a su vez fomenta un ambiente seguro y estructurado.
- Establecer normas (roles y funciones) para cada integrante de la familia.
- Lograr que los miembros de la familia superen las consecuencias de la Violencia Intrafamiliar de la que son víctimas mediante estrategias de autoprotección a través del desarrollo de planes de seguridad y el aprendizaje de estrategias de resolución de conflictos no violentas con la finalidad de fomentar un ambiente seguro y estructurado.

PROCESO DE INTERVENCION PSICOLOGICA

SESIÓN N° 1

- **TEMA:** Relación Psicoterapéutica.
- **TÉCNICA:** Establecer la relación terapéutica
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Establecer rapport para crear un ambiente de confianza.
 - ✓ Exponer la propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.
- **DURACIÓN:** 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Presentación del terapeuta (valiéndose de características que faciliten la aplicación de la terapia: *la aceptación, empatía y autenticidad*).
 - ✓ Incentivar a los participantes sobre la importancia de la intervención psicológica.
 - ✓ Fijar límites.
 - ✓ Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
 - ✓ Establecimiento de normas, acuerdos y compromisos.

Es importante la asistencia y participación del grupo familiar a cada una de las sesiones planteadas del Tratamiento Psicológico debido a que en conjunto se deberá buscar soluciones junto con la terapeuta.

PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

SESIÓN N° 2

- **TEMA:** Psicoeducación.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Averiguar qué entienden por maltrato.
 - ✓ Conocer la diferencia entre maltrato físico y psicológico.
 - ✓ Diferenciar los distintos tipos de maltrato.
 - ✓ Conocer su posición ante el maltrato.
- **TÉCNICA:** Terapia Explicativa: Malos tratos.
- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Dibujar en un papelón tantos círculos como personas sean y pedir a cada persona que diga un par de palabras relacionadas con el maltrato. Construir una frase con esas palabras que describa lo que es el maltrato.
 2. Definir cuáles son los componentes del maltrato (físico, psíquico). Debatir las siguientes preguntas:
 - ¿El acoso es un tipo de maltrato?
 - ¿Y los insultos?
 - ¿Qué tipos de insultos?
 3. Leer varias situaciones e identificar qué tipo de maltrato es (dar ejemplos).
 4. Diferenciar el maltrato físico del psicológico y debatir cuál es peor para ellos y ellas.
 5. Identificar a alguien con secuelas por haber sufrido maltrato psicológico.
 6. Debatir cómo podríamos ayudar a alguien que sufre malos tratos.

Información de la sesión: *MALOS TRATOS:*

- Violencia
- Violencia física
- Violencia psicológica
- Maltrato verbal
- Maltrato emocional
- Maltrato económico
- Maltrato emocional
- Acoso

SESIÓN N° 3

- **TEMA:** Creencias irracionales.
- **TÉCNICA:** Regulación Emocional.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Elevar el nivel de tolerancia a la frustración. Permitir que la familia exprese sus emociones y sentimientos acerca de la problemática que los aqueja.
- **DURACIÓN:** 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ La baja tolerancia a la frustración está relacionada con dos elementos:
 - 1) Una percepción equivocada y exagerada de la situación que estamos viviendo.
 - 2) La creencia de que es horrible vivir el malestar y no lo podemos ni queremos aguantar.
 - ✓ Buscar cuales son las ideas y creencias equivocadas pueden estar provocándote la baja tolerancia a la frustración.
 - ✓ Enfocarse en buscar una solución adecuada y no en el malestar que se siente.

TAREA PARA CASA: *La deberá tratar de realizar esta actividad la mayor parte del tiempo frente a cada situación que se le presente, hasta adoptar un nivel adecuado ante las frustraciones.*

SESIÓN N° 4

- **TEMA:** Habilidades Sociales.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Mejorar la comunicación ya está favorece y fortalece la unión familiar y la buena relación entre los miembros.
- **TÉCNICA:** Habilidades de la Comunicación.
- **DURACIÓN:** 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - Definir de manera clara el motivo de la conversación o preocupación.
 - Utilizar la primera persona para referirnos al problema, explicando cómo nos sentimos: “estoy muy preocupado por...”, “me siento triste por...”.
 - Animar a la otra persona a que de su punto de vista u opinión.
 - Expresar que prestamos atención: asistiendo con la cabeza, escuchando, mirando a la cara...
 - Resumir de vez en cuando el mensaje de la otra persona para indicar que le escuchamos y comprobar que lo hayamos entendido bien.
 - Realizar críticas constructivas; consiste en decirle a una persona las cosas que está haciendo bien en una situación concreta ofreciendo alternativas de cambio cuando no lo está haciendo correctamente.

SESIÓN N° 5

- **TEMA:** Armonía en el hogar.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Establecer normas (roles y funciones), con la finalidad de que exista armonía al momento de realizar actividades en beneficio del hogar.
- **TÉCNICA: Terapia Explicativa:** Como establecer Normas dentro del hogar.
- **DURACIÓN:** 45 a 60 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - ✓ Elaborar un listado de las normas que hay en casa y las obligaciones que cada integrante debe cumplir.
 - ✓ Explicar claramente el motivo por el que es importante que cada obligación se lleve a cabo correctamente.
 - ✓ Escucha las opiniones e intentar establecer un punto intermedio en las cosas en las que se puede ceder un poco y en las que se debe ser inflexible.
 - ✓ Cuando hayan terminado la lista de normas para cada uno (procurar que no sean más de diez), pasarlo a limpio y colgar las listas en un lugar visible, para que lea con frecuencia las obligaciones que sea han comprometido a cumplir.
 - ✓ Al final del listado, escribir qué castigo recibirán si no se cumple con lo acordado (por ejemplo: prohibido salir por las tardes, o llegar más temprano, etc.).
 - ✓ Es importante ser inflexible y no ceder ante “chantajes”. Si no cumple lo prometido, poner en práctica el castigo correspondiente, o el trabajo anterior no habrá servido de nada.
 - ✓ Procurar basarse en el respeto mutuo.

SESIÓN N° 6

- **TEMA:** Solución de Problemas.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Establecer estrategias de resolución de conflictos no violentas con la finalidad de fomentar un ambiente seguro y estructurado.
- **TÉCNICA:** Resolución de conflictos.
- **DURACIÓN:** 45 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

Fases de la solución de problemas:

- ✓ Definir el problema de una manera apropiada.
- ✓ Generar posibles alternativas de solución del problema. Puede hacerse una lista de las posibles alternativas apuntándolas en un papel. En esta etapa conviene no ser muy crítico y considerar todas las estrategias posibles que aparentemente puedan contribuir a resolver el problema.
- ✓ Descartar las alternativas inviables. En esta etapa hay que revisar de una en una las alternativas generadas en la etapa anterior, y desestimar las menos viables.
- ✓ Apreciar los pros y los contras de las alternativas viables. Seguramente, cada una de las alternativas seleccionadas tiene ventajas e inconvenientes; hay que descartar las que tienen más inconvenientes que beneficios (en cantidad o en importancia).
- ✓ Escoger una de las alternativas.
- ✓ Aplicar la alternativa elegida y evaluar los resultados obtenidos. Una vez aplicada la solución elegida, hay que valorar si ha servido para alcanzar los resultados que se esperaban. Si no ha sido así, se puede intentar con otra de las alternativas viables.

SESIÓN Nº 7

- **TEMA:** Valoración y refuerzo de los procesos adquiridos
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Conocer el progreso de la familia en conjunto 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.

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.

TERAPIA DE GRUPO

El tratamiento psicológico realizado en grupo tiene una serie de ventajas sobre la terapia individual. No es recomendable empezar el apoyo psicológico por este tipo de tratamiento y por tanto, esperamos a que se haya comenzado a recuperar de la sintomatología más grave y haya adquirido unas habilidades de comunicación y de relación interpersonal en la terapia individual, con la finalidad de afianzar estas habilidades adquiridas y fomentar realmente la autoayuda entre sus participantes.

OBJETIVOS:

- Fomentar la relación entre diferentes mujeres maltratadas que han atravesado una situación similar, lo que reduce su ansiedad, facilita la comprensión del suceso traumático padecido y de las secuelas derivadas de él.
- Incentivar a la desaparición del sentimiento de “soy la única” y de que nadie les puede comprender que se desarrolla en las mujeres maltratadas.
- Ayudar a que puedan observar como los sentimientos y las sensaciones que les ha generado la vivencia del maltrato son muy similares.
- Adquirir una mayor toma de conciencia de las situaciones que han vivido cada una de ellas y de las decisiones que han ido tomando al respecto.
- Lograr la motivación para el cambio a que ya no se sienten solas y se apoyan mutuamente; ayuda a la mutua comprensión entre todas ellas, que se refuercen las nuevas conductas realizadas y los cambios positivos que van consiguiendo, independientemente del apoyo de la psicóloga.

- Conseguir el aprendizaje y ensayo de habilidades sociales y de afrontamiento de situaciones concretas.

El Método de trabajo: En las sesiones grupales se afianzan las habilidades adquiridas durante el tratamiento individual, facilitan el aprendizaje de conductas y habilidades de tipo social y de nuevas formas de relacionarse con los demás. Los grupos deben ser reducidos, entre 6 y 8 personas, y lo más homogéneos posibles en función del delito, la edad y situaciones familiares. El número de sesiones es variado y la duración de cada una de ellas es de aproximadamente de una hora y treinta minutos.

Las sesiones grupales se inician una vez que hayan recibido buena parte del tratamiento individual, y están estructuradas de la siguiente manera:

PLAN DE INTERVENCIÓN GRUPAL

SESIÓN N° 1

- **TEMA:** Formación del Grupo de Trabajo.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Presentar el Proyecto y al equipo de trabajo.
 - ✓ Recoger propuestas de temas.
 - ✓ Crear un ambiente distendido y dinámico.
 - ✓ Fomentar el conocimiento mutuo y la participación.
- **TÉCNICA:** Encuadre de grupo.
- **DURACIÓN:** 2 horas.
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Presentación de los y las profesionales, de las personas asistentes al grupo y del Proyecto.
 2. Explicar en qué consistirán las sesiones:
 - Qué vamos a hacer.
 - Especificar el tiempo de duración.
 - Recoger propuestas y temas de interés.
 3. Realización de dinámicas de conocimiento.

Es importante la asistencia y participación del grupo a cada una de las sesiones planteadas del Tratamiento Psicológico debido a que en conjunto se deberá buscar soluciones junto con la terapeuta.

