



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

TÍTULO:

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Silvana Cecibel González Ulloa

DIRECTOR:

Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón, Mgtr.

Loja - Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 01 de febrero del 2017

Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón, Mgtr.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo, el informe final y el proyecto de tesis titulado: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA. De autoría de la egresada Silvana Cecibel González Ulloa, así como revisar oportunamente los avances de la investigación a fin de asegurar la calidad de la misma, por lo tanto, da cumplimiento con lo establecido en el art. 139 del Reglamento de Régimen Académico, en tal virtud autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.



Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón, Mgtr.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, SILVANA CECIBEL GONZÁLEZ ULLOA, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional.

Fecha: 01/02/2017

Autora: SILVANA CECIBEL GONZÁLEZ ULLOA

Cedula: 110563447-9

Firma:




CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Silvana Cecibel González Ulloa, declaro ser la autora de la tesis titulada: “VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA” como requisito para optar el grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de éste trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja al primer día del mes de febrero del dos mil diecisiete, firma la autora.

- **AUTORA:** Silvana Cecibel González Ulloa 
- **CÉDULA:** 110563447-9
- **CELULAR:** 0990609656
- **CORREO ELECTRÓNICO:** silvigonzalezzyg@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

- **DIRECTOR DE TESIS:** Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón, Mgtr.
- **TRIBUNAL DE GRADO:** Dra. María Susana González García, Mg. Sc.
Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Zoila Ulloa por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado, por tener la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos y por haberme formado como una mujer de bien, además por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles y gracias sobre todo por ser la mujer que me dio la vida.

A mi amado esposo Darwin Saavedra que ha sido mi impulso durante toda mi carrera, le agradezco por estar en todo momento apoyándome en este largo y sacrificado camino.

A mis hijas Brittany y Milena para quienes ningún sacrificio es suficiente, que con su luz han iluminado mi vida y han sido mi motivación principal para seguir adelante sin pensar en rendirme jamás.

Silvana Cecibel González Ulloa

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja por abrirme las puertas en su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Les doy gracias a mis padres Zoila Ulloa y Lucio González por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, gracias por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos, a mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

De manera especial doy gracias a mi asesor de tesis: Dr. Adrián Felipe Vásquez Escandón por su apoyo, sus conocimientos y orientación en mi actual investigación.

A las autoridades y pacientes del Hospital Isidro Ayora quienes hicieron posible la realización de la investigación.

La Autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
a) Título.....	1
b) Resumen.....	2
Abstract.....	3
c) Introducción.	4
d) Revisión de la literatura.....	8
1. Familia.....	8
1.1 Definición:	8
1.2 Tipos de familia:	9
1.2.1 Familia Nuclear.	9
1.2.2 Familia ampliada.	9
1.2.3 Familia reconstituida.	9
1.2.4 Familia Monoparental.	10
1.2.5 Familia Extensa.	10
1.2.6 Familia Transnacional.	10
1.3 Funcionalidad de la familia:	11
1.4 Disfuncionalidad de la familia:.....	11
2. Violencia doméstica:	13
2.1. Antecedentes.....	13
2.2. Definición.	14
2.3. Tipos de violencia doméstica:.....	15
2.3.1. Violencia psicológica.	15
2.3.2. Violencia física.	15
2.3.3. Violencia sexual.	15
2.3.4. Violencia patrimonial o económica.	16
2.4. Circulo de la Violencia Intrafamiliar:	16
2.4.1. Fase 1. Acumulación de tensión.....	17
2.4.2. Fase 2. De exposición, agresión o Episodio agudo.	18

2.4.3.	Fase 3. De reconciliación, arrepentimiento o luna de miel.	18
2.5.	Causas y origen de la Violencia Intrafamiliar:	20
2.5.1.	Individuales.	20
2.5.2.	Familiares.	20
2.5.3.	Socioculturales.	21
2.6.	Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar:	21
2.6.1.	Individual.....	21
2.6.2.	Social.	21
2.6.3.	Salud Física.	22
2.6.4.	Salud mental y alteraciones psicológicas.	22
3.	Estrés Postraumático.	23
3.2	Pautas Diagnósticas	23
3.3	Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.....	25
3.4.	Incidencia y prevalencia.	26
3.5.	Curso del Trastorno de Estrés Postraumático.	27
3.6.	Violencia Intrafamiliar y Estrés Postraumático	27
e)	Materiales y métodos:	29
f)	Resultados:	32
g)	Discusión.....	40
h)	Conclusiones.	42
i)	Recomendaciones.....	43
j)	Plan terapéutico:	44
1.	Tema: Plan de Intervención Psicoterapéutica en Víctimas de Violencia Intrafamiliar que presentan el Trastorno de Estrés Postraumático.	44
2.	Antecedentes:	44
3.	Justificación:.....	44
4.	Objetivos:	45
5.	Metodología:	46
6.	Plan de intervención psicoterapéutica:	47
k)	Anexos.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edades de las mujeres víctimas de Violencia.....	32
Tabla 2. Estado Civil.....	33
Tabla 3. Actividad desempeñada.....	34
Tabla 4. Parentesco del agresor.....	35
Tabla 5. Tipos de violencia experimentada.....	36
Tabla 6. Presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en las mujeres violentadas.....	37
Tabla 7. Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edades de las mujeres víctimas de Violencia.....	32
Gráfico 2. Estado civil.	33
Gráfico 3. Actividad desempeñada.	34
Gráfico 4. Parentesco del agresor.	35
Gráfico 5. Tipos de violencia experimentada.	36
Gráfico 6. Presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en las mujeres violentadas.	37
Gráfico 7. Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo Nro. 1: Formulario de consentimiento informado.	59
Anexo Nro. 2: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico.	61
Anexo Nro. 3: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.	64