SESIÓN N° 2

- **TEMA:** Metodología de Grupo
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Consensuar normas entre todas las participantes.
 - ✓ Crear y propiciar un ambiente dinámico y distendido.
 - ✓ Mejorar la confianza, el conocimiento mutuo y la cohesión grupal.
- **TÉCNICA:** Formando al Grupo.
- **DURACIÓN:** 60 a 90 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

Materiales/Recursos: Pizarra, tizas o marcadores.

Programación:

1. Realizar una lluvia de ideas sobre las normas que podrían regir al grupo y elegir en consenso las más adecuadas.
2. Realizar dinámicas de conocimiento mutuo y distensión.

SESIÓN N° 3

- **TEMA:** Las Decisiones – Trabajo en equipo.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Conocer el proceso de toma de decisiones.
 - ✓ Analizar algunos de los factores que nos condicionan a la hora de tomar decisiones.
- **TÉCNICA:** Toma de Decisiones.
- **DURACIÓN:** 2 horas.
- **PROCEDIMIENTO:**

Programación:

1. Preguntar a los participantes qué pasos siguen para tomar una decisión.
2. Explicar el proceso de toma de decisiones.
3. Analizar algunos de los factores que nos condicionan a la hora de tomar decisiones.

A la hora de tomar decisiones dentro del tema a trabajar, nos vamos a referir a las decisiones más complicadas (mantener una relación, cambiar de trabajo, alejarme de determinadas personas que me perjudican, etc.).

Los dos momentos a la hora de tomar decisiones los dividimos en ANTES de decidir y DESPUÉS de haber decidido y que a continuación se desarrollan.

ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN

Debo hacerme estas dos preguntas y responderme honestamente:

- ✓ ¿Soy consciente de que tengo que tomar una decisión?
- ✓ ¿Tengo claro lo que quiero decidir y por qué?

Si parece que no tengo claro que debo tomar una decisión y por qué no lo tengo tan claro, puedo hacer lo siguiente:

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 ayudaran a aliviarnos 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:
 - ✓ Hacer pequeños ejercicios de visualización de la situación que deseo, viéndome cómo me encontraré y sentiré en la nueva situación después de cambiar.
 - ✓ Hacer un pequeño plan de trabajo de pequeños cambios que debo ir dando antes de tomar la gran decisión de cambiar, valorando los resultados y cómo me voy sintiendo.

DESPUÉS DE TOMAR LA DECISIÓN

- ✓ 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.

SESIÓN N° 4

- **TEMA:** Técnica de respiración.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Lograr que las pacientes practiquen los tipos de respiración con la finalidad de reducir las tensiones.
- **TÉCNICA:** Estrategia para el control de la Ansiedad (técnica de respiración).
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 7 sesiones durante el tratamiento psicológico de 60 a 90 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

A continuación se describe una de las técnicas que se puede realizar:

 - ✓ Inspire profundamente mientras cuenta mentalmente hasta 5, Mantenga la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 5, Suelte el aire mientras cuenta mentalmente hasta 10, se repite el proceso anterior.
 - ✓ De lo que se trata es 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 hace la respiración correctamente puede poner una mano en el pecho y otra en el abdomen. Se está haciendo correctamente la respiración cuando sólo se mueva la mano del abdomen al respirar (algunos le llaman también respiración abdominal).
 - ✓ Además se suman Técnica de Relajación Progresiva y con Visualización.

SESIÓN N° 5

- **TEMA:** Habilidades Sociales y Asertividad.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Hacer que las participantes del grupo paciente expresen sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.
- **TÉCNICA:** Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en esta temática en aproximadamente 3 sesiones durante el tratamiento psicológico en 2 horas.
- **PROCEDIMIENTO:** Poner en práctica con sus compañeras las siguientes indicaciones:
 - ✓ **Habilidades sociales básicas:** Mantener Contacto Ocular, Saludar / Despedirse, Escuchar, Formular una Pregunta, Responder a una Pregunta, Dar las Gracias, Pedir Permiso, Auto-presentarse, Presentar a otras Personas. Hacer un Elogio o Cumplido.
 - ✓ **Habilidades sociales intermedias:** Iniciar Conversaciones con Extraños, Mantener Conversaciones, Cerrar Conversaciones, Pedir Ayuda o Favores, Dar Instrucciones u Órdenes, Disculparse, Expresar los Sentimientos, Formular una Crítica, Formular o Responder Quejas, Responder a Bromas Pesadas.
 - ✓ **Habilidades sociales avanzadas:** Defenderse del Rumor o de Acusaciones Injustas, Empatizar , Ejercer Auto-Control, Proponer y Negociar Acuerdos, Conceder o Realizar Entrevistas, Mediar en Conflictos, Hablar en Público, Hablar

frente a Público Hostil, Dirigir o Liderar Grupos, Dirigir o Liderar Grupos Hostiles.

- ✓ Identificar en qué situaciones presenta inseguridad.
- ✓ Expresión de sentimientos
- ✓ Decir "no"
- ✓ Expresar y recibir críticas
- ✓ Pedir cambios de conductas

SESIÓN N° 6

- **TEMA:** Educación en Valores.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Valorar qué es lo que les interesa en la vida.
 - ✓ Analizar qué necesitan para vivir.
 - ✓ Descubrir cómo pueden sentirse felices y autorrealizarse como personas.
- **TÉCNICA:** es importante utilizar las diferentes técnicas para tener eficacia en la temática planteada.
 - Motivación (Auto superación)
 - Distribución del tiempo.
 - Visión del Mundo
 - Análisis Personal
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en temáticas relacionadas en aproximadamente 5 sesiones durante el tratamiento psicológico se 60 a 90 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

A continuación se describe una de las técnicas que se puede realizar:

Materiales/Recursos: Cartulina y marcadores para cada participante.

Programación:

Escribir en diez minutos una lista con las cosas, personas, cualidades, etc. que crean necesarias para tener una vida feliz, Dibujar en una cartulina la cara de una pirámide, colocar desde la base las cosas más importantes, Cada participante debe explicar su pirámide.

Puesta en común: - ¿En mi pirámide he olvidado cosas importantes? - ¿Estoy seguro/a de que en mi vida quedan satisfechas las necesidades y afirmados los valores que he dibujado en mi pirámide? - ¿Quién asegura que yo pueda satisfacer mis exigencias más importantes? ¿Dependen de otras personas? - Actualmente, ¿qué valor y qué necesidad está más en el centro de mi atención?, Dibujar una pirámide común.

SESIÓN N° 7

- **TEMA:** Autoconocimiento personal.
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Fomentar su autoestima, de manera que pueda afrontar las repercusiones psicológicas y situacionales derivadas de la situación de maltrato, además mejorar el concepto que la mujer tiene de sí misma, educarla para que sea capaz de respetarse y para que consiga una mayor independencia personal.
- **TÉCNICA:** es importante utilizar las diferentes técnicas para tener eficacia en la temática planteada.
 - Incorporación de Autoestima
 - **Autoestima:** El Orgullo de ser Mujer.
 - **Autoestima:** Nuestros Deberes.
 - **Autoestima:** La Culpabilidad.
 - **Autoestima:** El Equilibrio Emocional.
 - **Autoestima:** Autocrítica.
- **DURACIÓN:** Se deberá trabajar en temáticas relacionadas en aproximadamente 6 sesiones durante el tratamiento psicológico de 60 a 90 minutos.
- **PROCEDIMIENTO:**

A continuación se describe una de las técnicas que se puede realizar:

 - ✓ Concepto de sí misma. ¿Quién Soy?
 - ✓ Listado de aspectos negativos de la mujer, según su marido o compañero.
 - ✓ Listado de acuerdos y desacuerdos con estas críticas
 - ✓ ¿Qué me gusta y que no me gusta de mí (Físico y Psicológico)?
 - ✓ ¿Lo que me cuesta aceptarme a mí mismo es?

- ✓ ¿Si yo aceptara más las cosas que he hecho?
- ✓ ¿Para qué estoy Aquí?
- ✓ ¿Qué pasaría si otras personas vieran que me acepto más?

Luego se analizan las respuestas y se lo guía al grupo para lograr la incorporación de autoestima obteniendo respuestas en común.

SESIÓN N° 8

- **TEMA:** Comunicación Afectiva.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Descubrir si condiciona mi presente mi historia pasada.
 - ✓ Saber cómo se pueden cerrar heridas del pasado que condicionan mi presente.
- **TÉCNICA: Resiliencia:** ¿Condiciona mi vida pasada, mi vida presente y futura?
- **DURACIÓN:** 60 a 90 minutos aproximadamente.
- **PROCEDIMIENTO:**

Materiales/Recursos: Fotocopias.

Programación:

1. Introducir el tema: Descubrir que todos/as tenemos alguna historia personal con aspectos positivos y negativos, que existen vivencias, experiencias, etc. que han marcado nuestra vida y condicionan el presente y el futuro.
 - ✓ El siguiente paso consiste en preguntarnos *cómo podemos descubrir si condiciona mi presente mi historia pasada.*
 - ✓ Cuando justifico que no puedo hacer, sentir, cambiar, etc. porque mi pasado me condiciona; o cuando las experiencias negativas del pasado permanecen en mi cabeza y me siguen doliendo.
2. Averiguar entre todas las participantes cómo podemos cerrar heridas del pasado que condicionan el presente.

Información: *¿Condiciona mi vida pasada mi vida presente y futura?*

Introducción:

- ✓ Todos y todas tenemos una historia personal con cosas positivas y negativas.
- ✓ Existen vivencias, experiencias, etc. que han marcado nuestra vida y condicionan el presente y el futuro.

¿Cómo descubrir si condiciona mi presente, mi historia pasada?

- ✓ Cuando justifico que no puedo hacer, sentir, cambiar, etc. porque mi pasado me condiciona.
- ✓ Cuando experiencias negativas del pasado permanecen en mi cabeza actualmente y me siguen doliendo.

¿Cómo puedo cerrar heridas del pasado que condicionan mi presente?

- ✓ Perdonarme a mí mismo/a por haber podido desprenderme de mis heridas pasadas.
- ✓ Perdonar a quien/es me hicieron daño (realmente, es decir hablando con ellos y ellas, o simbólicamente, en el caso de que no sea posible o ya no vivan).
- ✓ Analizarme para descubrir a qué temo enfrentarme (miedo a decidir, miedo a hacer algo,
- ✓ etc.) y que justifico con mi pasado.

Reconocer que también han pasado cosas negativas en el pasado que no han influido en mi vida presente y por qué.

SESIÓN N° 9

- **TEMA:** Relaciones Familiares.
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Analizar qué lugar ocupa cada miembro de nuestra familia.
 - ✓ Analizar qué elementos son importantes para que funcione bien la familia.
 - ✓ Descubrir la importancia de la comunicación.
- **TÉCNICA:** Reestructuración Familiar.
- **DURACIÓN:** 60 a 90 minutos aproximadamente.
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Pedir a las participantes que comparen a los miembros de su familia con las personas que intervienen en un partido de fútbol y que expliquen qué posición ocuparían cada uno/a de ellos/as y por qué.
 2. Buscar entre todas los elementos importantes para que funcione bien la familia y analizarlos.
 3. Debatir en el grupo la importancia de la comunicación en la familia.

SESIÓN N° 10

- **TEMA:** Valoración y refuerzo de los procesos adquiridos
- **OBJETIVO:**
 - ✓ Aspirar que cada mujer maltratada haga su propio balance de los logros conseguidos y se insiste en las estrategias para afrontar los problemas futuros.
- **TÉCNICA:** Reevaluación.
- **DURACIÓN:** 2horas.
- **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.

El seguimiento se realiza una vez finalizado el tratamiento individual y el grupal y se extiende a lo largo de un año.

Durante el seguimiento 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: la 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.

FASE 5: SEGUIMIENTO

Una vez terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contactos esporádicos del terapeuta con el paciente durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención clínica ha finalizado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos planeados. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

XI. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Arnau RC, Meagher MW, Norris MP y Bramson R. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN .Health Psychology. 2001.
- Balarezo Ch. Lucio, Mancheno D. Silvia. GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. Primera Edición, 2003. Ecuador.
- Cevallos Eva, Velástegui Janett y cols: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL POR CICLOS DE VIDA. Primera edición, Ecuador 2009.
- Hamilton, M. LA VALORACIÓN DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD POR SU CLASIFICACIÓN. Brit j med psychol. 2000.
- López J. V y Valdéz M. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Editorial Masson Primera Edición. Barcelona 2005.
- Quinto E. “EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL MANUAL DE PSICOTERAPIA”. República Dominicana. Editorial búho. Primera edición julio 2008.
- Ruiz Consue y Blanco Prieto Pilar. (2005). LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. España: Edición Díaz de Santos.

PÁGINAS DE INTERNET:

- Arias María Paz. Laboratorios Esteve (2011). TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS CONSECUTIVO AL MALTRATO. Disponible en:
http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=224030&accion=acc_listar
- Callejas Pérez Jhon, González Arenas Eduardo y cols. LA VIOLENCIA. Colombia 2011. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>
- Cirilo Toro Vargas. AUTOESTIMA: AUTOEXÁMEN. Puerto Rico 2003. Disponible en: http://pirata_2.tripod.com/autoestima.htm
- Díaz Aguado M^a José, Martínez Rosario, Martín Gema y cols. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN DESDE LA ADOLESCENCIA, INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA FAMILIA. Primera edición 2004. © Instituto de la Juventud. Madrid, España. Disponible en:
http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2011): Disponible en:
http://www.ecuadorvolunteer.org/es/informacion_ecuador/estadisticas.html
- Krug Etienne G, Dahlberg Linda L, y cols. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. Washington, E.U.A 2003. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf

- Núñez Mirta Susana. EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA O DESESPERANZA INDUCIDA. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponible en: http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSION_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm
- Valencia Carla. (2011). BAJA AUTOESTIMA – MANIFESTACIONES. Disponible en: <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-motivacion-personal/a-como-es-autoestima-baja.html>
- Paloma Gascón. DEPRESIÓN EN LAS MUJERES MALTRATADAS. España, 2003. Disponible en: <http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>
- Real Academia Española 2011. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Machismo>
- Silvia Congost. MANUAL DE DEPENDENCIA EMOCIONAL AFECTIVA. Disponible en: <http://www.soyborderline.com/files/Manual%20de%20Dependencia%20Emocional.pdf>
- Zea Morales William. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PERFIL VICTIMA Y AGRESOR. Ecuador, 2010. Disponible en: <http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html>

XII. ANEXOS

ANEXO N° 1: PROYECTO DE TESIS

TEMA:

“EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON
LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES
VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL
ISIDRO AYORA, PERIODO 2012”.

PROBLEMÁTICA

La violencia es un problema que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Está considerada como una de las principales causas de muerte en edades de 15 a 29 años en la región de las Américas. En el mundo, cada año mueren cinco millones de personas por esta causa, cuarenta millones de niñas y de niños sufren maltrato y alrededor del 30 al 50 por ciento de las mujeres en Latinoamérica, viven alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar³⁴.

Según las evaluaciones más conservadoras sobre los tipos de violencia que sufren las mujeres en Ecuador, describe que un 70% de ellas la padecen. Las tasas más altas de violencia física y sexual se encuentran en la zona urbana y en la Amazonía. Como dato de referencia tenemos que en el 2004, el 10% de las mujeres una vez casadas o unidas han vivido violencia intrafamiliar física durante los últimos doce meses, un 4% de ellas ha sido víctima de violencia sexual y un 41% han sido víctimas de violencia verbal o psicológica³⁵.

El Estado ecuatoriano ha realizado importantes avances en este tema, como parte de su rol de garante de los derechos de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, principales víctimas de la violencia basada en género (VBG). Varios cuerpos legales nacionales y múltiples acuerdos internacionales ratificados en el país dan cuenta del compromiso estatal con la erradicación de este problema. El Ministerio de Salud Pública también ha hecho suya esta causa, al reconocer la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública y al elaborar en 1998, las normas y procedimientos de atención de salud sexual y reproductiva, que contemplan un capítulo dirigido a la detección y manejo de la violencia o maltrato, con un enfoque social, integral e interdisciplinario, complementado con el sistema de registros desarrollado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio

³⁴ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.

³⁵ http://www.ecuadorvolunteer.org/es/informacion_ecuador/estadisticas.html

de Salud Pública, que ha permitido hacer visible en gran medida una buena parte de la magnitud del problema.³⁶

“Los resultados obtenidos, luego de realizar una encuesta a 800 hombres de 15 a 70 años, muestran que el 85.4% afirma haber usado violencia física contra su pareja; el 57.2%, violencia sexual; y, el 98.2%, asegura haber insultado, humillado o amenazado por lo menos una vez a la esposa o novia. Cinco mil ochocientos sesenta casos de violencia en 2008, se denunciaron en la Comisaría de la Mujer y la Familia de Loja, lo que correspondería a un promedio de 500 denuncias mensuales, aproximadamente”³⁷.

Uno de los factores más relevantes que inciden en que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o que incluso regrese con él tras haber logrado romper la relación, es el Síndrome Indefensión Aprendida que se define como una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la víctima permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

Así mismo las mujeres maltratadas experimentan repercusiones negativas en su Estado Emocional debido a la violencia. Existe deterioro de su autoestima, muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, además el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio.

³⁶ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.

³⁷ http://www.cronica.com.ec/index.php?view=article&id=4418%3Aen-2008-5860-casos-de-violencia-familiar-en-loja&option=com_content

Ante lo mencionado anteriormente y tomando en cuenta la necesidad de brindar apoyo a mujeres que hoy en día son víctimas de cualquier tipo de violencia y con la finalidad de mejorar su salud mental, planteo el problema de la siguiente manera:

¿Cómo se relaciona el Síndrome de Indefensión Aprendida con los Trastornos Ansiosos y Depresivos en las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar del Hospital Provincial General Isidro Ayora?

JUSTIFICACIÓN

Como Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, viendo la necesidad de la erradicación de la violencia en todas sus manifestaciones a las que se exponen las mujeres en nuestra sociedad, planteo el siguiente proyecto investigativo, diseñado para determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida y los Trastornos Ansiosos y Depresivos, circunstancias por las que es necesario formar un Plan estratégico de Intervención Psicológica que ayude a mantener el equilibrio y bienestar psicológico de las mujeres que son víctimas de algún tipo de violencia.

Actualmente en nuestra sociedad la Violencia Intrafamiliar (física, psicológica y sexual) y de Género, tienen importantes repercusiones en la Salud física y psicológica de las mujeres que la padecen; tal es el caso de la Salud Mental, esta se ve gravemente afectada, debido a que existe un deterioro en el Estado Emocional trayendo consigo baja autoestima, además problemas que van desde ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, de alimentación, sueño, disfunciones sexuales, abuso de sustancias (alcohol y drogas), además el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Uno de los factores que inciden en que se presenten estas afectaciones, es el Síndrome de Indefensión Aprendida que es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso y que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre el Síndrome de Indefensión Aprendida con los Trastornos Ansiosos y Depresivos en las Mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Objetivos Específicos:

- Determinar la existencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres Violentadas, mediante la aplicación de la Escala de Indefensión Aprendida (E.I.A).
- Identificar la presencia de Trastornos Ansiosos y Depresivos. mediante el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), Autoestima: autoexamen y Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Raing Scale, HARS),
- Elaborar un Plan Psicológico en la perspectiva de prevenir la presencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en las Mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I VIOLENCIA

1.1. Definición:

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA

1.2.1. Violencia de género:

1.2.2. Femicidio

1.2.3. Violencia intrafamiliar

1.2.3.1. Formas de violencia intrafamiliar

1.2.3.1.1. Violencia física

1.2.3.1.2. Violencia psicológica

1.2.3.1.3. Violencia Sexual

1.2.4. Acoso Sexual

1.2.5. Violencia patrimonial o económica

1.3. PERFIL DE LA VICTIMA Y EL AGRESOR

1.3.1. Características de una mujer víctima de violencia intrafamiliar

1.3.2. Tipología y perfil del agresor

1.4. MACHISMO

1.5. COMO SE PRODUCE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

1.5.1. Tácticas y efectos de la Violencia contra las Mujeres:

1.6. LA DEPENDENCIA EMOCIONAL AFECTIVA

1.6.1. Síntomas de la Dependencia

1.7. Causas de la Violencia

1.8. Consecuencias Psicológicas de la Violencia

1.8.1. Deterioro de Autoestima

1.8.2. Depresión

1.8.3. Ansiedad

1.8.4. Trastorno de Estrés Postraumático

1.8.5. Abuso de Alcohol y Drogas

1.8.6. Suicidio

CAPÍTULO II

SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA

2.1. Definición:

2.2. El perfil de quien cree:

2.2.1. Indefensión aprendida

2.2.2. Pérdida del control

2.2.3. Baja respuesta conductual

2.2.4. 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.

2.3. Orígenes de Síndrome de Indefensión Aprendida

2.4. Fases del Síndrome de Indefensión Adquirida

CAPÍTULO III

TRASTORNOS ANSIOSOS

ANSIEDAD

3.1 DEFINICIÓN

3.2 ANSIEDAD SANA Y ANSIEDAD PATOLÓGICA

3.3 PRESENTACIÓN CLÍNICA

3.4 CLASIFICACIÓN Y CUADROS CLÍNICOS

3.4.1 Crisis de Angustia (panic attack)

3.4.2 Agorafobia

3.4.3 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

3.4.4 Fobia Específica (antes fobia simple)

3.4.5 Fobia Social (trastorno de ansiedad social)

3.4.6 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

3.4.7 Trastorno por Estrés Postraumático

3.4.8 Trastorno por Estrés Agudo

3.4.9 Trastorno de Ansiedad Generalizada

3.4.10 Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica

3.4.11 Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias

3.4.12 Trastorno de Ansiedad no Especificado

3.5 TRATAMIENTO

3.5.1 Tratamientos Farmacológicos

3.5.2 Psicoterapia

CAPÍTULO IV TRASORNOS DEPRESIVOS DEPRESIÓN

4.1 DEFINICIÓN

4.2 PRESENTACIÓN CLÍNICA

4.3 CLASIFICACIÓN Y CUADROS CLÍNICOS

4.3.1. Episodio depresivo mayor

4.3.2. Trastorno Depresivo Mayor

4.3.2.1. Especificaciones:

4.3.3. Trastorno Distímico

4.3.4. Trastorno Depresivo no Especificado

4.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

4.5 TERAPIA DE GRUPO PARA MUJERES MALTRATADAS

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

VIOLENCIA

1.1. Definición:

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que esta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia. La Organización Mundial de la Salud la define como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, 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.

Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo. Numerosas formas de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, por ejemplo, pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte.

Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial. Por lo tanto, definir los resultados atendiendo en forma exclusiva a la lesión o la muerte limita la comprensión del efecto global de la violencia en las personas, las comunidades y la sociedad en general³⁸.

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA

1.2.1. Violencia de género: En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer”. En su

³⁸ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf

artículo No. 1 la define como “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 producen en la vida pública como en la vida privada”.

La Declaración reconoce que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.

1.2.2. Femicidio: Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

1.2.3. Violencia intrafamiliar: La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia define: Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

1.2.3.1. Formas de violencia intrafamiliar

1.2.3.1.1 Violencia física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.

1.2.3.1.2. Violencia psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo

miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

1.2.3.1.3. Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

1.2.4. Acoso Sexual: El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será castigado como autor de acoso sexual con pena de prisión de seis meses a dos años.

1.2.5. Violencia patrimonial o económica: Constituye una forma más de violencia Psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente, Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero³⁹.

1.3.PERFIL DE LA VICTIMA Y EL AGRESOR

1.3.1. Características de una mujer víctima de violencia intrafamiliar

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

³⁹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.

- 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 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.

1.3.2. Tipología y perfil del agresor

- Deseo de dominar.
- Dependencia de su pareja.
- Rigidez de pensamiento.
- No expresa sus emociones adecuadamente
- Baja autoestima.
- Bajo control de impulsos.
- Aislamiento social.
- Adherencia a los estereotipos masculinos.
- Muy agradable ante los demás, esto hace que se dude de la víctima.
- Muy ajustado a los roles tradicionales, no le gusta el cambio, mas bien le teme.
- Niega y minimiza la violencia.
- Prioriza sus propias sensaciones o necesidades.
- Tiene dificultades para resolver conflictos.
- Conductas disociadas en el mundo público y privado
- Siempre busca la culpa en la otra persona, busca explicaciones a su conducta como motivada por la provocación, especialmente de su compañera o cónyuge.
- Utiliza la agresividad para conseguir sus logros.

- Desautoriza a su pareja ante los/as hijos/a.⁴⁰

1.4. MACHISMO

Expresión derivada de la palabra "*macho*", se define en el DRAE como la "actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres".

El machismo engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y promover el mantenimiento de conductas percibidas tradicionalmente como heterosexualmente masculinas y, también, discriminatorias contra las mujeres. Algunos críticos consideran también machismo la discriminación contra otros grupos sociales percibidos como más débiles, como en el caso de hombres cuyo comportamiento, por ejemplo por tener una preferencia homosexual, no es "masculino" a los ojos de la persona machista. En todos los casos, la conducta preponderantemente masculina es la dominante⁴¹.

1.5. COMO SE PRODUCE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

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

La violencia puede iniciarse, por tanto, en el noviazgo y aumentar con la convivencia o después del matrimonio. El *hombre* que ha asumido los valores y la masculinidad tradicional siente que tiene *derecho* a ser cuidado y atendido, a ser complacido, a que la mujer esté a su disposición. La *mujer* siente que es su *deber*, su obligación, cuidarle, atenderle, estar disponible para él. Incluso al principio lo hace por su propio gusto, refuerza su autoestima y su autovaloración al sentir que está cumpliendo con ideal de mujer que ha interiorizado como valioso. Pero a medida que la relación avanza, un hombre violento aumenta su control y utiliza, si hace falta, la violencia para conseguir más de ella. Quiere la total sumisión.

⁴⁰ <http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html>

⁴¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Machismo>

1.5.1. Tácticas y efectos de la Violencia contra las Mujeres:

TÁCTICAS	EFFECTOS
Golpes, amenazas	Miedo, terror, sumisión
Gritos, romper cosas	Intimidación
Desvalorización personal	Baja autoestima, inseguridad
Desvalorización familia y amistades	Aislamiento
Demandas triviales	Polarización de la atención
Pequeñas concesiones	Dependencia emocional
Hacerse la víctima, culpar a la mujer	Impedir que haga algo para cambiar ⁴²

1.6. LA DEPENDENCIA EMOCIONAL AFECTIVA

La Dependencia Emocional es una adicción hacia otra persona, generalmente la pareja. Cuando uno sufre dependencia, genera una necesidad desmesurada del otro, renunciando así a su libertad y empezando un camino de lo más tortuoso y desagradable, en que por cada minuto de falsa felicidad, derramamos litros y litros de lágrimas.

En todas las personas que sufren Dependencia Emocional, los síntomas son muy parecidos.

1.6.1. Síntomas de la Dependencia

- Necesitar al otro
- Exigirle al otro que me dé más muestras de que está enamorado de mí, ya que si no, ya interpreto que “no soy importante para él” “que no me quiere”.
- Deseo de que en todo momento quiera estar conmigo, que me haga sentir constantemente que “soy su prioridad”, aunque a menudo, por la manera de ser del otro, no lo voy a sentir.
- Generar una gran necesidad de Control absoluto del otro (y esto lleva a discusiones en la relación).
- Dejar de ser yo, de comportarme de acuerdo con mi personalidad, para gustarle más al otro, para asegurarme de que el otro me siga eligiendo y no

⁴² Consue Ruiz – Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto. (2005). La Violencia Contra las Mujeres. España: Edición Díaz de Santos.

me deje. Incluso puedo llegar a hacer cosas que jamás me habría imaginado que iba a hacer (cosas incluso degradantes para mi) con tal de no perderle.

- Sentir un terrible pánico a que el otro me abandone.
- Se van dejando amigos de lado, seres queridos, ya que el mundo gira totalmente en torno a él, nos vamos aislando con el otro. Aunque el otro, a menudo, sigue con su vida de amigos y demás.
- Él se convierte en el centro de nuestra vida, de nuestros pensamientos y de nuestras preocupaciones. Nuestros problemas siempre giran en torno a esa persona.
- La relación nos genera ansiedad, no dormimos bien por las noches, a menudo tenemos ganas de llorar desconsoladamente y sintiendo una gran impotencia por la misma situación.
- Nos damos cuenta que estamos estancados, y aun así seguimos luchando.
- Acostumbran a ser relaciones en las que hay rupturas reiteradas y reiteradas reconciliaciones, siempre volviendo con los mismos propósitos de cambio una y otra vez, una y otra vez, aunque por supuesto, no cambie nada.
- A la persona dependiente, en realidad no le gusta cómo es el otro, ya que le hace sufrir mucho por su manera de ser y comportarse, por su personalidad, pero aun así no quiere dejar de luchar. Su vida se ha convertido en eso, una lucha que nos va marchitando, quitando la ilusión, nos va haciendo invisibles y a veces incluso nos enferma.
- Es probable que la persona dependiente tenga alguien con quién se desahoga explicándole lo que siente, pero se da cuenta que le cuenta una y otra vez la misma historia, tantas veces que en algún momento de lucidez toma conciencia de que aquello no funciona, pero se tapan los ojos y vuelven a intentarlo.
- A veces hay maltrato. No se da en el 100% de los casos, pero en muchos de ellos hay implícito un maltrato psicológico que se hace bastante evidente cuando en una terapia se empieza a analizar y profundizar en los detalles de la relación. A veces, incluso puede ser físico.

Debido a este maltrato, que para empezar ya hace que desaparezca el Respeto, la persona dependiente va perdiendo la Autoestima que le quedaba. Si se sentía poco

importante y poco capaz, después de que su pareja le diga que no sirve para nada o que dónde va a ir, peor aún.

Cuando esto sucede aún es más difícil salir, y la ayuda terapéutica se hace bastante imprescindible⁴³.

1.7. Causas de la Violencia

- El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- 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 mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social es dialogando 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.
- La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la causa MAYOR que existe de violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.
- 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.

⁴³<http://www.soyborderline.com/files/Manual%20de%20Dependencia%20Emocional.pdf>

- La violencia se origina en la falta de consideración hacia la sociedad en que vivimos, si creamos mayor conciencia en nosotros mismos, si analizamos que la violencia no es la mejor forma de alcanzar las metas, de seguro nuestra sociedad crecerá y se desarrollaría⁴⁴.

1.8. Consecuencias Psicológicas de la Violencia

1.8.1. Deterioro de Autoestima: Poseen la tendencia de sentir y pensar constantemente en forma negativa. Tienen miedo de cometer errores y viven con una constante frustración de su vida en general⁴⁵.

1.8.2. Depresión: La mayoría de las mujeres maltratadas sufren depresión mostrando características asociadas con un diagnóstico de depresión:

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

La depresión clínica cursa con los siguientes síntomas:

- 1) Sensación persistente de tristeza, ansiedad y vacío.
- 2) Sentimientos persistentes de falta de esperanza y pesimismo.
- 3) Sentimientos persistentes de culpa, de falta de valor personal y sensación de desamparo.

⁴⁴<http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>

⁴⁵<http://crecimiento-personal.innatia.com/c-motivacion-personal/a-como-es-autoestima-baja.html>

- 4) Pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se experimentaban con alegría.
- 5) Insomnio, despertarse de madrugada de una manera crónica o estar constantemente dormido.
- 6) Falta de apetito o pérdida de peso o por el contrario comer constantemente y ganar peso.
- 7) Descenso de energía, fatiga constante y sensación de estar y sentirse con menos fuerza.
- 8) Pensamientos de muerte o suicidio, planes de suicidio, intentos de suicidio.
- 9) Irritabilidad y desasosiego.
- 10) Dificultad para concentrarse, para recordar y para tomar decisiones.
- 11) Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolores de cabeza, desórdenes digestivos, dolores crónicos etc.⁴⁶

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

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

1.8.4. Trastorno de Estrés Postraumático: Como su nombre indica, aparece cuando las personas son sometidas a una situación de estrés en la que se sienten sobrepasadas y sin salida o con una amenaza de muerte. Los síntomas incluyen: el revivir una y otra vez el acontecimiento, sentirse con anestesia emocional, dificultades para dormir o concentrarse y estar constantemente alerta.

⁴⁶ <http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>

La violación, el abuso sexual en la infancia y la violencia de pareja están en las causas más comunes de este trastorno en las mujeres⁴⁷.

1.8.5. Abuso de Alcohol y Drogas: El uso de psicofármacos, ansiolíticos e hipnóticos, es frecuente en las mujeres maltratadas. La mayoría de las mujeres los usa como una forma de disminuir los síntomas de ansiedad. De la misma manera, otras mujeres consumen alcohol u otras drogas, teniendo como riesgo la disminución de la capacidad de toma de decisiones para salir de esa situación⁴⁸.

1.8.6. Suicidio: En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas⁴⁹.

⁴⁷ Consue Ruiz – Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto. (2005). La Violencia Contra las Mujeres. España: Edición Díaz de Santos.

⁴⁸http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=224030&accion=acc_listar

⁴⁹<http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>

CAPÍTULO II

SÍNDROME DE INFEFENSIÓN APRENDIDA

2.1. Definición:

La Indefensión aprendida, o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil.

Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la víctima permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

2.2. El perfil de la víctima:

Vale resaltar que no hablamos aquí de una persona que sufrió aisladamente un hecho de violencia. Sino, que por el contrario, la agresión y la mentira protagonizan su vida cotidiana. Sólo siendo conscientes de la humillación que esto implica, entenderemos por qué les creen a sus victimarios y siguen a su lado.

2.2.1. Indefensión aprendida: 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.

2.2.2. 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 intentar y esperar que todo pase.

2.2.3. Baja respuesta conductual: 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, calificuemos esta conducta como una aparente indiferencia; sin embargo, se trata de una defensa que le permite auto exigirse y culpabilizarse menos por las agresiones que sufre.

2.2.4. 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.

2.3. 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.

2.4. 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: donde 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 hijos⁵⁰.

⁵⁰http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSION_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm

CAPÍTULO III

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

ANSIEDAD

3.1. DEFINICIÓN

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico.

3.2. ANSIEDAD SANA Y ANSIEDAD PATOLÓGICA

Ansiedad y miedos sanos:

- 1) Miedos que nos preservan a las alturas, a cruzar una calle llena de coches, a meter los dedos en un enchufe, a asomarnos a un precipicio, etc.
- 2) Hay miedos aprendidos en la especie, miedos de ancestrales, como el miedo a las serpientes, a los lobos, etc.
- 3) Miedos de desarrollo (oscuridad, separación, terrores nocturnos, etc.). son situaciones nuevas a las que nos vamos enfrentando y que superamos. Inicialmente nos producen miedo y luego ya no.

Criterios:

- 1) Sana si nos sirve para solucionar el problema, patológica si no lo solucionamos y se cronifica.

- 2) La emoción se da en una situación en la que no es adecuado (pareja, amigos, trabajo,...) El problema surge cuando las emociones nos ocurren en situaciones en las que ni la lucha ni la huida son los comportamientos adecuados. Se convierten entonces en un obstáculo para nuestro comportamiento. Estamos dando unas respuestas de activación inadecuadas. Nuestro pensamiento está acelerado, nuestros músculos tensos, la respiración agitada, nuestra emoción es negativa, pero no tenemos que luchar ni huir. Tendríamos que bajar nuestra tensión muscular, regularizar nuestra respiración, desactivar el pensamiento y sentir una sensación más positiva, pero eso no es fácil. También será patológica si se hace crónica y, por tanto, tendemos a luchar o evitar en cada momento tanto que nos causa estrés o mucho sufrimiento.
- 3) Otro criterio de patología es la intensidad: por ejemplo si tenemos síntomas de un ataque de pánico: Palpitaciones, Dolores en el pecho, Mareos o vértigos, Náusea o problemas estomacales, Sofocos o escalofríos, Falta de aire o una sensación de asfixia, Hormigueo o entumecimiento, Estremecimiento o temblores, Sensación de irrealidad, Terror, Sensación de falta de control o estarse volviendo loco, Temor a morir, Transpiración. Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. Puede en realidad creer que está sufriendo un ataque al corazón, que está volviéndose loco o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Producen una auténtica sensación de falta de control de la propia vida.
- 4) Cuando no sabemos de dónde nos viene.
- 5) Ansiedad patológica: sería ansiedad que nos queremos quitar y no somos capaces:
 1. Fobias (fobias específicas, fobias sociales, agorafobia), obsesiones, manías, ansiedad generalizada, etc.
 2. Cuando la ansiedad se convierte en origen de la ansiedad (crisis de ansiedad). Cuando interpretamos las sensaciones corporales con independencia de lo que las originó (hipocondría).

Miedo a la muerte e hipocondría:

Veamos un ejemplo de donde empieza lo patológico: ejemplo, miedo a la muerte vs hipocondría.

Ante una sensación que no sabemos de dónde viene, en un extremo está la tranquilidad completa que puede ser patológica, en el otro la ansiedad que nos lleva al trastorno psicológico.

Entre los miedos normales está el miedo a la muerte o a la enfermedad. Si no tenemos miedo a la enfermedad o a la muerte nos pondremos en peligro de forma inútil.

Si hay múltiples sensaciones que interpretamos como enfermedad o peligro de muerte, aunque no sea lógico, estamos en un extremo patológico.

Control y ansiedad:

Si somos capaces de controlar la situación en la que tenemos ansiedad, ya está solucionado el problema, si no somos capaces tendremos problemas. Si se generaliza el problema puede ser de sensación de pérdida de control. El problema de la ansiedad es que cuando se quiere controlar y nos preocupa o nos da miedo reaccionamos con la emoción de ansiedad con lo que entramos en un círculo vicioso.

Cuando se da la falta de control se puede producir la depresión:

La depresión frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad y, cuando esto sucede, también debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en Concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión pueden ser tratados con efectividad con medicamentos antidepresivos o, dependiendo de la severidad del mal, con psicoterapia. Algunas personas responden mejor a una combinación de medicamentos y psicoterapia. El tratamiento puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.

3.3. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los signos y síntomas son comunes para todos los trastornos:

A) Tensión motora. El paciente se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

B) Hiperactividad autónoma. Como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos, etc.

C) Expectación aprensiva. Es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.

D) Actitud de vigilancia y escrutinio. El paciente suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio de conciliación y mantenimiento.

3.4. CLASIFICACIÓN Y CUADROS CLÍNICOS

3.4.1. Crisis de Angustia (panic attack)

- **Características diagnosticas**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima ex-presión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico

- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo,
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones

3.4.2. Agorafobia

- **Características diagnósticas**

Dado que la agorafobia suele aparecer en el contexto del trastorno de angustia con agorafobia y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, su descripción y sus criterios diagnósticos se exponen por separado en este apartado. La característica esencial de la agorafobia es:

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (p. ej., miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda
- B. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido.
- C. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas (p. ej., ir al supermercado, llevar los niños

al médico). Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental

3.4.3 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

- **Características diagnósticas**

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitante o extremadamente embarazosos, pero nunca crisis de angustia completas.

- A. Aparición de agorafobia
- B. Los «síntomas similares a la angustia» incluyen cualquiera de los 13 síntomas descritos en la sección correspondiente a las crisis de angustia o bien otros síntomas que pueden resultar incapacitantes o embarazosos (p. ej., pérdida del control de esfínter urinario). Por ejemplo, el individuo puede tener miedo a salir de casa por temor a marearse, desmayarse y no encontrar ayuda de nadie una vez en el suelo. Para efectuar este diagnóstico, nunca deben haberse cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia completo
- C. el cuadro sintomático no ha de ser secundario a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica
- D. En el caso de asociarse una enfermedad médica (p. ej., una enfermedad cardíaca), el miedo a sentir incapacitación o embarazo por la aparición de sus síntomas (p. ej., desmayos) es claramente excesivo en comparación con el temor habitualmente asociado a ese proceso.

3.4.4 Fobia Específica (antes fobia simple)

- **Características diagnósticas**

- A. La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos.

- B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.
- C.** Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional.
- D.** esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror.
- E.** El diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente.
- F.** En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia específica.
- G.** La ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia).

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación (p. ej., el individuo puede temer viajar en avión debido al miedo a estrellarse, puede temer a los perros por miedo a ser mordido o puede temer conducir un coche por miedo a tener un accidente).

Especificar tipo: Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

3.4.5 Fobia Social (trastorno de ansiedad social)

- **Características diagnósticas**
 - A. La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.
 - B. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.
 - C. Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional.

- D.** Puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror.
- E.** El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo.
- F.** En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social.
- G.** El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H.** Si existe otro trastorno mental (p. ej., tartamudez, enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social.

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (por ejemplo iniciar o mantener conversaciones, tener citas, hablar con figuras de autoridad, asistir a fiestas). Nota: considerar también el diagnóstico de personalidad por evitación.

3.4.6 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

- **Características diagnósticas**

- A.** Se cumplen para las obsesiones y compulsiones

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3), (4):

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad y malestar significativos.
- 2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- 3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- 4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por: (1), (2):

- 1) Comportamientos (p.ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
 - 2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B.** En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Nota: este punto no es aplicable en niños.
- C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.
- D.** Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p.ej., preocupaciones por la comida en una

trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría).

- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad. Esta especificación puede emplearse cuando el individuo, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

3.4.7 Trastorno por Estrés Postraumático

- **Características diagnósticas**

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):

- 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

- B.** El acontecimiento traumático es re-experimentando persistentemente a través de una o más de las siguientes formas.

- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo.

- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C.** Evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, tal como lo indica tres o más de los siguientes síntomas:
- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma.
 - 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del traumatismo.
 - 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 - 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - 6) Restricción de la vida afectiva.
 - 7) Sensación de un futuro limitado.
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:
- 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - 2) Irritabilidad o ataques de ira.
 - 3) Dificultad para concentrarse.
 - 4) Hipervigilancia.
 - 5) Respuestas exageradas de sobresalto.
- E.** Alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

3.4.8 Trastorno por Estrés Agudo

- **Características diagnósticas**

- A.** La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo
- B.** Para más detalles sobre los tipos de acontecimientos estresantes, véase la descripción del trastorno por estrés postraumático. En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización; despersonalización, y amnesia disociativa.
- C.** Después del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente.
- D.** el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma.
- E.** y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (arousal).
- F.** Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.
- G.** Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.
- H.** El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno mental preexistente

3.4.9 Trastorno de Ansiedad Generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)

- **Características diagnósticas**

- A.** La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.
- B.** El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga pre-coz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales).
- D.** Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático-
- E.** Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.
- F.** Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

3.4.10 Trastorno de Ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)

- A. La ansiedad prominente, la crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de las otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Con ansiedad generalizada:** cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.
- **Con crisis de angustia:** cuando predomina la crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivos-compulsivos:** cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

3.4.11 Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias

- **Características diagnósticas**

- A. La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad.
- B. que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos).
- C. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y

obsesiones o compulsiones. Aunque la presentación clínica del trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede imitar la del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., otro trastorno de ansiedad) no secundario al consumo de una sustancia.

- D. No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

Con ansiedad generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades. Con crisis de angustia. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las obsesiones o las compulsiones. Con síntomas fóbicos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

El contexto en que aparecen los síntomas de ansiedad puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

De inicio durante la intoxicación. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

3.4.12 Trastorno de Ansiedad no Especificado

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.

2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).

3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.⁵¹

3.5. TRATAMIENTO

El primer paso, tras el diagnóstico, será decidir si el tratamiento consistirá básicamente en medicamentos, en psicoterapia, en psicoterapia de conducta o en una combinación de múltiples sistemas psicoterapéuticos.

⁵¹ **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, AUTORES: LÓPEZ J.V, VALDÉZ M. EDITORIAL MASSON S.A.** Primera Edición. Barcelona 2005. Págs.: 478- 543.

3.5.1 Tratamientos Farmacológicos

Los fármacos destinados al tratamiento de la ansiedad se llaman ansiolíticos. Se trata de sustancias depresoras del sistema nervioso central, con propiedades ansiolíticas a dosis relativamente bajas y con efectos sedativos-hipnóticos a dosis altas. Otras propiedades comunes a este grupo son la relajación muscular y la acción anticonvulsionante. Su utilización continuada puede producir dependencia y conlleva el riesgo de aparición de un fenómeno de rebote al suspender el tratamiento. El empleo a largo plazo sólo está justificado en un subgrupo de pacientes ansiosos crónicos. Pero incluso en estos casos, se debe reevaluar el tratamiento a intervalos regulares y siempre teniendo en cuenta la posibilidad de aplicar terapias no farmacológicas. Por otro lado, los fármacos antidepresivos juegan un papel importante en el tratamiento de los trastornos de angustia. Su eficacia está documentada para el trastorno mixto depresivo-ansioso para el trastorno de pánico. En los últimos cinco años, los medicamentos antidepresivos preferidos son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

3.5.2 Psicoterapia

Existen diferentes modalidades:

TERAPIA INDIVIDUAL:

Es el tratamiento psicológico de pacientes adultos con dificultades o problemas psicológicos a través de la interacción y vínculo que se establece entre tratante y paciente, donde se trabajan temas de conflicto, sufrimiento, ambivalencia y preocupaciones personales por medio de técnicas de intervención psicológica⁵².

La intervención psicológica con las víctimas de violencia de género supone una especialidad dentro de la psicología ya que, aunque el maltrato a la mujer por parte de su pareja tiene un alto impacto en su salud mental, para el tratamiento psicológico de tales secuelas no basta con la mera aplicación de técnicas para aliviar los síntomas.

⁵² http://www.cimabienestarpsicologico.com.ve/preguntas_individual.html

El tratamiento se centra en desarrollar las potencialidades de la mujer y tiene como objetivo ayudarle a que recupere el control de su vida, aumentar su seguridad y remediar el impacto psicológico del abuso⁵³.

La psicoterapia de apoyo constituye una modalidad muy efectiva en el tratamiento de los trastornos de angustia, sobre todo en pacientes agudos. Crea una atmósfera favorable para que el paciente pueda expresar sus problemas y mostrar sus emociones sin temor a la desaprobación. Después se define el problema y se adopta un plan de cambio del estilo de vida de la persona de manera que se supere la situación.

Las psicoterapias dinámicas suponen que la conducta está determinada por las realidades presentes y por la experiencia pasada. Rememorando el problema original, uno puede "darle salida" psicológica de manera que la ansiedad desaparece con él. La terapia de conducta se basa en el principio de que las respuestas fóbicas, como muchos otros comportamientos, son aprendidas y el objetivo del tratamiento es desaprender esa conducta y re-aprender una nueva.

Las técnicas de relajación para el alivio temporal de la sintomatología ansiosa. Una es la relajación muscular en la que se aprende a transmitir mensajes de calma a los husos musculares. Otra es la **auto relajación concentrativa**. Se pide al sujeto que "visualice" una parte de su cuerpo manteniendo la concentración durante un tiempo, con lo cual se induce a la modificación del estado global de la persona.

El enfoque cognitivo propone que los trastornos de ansiedad son fruto de cogniciones (pensamientos e interpretaciones de la realidad) erróneas. El tratamiento cognitivo se centra en el aislamiento de esas cogniciones y en la introducción de pensamientos positivos y realistas en el círculo de cognición errónea. A veces, se combina con técnicas propias de la terapia de conducta para favorecer nuevos aprendizajes. El mejor tratamiento es, muchas veces, una combinación de fármacos y de psicoterapia, a los que incluso se pueden añadir algunas técnicas de apoyo. Lo importante es hacer un buen diagnóstico para después seleccionar el tratamiento más adecuado⁵⁴.

⁵³ <http://contralaviolencia.blogspot.com/2007/01/psicologas-canarias-disean-una-terapia.html>

⁵⁴ <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/definicion%20diagnostico.pdf>

CAPÍTULO IV TRASTORNOS DEPRESIVOS

DEPRESIÓN

4.1 DEFINICIÓN

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida.

A inicios del siglo XX los pacientes deprimidos se trataban como “melancólicos”. Alrededor de 1950 se empiezan a usar los primeros antidepresivos y hasta 1970 se tuvo el conocimiento pleno de lo que era la bioquímica de la depresión. Es entonces cuando aparecen las primeras publicaciones científicas del padecimiento.

Unas décadas más tarde, a pesar de que muchas personas no han sido aún diagnosticadas, la depresión se ha convertido en una de las enfermedades psíquicas más consultadas en el área médica y psicológica.

En los textos de psicopatología y en las diferentes obras que existen acerca de depresión encontraremos diferentes clasificaciones. Tomando en cuenta los factores que la originan se clasifica en:

- 1) **Depresión endógena u orgánica:** tiene como origen un desorden fisiológico, se origina por una disfunción bioquímica del cerebro y contiene un elemento genético, es hereditaria. Cuando se explora el árbol genealógico de la persona es común encontrar una larga historia de depresión y suicidio.
- 2) **Depresión psicógena:** A diferencia de la depresión orgánica, tiene su origen en conflictos psicológicos, carencias de infancia, eventos traumáticos, etc.

Distinguimos dos tipos:

- **Reactiva:** Surge a partir de una causa que es evidente, como la pérdida de un ser querido o de algo considerado valioso -trabajo, casa, ciudad-, etc. La depresión que se vive en el proceso de duelo es de tipo reactivo. Se presenta con menos síntomas físicos que la de origen orgánico. Comúnmente no hay pérdida considerable de memoria, ni malestares gastrointestinales, o dolores.
 - La depresión de origen psicológico se deriva de experiencias tempranas en la vida de la persona como son las pérdidas, el abandono, padres emocionalmente distantes, atmósfera hogareña hostil o francamente agresiva, abuso sexual y/o emocional.
- 3) **Depresión noógena:** Víctor Frankl en su obra el hombre en busca de sentido refiere que la neurosis noógena se origina en una frustración existencial del hombre moderno que no encuentra la manera de satisfacer su necesidad de sentido, de dar un contenido coherente de significados, valores y trascendencia a su existencia. El cuestionamiento por el sentido de la vida no es en modo alguno patológico; es algo totalmente humano, parte ineludible del tener consciencia de sí mismo y del ser en el mundo. Se convierte en generador de patologías cuando la pregunta por el sentido de la propia vida no obtiene respuestas, cayendo así en un vacío existencial crónico que empuja al absurdo, a la agresividad, la apatía, el aburrimiento, la adicción, depresión y suicidio⁵⁵.

4.2 PRESENTACIÓN CLÍNICA

De acuerdo con la sintomatología, siguiendo el libro de psiquiatría de Toro y Yepes, los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos:

⁵⁵ TESIS: "TRASTORNOS ANSIOSO – DEPRESIVOS Y SU RELACIÓN CON LOS DIAGNÓSTICOS DE VIH-SIDA EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2011".

En el **primer** grupo se encuentran los pacientes que presentan *predominantemente síntomas depresivos* como tristeza, vacío, llanto, sentimientos de culpa y minusvalía, disminución de las actividades placenteras, ideación suicida, pérdida de apetito, alteraciones en el sueño, etc. Este grupo es fácilmente diagnosticado.

El **segundo** grupo es de *predominio somático*, consultan por síntomas generales u orgánicos como trastornos de homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos. En lo referente a la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso sin causa orgánica, insomnio, fatigabilidad, somnolencia. Los problemas dolorosos más comunes son las cefaleas, algias articulares; dolores torácicos, abdominales; neuralgias. Los problemas neurológicos generalmente se presentan con vértigo, acompañado a veces con marcha insegura, fallas en la memoria y en la concentración.

Varios estudios reportan que pacientes con dolores sin causa orgánica padecen depresión. Este subgrupo de pacientes son sometidos por lo general a múltiples exámenes clínicos.

El **tercero** se manifiesta por *predominio de síntomas psiquiátricos* según Watts, la ansiedad es la máscara más común de la depresión, puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, sensación de vacío en el estómago. El alcoholismo y fármaco-dependencia aunque es más frecuente que produzcan una depresión secundaria, a veces ellos son otra máscara psíquica de una depresión primaria. La Hipocondrías es una manifestación común de una depresión subyacente. En un estudio el 21% de un grupo de hipocondríacos sufrían primordialmente de un cuadro depresivo⁵⁶.

4.3. CLASIFICACIÓN Y CUADROS CLÍNICOS

Según la clasificación del DSM IV TR el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

⁵⁶ **TORO RICARDO, YEPES LUÍS. "PSIQUIATRÍA". COLOMBIA. EDITORIAL CORPORACIÓN I.B. Cuarta Edición. 2004.**

4.3.1. Episodio depresivo mayor

Los criterios diagnósticos se especifican a continuación:

- A.** Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de 2 semanas y presentan un cambio respecto a la actividad de funcionamiento previo. Por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés.
 - 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 2) Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
 - 3) Pérdida o aumento significativo de peso.
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5) Agitación o retardo psicomotor.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía.
 - 7) Sentimiento de minusvalía o culpa excesiva.
 - 8) Capacidad disminuida de pensar o concentrarse.
 - 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intento de suicidio con plan específico.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo en el área laboral, social o familiar.
- D.** Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de sustancias.
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, e ideación suicida.

El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. Es generalizada y atenaza al individuo quien no puede liberarse de ella. En cuanto

a la pérdida del interés el sujeto refiere que nada le importa, que no disfruta de actividades que antes le eran placenteras.

Referente a los síntomas adicionales que se presentan en el episodio: normalmente, el **apetito** disminuye; es característico el **insomnio** intermedio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse); también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño) y la hipersomnia que es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna. Los cambios **psicomotores** incluyen agitación (incapacidad para permanecer quieto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, llegando a veces al mutismo). La disminución de la **energía** se presenta con cansancio y fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. La **autoestima** disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o sentimiento de inutilidad o de culpa. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. La **concentración** es deficiente, muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Son frecuentes los **pensamientos de muerte**, la ideación suicida o las tentativas suicidas con planes elaborados.

En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada en la entrevista. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad por ejemplo ira persistente y/o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia. En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable.

4.3.2. Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

4.3.2.1. Especificaciones:

De acuerdo al número de episodios:

Episodio único: Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Estudios demuestran que esta evolución es la menos frecuente.

Recidivante: Este curso es el más común. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

De acuerdo con la severidad: la clasificación se basa en el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

- 1) Leve
- 2) Moderado
- 3) Grave sin síntomas psicóticos
- 4) Grave con síntomas psicóticos
- 5) En remisión parcial/en remisión total
- 6) No especificado

Los **episodios leves** se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los **episodios moderados** tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Los **episodios graves** sin síntomas psicóticos se caracterizan por varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor, es evidente y observable. Además de una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Los **episodios graves con síntomas psicóticos** se caracterizan por presencia de ideas delirantes o alucinaciones. En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estas pueden ser *congruentes* con el estado de ánimo incluyen ideas delirantes de culpa, fracaso personal, enfermedad, de ser merecedor de un castigo, ideas delirantes nihilistas, somáticas o ideas delirantes de ruina. Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados. Las ideas delirantes *incongruentes* con el estado de ánimo pueden ser ideas de persecución, ideas delirantes de inserción del pensamiento, ideas delirantes de difusión del pensamiento e ideas delirantes de control. Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

4.3.3. Trastorno Distímico

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónico. Ocurre la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, sin tener período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de depresión hay al menos dos síntomas de entre los siguientes:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

- Sentimientos de desesperanza
- Pérdida de intereses y aumento de la autocrítica (viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles)

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se puede desarrollar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que desarrolle un episodio depresivo mayor.

4.3.4. Trastorno Depresivo no Especificado

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>Trastorno disfórico premenstrual</p>	<p>Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de la menstruación. Los síntomas son depresión, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades. Se presentan en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.</p>

Trastorno depresivo menor	Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
Trastorno depresivo breve recidivante	Cumple con los criterios del episodio depresivo con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Es incapacitante y presenta intentos de suicidio
Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia	Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia. ⁵⁷

4.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Hoy en día existe curación a la depresión, a pesar de la gravedad y la intensidad que se sufra, las posibilidades de recuperación son altísimas.

Los antidepresivos y la psicoterapia o la combinación de los dos, que es lo más aconsejado, alivia los síntomas de la depresión en 12 a 16 semanas.

Cuando una mujer maltratada recibe tratamiento es capaz de pensar más claramente acerca de su situación e identificar de una manera realista las opciones de las que en verdad dispone.

Conviene recordar que a pesar de todo, la condición depresiva es persistente y recurrente. No desaparece con el tiempo y en muchas ocasiones, volverá a surgir una vez que los síntomas más graves se han superado. La mujer maltratada, que además suele seguir sufriendo traumas puede ser más lenta en la recuperación y ella puede interpretar esta lentitud como una evidencia de su falta de capacidad para enfrentarse con cambios y culparse a sí misma. Si por el contrario experimenta una mejoría grande al principio, pero luego recae, se acusará de esa recaída y

⁵⁷ **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, AUTORES: LÓPEZ J.V, VALDÉZ M. EDITORIAL MASSON S.A.** Primera Edición. Barcelona 2005. Págs.: 387- 476.

puede evaluarlo como una evidencia de su falta de recursos y su incompetencia. Puede llegar a pensar: *Si incluso con medicinas no mejoro es que no hay esperanza para mí para que mejoren las cosas. Las cosas cambian por poco tiempo, pero luego irremediabilmente vuelven a lo mismo y realmente nada cambia.*

Para que las mujeres maltratadas puedan manejar correctamente el pensamiento depresivo es importante que la familia y los amigos entiendan que la depresión es persistente y los síntomas pueden volver incluso después de mejoría inicial. Es muy importante insistir que sigan el tratamiento.

La complejidad de la depresión hace conveniente que la evaluación sea hecha por un profesional competente y con experiencia en este tipo de enfermas. La mujer maltratada generalmente se resistiría a este tratamiento. El miedo, la vergüenza y la ausencia de recursos le dificultan pedir ayuda, pero es muy importante que la reciba y que la pida⁵⁸.

4.5 TERAPIA DE GRUPO PARA MUJERES MALTRATADAS:

A nivel psicodinámico, el psicoterapeuta de grupo se focaliza en temas relacionados con la autoestima y la dependencia. En el contexto del grupo las mujeres pueden empezar a desarrollar una identidad positiva. El grupo proporciona una experiencia correctora que contrarresta la conducta socavadora del marido. Los miembros del grupo se apoyan entre sí a la hora de dar pasos que a menudo asustan; por ejemplo, pueden acompañar a una compañera al juzgado, compartir el cuidado de los hijos o prestarse ayuda para volver a empezar. Se utilizan técnicas del estilo del *rol-playing* para ayudar a las mujeres a prepararse para entrevistas de trabajo y encuentros con el marido. Las mujeres que siguen viviendo con el marido suelen acudir a la terapia sin que este lo sepa; las demás compañeras le sirven de apoyo y aliento para continuar el trabajo terapéutico. Conforme la terapia va progresando y la mujer avanza emocionalmente, deja de ver al marido como omnipotente; empieza a ver su agresividad como la conducta tiránica que es.

El terapeuta sabe que la mujer está en riesgo de maltrato mientras permanezca en la casa, a pesar de la terapia. Debe salir de la situación para salvarse, rompiendo el

⁵⁸ <http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>

matrimonio para siempre; o bien, irse durante una larga temporada poniendo como condición para volver que el marido haga terapia.

La terapia es importante para ayudar a la mujer a evolucionar como persona madura, capaz de desenvolverse en el mundo y desarrollar una relación positiva con otro hombre (o con su marido después de la terapia) en el futuro. Sin embargo, la terapia solo es insuficiente para capacitar a la mujer a manejarse con los múltiples problemas prácticos de su situación. De hecho, surge un problema importante cuando la mujer se vuelve más sana: su marido puede tornarse aún más violento, conforme ella está menos pasiva y deprimida que antes. El terapeuta debe tener en mente que la mujer, con su propia experiencia, es quien mejor puede juzgar cuando la situación en casa está volviéndose peligrosa.

El objetivo del tratamiento es capacitar a la mujer para dejar de participar en una relación violenta; un objetivo que requiere que la mujer abandone el hogar o que el marido inicie terapia con la finalidad de cambiar su conducta⁵⁹.

⁵⁹ Kaplan H, Sadock B. (1996). Terapia de Grupo. Tercera Edición. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICES
VARIABLE INDEPENDIENTE	Es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la víctima permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.	Psicológica	Escala de Indefensión Aprendida.	<p>Factor 1: Indefensión como Pesimismo y dificultad para resolver problemas.</p> <p>Factor 2: Percepción de Control y Calidad de Vida.</p> <p>Factor 3: Confusión, Aturdimiento.</p>
El Síndrome de Indefensión Aprendida.				

VARIABLE DEPENDIENTE	<p>Ansiedad: La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.</p> <p>Depresión: Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute,</p>	Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). 	Ausente o mínima. Leve. Moderada. Grave.
Trastornos Ansiosos y Depresivos			<ul style="list-style-type: none"> Autoestima: Autoexamen. 	Autoestima alta (negativa). Autoestima alta (positiva). Autoestima baja (positiva). Autoestima baja (negativa).

	<p>apatía y pérdida de interés en el trabajo, desesperanza, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Raing Scale, HARS). 	<p>No ansiedad. Leve. Moderada/grave.</p>
--	---	--	---	---

METODOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente proyecto se busca maximizar la validez y la confiabilidad de la investigación mediante la medición de la información a través de los reactivos psicológicos a aplicarse.

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un tipo de estudio de carácter:

- **Experimental:** Debido a que se realizará la intervención psicológica en una población para determinar su efecto posterior.
- **Prospectivo:** Puesto que se registrarán los datos sobre el Síndrome de Indefensión Aprendida, Ansiedad y Depresión que presenten los pacientes conforme se vayan presentando los hechos.
- **Transversal o Sincrónica:** Ya que se estudiarán las variables simultáneamente en un periodo de tiempo (Periodo 2012).
- **Descriptivo:** Mediante la aplicación de reactivos psicológicos se indagará la existencia del Síndrome de Indefensión Aprendida en relación a la presencia, ausencia y gravedad de las variables ansiedad y depresión.

UNIVERSO

El presente trabajo Investigativo se realizará en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delito Sexual del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en donde existe una población indefinida de mujeres que asisten.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para asegurar la veracidad del presente estudio investigativo se trabajará con las Mujeres Violentadas, donde existe una población de estudio de 30 personas, debido a que previamente se realizó un análisis de la prevalencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluye a todas las mujeres violentadas que acudan durante el periodo de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluye a todas las mujeres que no manifiesten algún tipo de violencia.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA PSICOLÓGICA: La cual nos ayudará a obtener información relevante y necesaria para construir la correcta atención de las pacientes.

FAMILIOGRAMA: Permitirá valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones y los roles que asumen cada uno de los miembros de la misma.

REACTIVOS PSICOLÓGICOS:

- **Escala de Indefensión Aprendida:** Se lo aplicará con la finalidad de describir aspectos relacionados con la percepción de control versus la indefensión del individuo.
- **Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI):** Se lo aplicará con el objetivo de evaluar los síntomas de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

- **Autoestima: Autoexamen:** Se lo aplicará con el objetivo de identificar los pensamientos y sentimientos sobre su autoimagen.
- **Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Raing Scale, HARS):** Se lo aplicará con la finalidad de valorar la intensidad de la ansiedad en las pacientes.

CRONOGRAMA

TIEMPO (MESES Y SEMANAS)																												
ACTIVIDADES	JULIO 2012				AGOSTO 2012				SEPTIEMBRE 2012				OCTUBRE 2012				NOVIEMBRE 2012				DICIEMBRE 2012				ENERO 2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del proyecto.																												
2. Presentación y aprobación del Proyecto.																												
3. Investigación de Campo.																												
4. Interpretación y tratamiento de los datos.																												
5. Elaboración del Plan Terapéutico Psicológico.																												
6. Redacción del Informe Final.																												
7. Presentación y sustentación de la Tesis.																												

RECURSOS, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS:

- **Investigadora:** Valeria Katherine Cabrera Jiménez.
- **Director de Tesis.**

RECURSOS FINANCIEROS:

- **Fuente de financiamiento:** Recursos propios.

DETALLE	VALOR
Ψ Materiales de Escritorio.	\$100
Ψ Internet.	\$150
Ψ Copias de Instrumentos Psicológicos a aplicarse.	\$300
Ψ Anillados.	\$100
Ψ Empastados.	\$200
Ψ Imprevistos.	\$250
TOTAL:	\$1100

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- **Consue Ruiz – Jarabo Quemada, Pilar Blanco Prieto. (2005). La Violencia Contra las Mujeres.** España: Edición Díaz de Santos.
- **Kaplan H, Sadock B. (1996). Terapia de Grupo.** Tercera Edición. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, AUTORES: LÓPEZ J.V, VALDÉZ M. EDITORIAL MASSON S.A.** Primera Edición. Barcelona 2005. Págs.: 387-543.
- **Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.** Primera edición, Ecuador, 2009.
- TESIS: “TRASTORNOS ANSIOSO – DEPRESIVOS Y SU RELACIÓN CON LOS DIAGNÓSTICOS DE VIH-SIDA EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2011”
- **TORO RICARDO, YEPES LUÍS. “PSIQUIATRÍA”. COLOMBIA. EDITORIAL CORPORACIÓN I.B.** Cuarta Edición. 2004.

PAGINAS DE INTERNET:

- <http://contralaviolencia.blogspot.com/2007/01/psicologas-canarias-disean-una-terapia.html>
- <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-motivacion-personal/a-como-es-autoestima-baja.html>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Machismo>

- <http://violenciafamiliarguayaquil.blogspot.com/2008/11/perfil-victima-y-agresor.html>
- http://www.cimabienestarpsicologico.com.ve/preguntas_individual.html
- http://www.cronica.com.ec/index.php?view=article&id=4418%3Aen-2008-5860-casos-de-violencia-familiar-en-loja&option=com_content
- http://www.ecuadorvolunteer.org/es/informacion_ecuador/estadisticas.html
- <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/definicion%20diagnostico.pdf>
- http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSION_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm
- <http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml#causas>
- http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
- <http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>
- http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=224030&accion=acc_listar
- <http://www.soyborderline.com/files/Manual%20de%20Dependencia%20Emocional.pdf>

ANEXO N° 2: HISTORIA CLÍNICA
PSICOLÓGICA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA Nº:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE HIJOS:

INSTRUCCIÓN:

PROFESIÓN:

OCUPACIÓN:

SUELDO MENSUAL:

RELIGIÓN:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

FAMILIAR RESPONSABLE:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

FECHA DE INGRESO:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

ENFERMEDAD ACTUAL:

.....

HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

.....

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:

.....

NATAL:

.....

INFANCIA:

.....

PUBERTAD

.....

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

.....

MADUREZ

.....

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

.....

HISTORIA SOCIAL:

.....

HISTORIA LABORAL:

.....

HISTORIA PSICOSEXUAL:

.....

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

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

ATENCIÓN:

- Trastornos Cuantitativos:
 - o Hiperprosexia
 - o Hipoprosexia
 - o Aprosexia
- Trastornos cualitativos
 - o Distracción
 - o Distraibilidad
 - o Atención voluntaria
 - o Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

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

MEMORIA:

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

AFECTIVIDAD:

- Exaltación
- Depresión
- Hipertimia

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

INTELIGENCIA:

PENSAMIENTO:

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

VOLUNTAD:

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

INSTINTOS:

- Nutrición
- Sueño
- Defensa
- Instinto Sexual.

HÁBITOS:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo de drogas

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- Lógico
- Ilógico
- Paralógicos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:**EXÁMENES PSICOLÓGICOS:****EXAMENES COMPLEMENTARIOS:****PSICOANAMNESIS ESPECIAL:****DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:****DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:****PRONÓSTICO:****RECOMENDACIONES:⁶⁰**

⁶⁰ Balarezo Ch. Lucio, Mancheno D. Silvia. GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. Primera Edición, 2003. Ecuador.

ANEXO N° 3: 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 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

Factor 1. Indefensión como pesimismo y dificultad para resolver problemas:

Consta de 12 elementos de carácter negativo que reflejan una marcada tendencia a pensamientos negativos y pesimistas (Haga lo que haga me cuesta mucho que mis hijos/as me entiendan, A menudo tengo palpitaciones, Habitualmente tengo pocas ganas de comer, Tengo problemas para tomar decisiones, Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia...), A menudo me siento aislada/o, Cuando surge un problema con mi hijo/a me cuesta mucho resolverlo, Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos, Frecuentemente siento molestias en el estómago, A veces creo que la vida no vale nada, Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada, Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran).

Factor 2. Percepción de control y calidad de vida:

Consta de 10 elementos, que reflejan percepción de una buena integración social (Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia, Si al principio no consigo lo que me propongo sigo intentándolo, Me cuesta mucho conocer a nuevas personas, Me siento integrado/a en la sociedad, Me relaciono bien con la gente, Sé lo que puedo

esperar de las situaciones en las que encuentro, Continuamente pienso que todo me sale mal, Me siento contento/a cuando tengo que conseguir objetivos nuevos, Tengo control sobre mi vida, Mi vida tiene una calidad aceptable).

Factor 3. Confusión, aturdimiento: Consta de 7 elementos, en los que se manifiestan: dificultad para tomar decisiones, falta de energía, altibajos emocionales, dificultad para predecir lo que va a pasar y tendencia a establecer pocas relaciones (Me relaciono con poca gente, Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente, Tomo decisiones con facilidad, Generalmente sé lo que me va a pasar, Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo, Casi nunca me duele la cabeza, Soy bastante optimista).

ANEXO N° 4: 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. TENSIÓN: 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: Pérdida del interés. Falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SINTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono					

muscular aumentado.					
8. SINTOMAS SOMATICOS SENSORIALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)					
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitations, dolor pre cordial(en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias					
10. SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria)					
11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. SINTOMAS GENITOURINARIOS: micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia sexual.					
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).					
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.					

ANEXO Nº 5: INVENTARIO DE DEPRESIÓN
DE BECK

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:.....

EDAD:.....

FECHA:.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

1.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos<input type="radio"/> No me encuentro triste<input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido<input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena<input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro<input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas<input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal<input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida<input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio
3.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)<input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente<input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena<input type="radio"/> No me considero fracasado<input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos
4.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ya nada me llena<input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo<input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía<input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho<input type="radio"/> Estoy harto de todo
5.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona<input type="radio"/> Me siento bastante culpable<input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable<input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable<input type="radio"/> No me siento culpable
6.- <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder<input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado

<ul style="list-style-type: none"> ○ No pienso que esté siendo castigado ○ Siento que me están castigando o me castigarán ○ Quiero que me castiguen
<p>7.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy descontento conmigo mismo ○ No me aprecio ○ Me odio (me desprecio) ○ Estoy asqueado de mí ○ Estoy satisfecho de mí mismo
<p>8.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No creo ser peor que otros ○ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal ○ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre ○ Siento que tengo muchos y muy graves defectos ○ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
<p>9.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo ○ Siento que estaría mejor muerto ○ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera ○ Tengo planes decididos de suicidarme ○ Me mataría si pudiera ○ No tengo pensamientos de hacerme daño
<p>10.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No lloro más de lo habitual ○ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo ○ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo ○ Ahora lloro más de lo normal
<p>11.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más irritable que normalmente ○ Me irrito con más facilidad que antes ○ Me siento irritado todo el tiempo ○ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto ○ Me intereso por la gente menos que antes ○ No he perdido mi interés por los demás ○ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones ○ Tomo mis decisiones como siempre ○ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto ○ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado ○ Me siento feo y repulsivo ○ No me siento con peor aspecto que antes ○ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

<p>15.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
<p>20.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21.-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

• **PUNTUACIÓN TOTAL:** _____

• **NIVEL DE DEPRESIÓN:** _____

ANEXO N° 6: AUTOESTIMA:
AUTOEXAMEN

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

© Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994

Revisión: 2003

NOMBRE:.....

FECHA:.....

La autoestima es nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

4 Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca
------------------	-----------------------	------------------------	----------------

	4	3	2	1
1. Me siento alegre.				
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.				
3. Me siento dependiente de otros.				
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				
11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				

13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				
31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				
38. Me aterran los cambios.				

39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
TOTALES DE CADA COLUMNA				
TOTAL				

ANEXO N° 7: FOTOGRAFÍAS