ÍNDICE DE APÉNDICE

Apéndice Nro. 1: Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica – FIEPS.	69
Apéndice Nro. 2: Técnicas de respiración.	75
Apéndice Nro. 3: Entrenamiento autógeno de Schultz.	76
Apéndice Nro. 4: Visualización creativa.	78
Apéndice Nro. 5: Dialogo socrático.	79
Apéndice Nro. 6: Control del pensamiento.	79
Apéndice Nro. 7: Autoregistro de pensamientos.	79
Apéndice Nro. 8: ABC emocional.	79
Apéndice Nro. 9: Técnicas de autocontrol.	80
Apéndice Nro. 10: El entrenamiento en el uso del lenguaje.	81
Apéndice Nro. 11: Parada del pensamiento.	81
Apéndice Nro. 12: Auto-instrucciones.	81
Apéndice Nro. 13: Ejecución y aplicación de técnica.	82
Apéndice Nro. 14: Evaluación final del proceso psicoterapéutico.	84

a) Título

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE
PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

b) Resumen

La Organización Mundial de la Salud, menciona que la Violencia Intrafamiliar es una problemática social que afecta profundamente a todos los miembros del núcleo familiar, generando repercusiones en el desarrollo de la familia y de quien sufre violencia ya sea de forma física, mental, sexual o patrimonial. La Decima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades- (CIE 10, 1992), define al Trastorno de Estrés Postraumático- TEPT como: un Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo por ejemplo, catástrofes naturales, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, terrorismo, ser víctima de violación u otro crimen. El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, cuyo objetivo general fue determinar cómo influye la Violencia Intrafamiliar en la existencia del TEPT. Para ello, se recogió información de 60 mujeres, que asisten a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora. Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron: 1) Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Intrafamiliar; y, 2) Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático. De acuerdo a los resultados obtenidos de las 60 mujeres entrevistadas el 100% fueron víctima de Violencia Intrafamiliar en todas sus manifestaciones, experimentando en mayor volumen y frecuencia el tipo de violencia física: 39,47%; psicológica: 37,50%; patrimonial: 15,13%; y, sexual: 7,89%; de estas mujeres 46 presentaban síntomas del TEPT lo cual representa el 77%; los síntomas que predominaron fueron: hiperactivación en primer lugar; luego evitación y finalmente reexperimentación; además se realizó un plan psicoterapéutico dirigido a las víctimas de violencia doméstica con el fin de disminuir sintomatología.

Palabras claves: Familia, Violencia doméstica o Intrafamiliar, Trastorno de Estrés Postraumático.

Abstract.

The World Health Organization, mentions that the domestic violence is a social problem that deeply affects all the members off the family nucleus, generating repercussions in the development of the family and of those who suffer physical, mental, sexual or patrimonial violence. The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, 1992), defines the Posttraumatic Stress Disorder- PTSD as: a disorder that arises as a late or deferred answer to an stressful event or a situation of exceptionally threatening or catastrophic nature, that would cause a widespread malaise to almost everyone, for example, natural disasters, warfare, serious accidents, witnessing the violent death of someone, terrorism, being a victim of rape or other crime. The current descriptive, quantitative and cross-sectional research, has a general objective to determine how domestic violence affects the existence of PTSD. For this, data was collected from 60 women, attending to the emergency room of the “Hospital General Isidro Ayora”. The data collection instruments used for the present study were: 1) semi-structured interview for intra-family violence victims; and 2) scale of risk of posttraumatic stress manifestations. According to the results gotten from 60 women interviewed, 100% state that were victim of intra-family violence in all its symptoms, experimenting physical violence in higher frequency and rate: 39.47%, psychological: 37,50%, hereditary violence; 15,13%, and sexual: 7,89%. From this population, 46 showed evidence of PTSD which represents 77%. The symptoms that predominated were: hyperarousal in first place, then avoidance and finally re-experimentation; moreover, a psycho-therapeutic plan was developed, aimed to domestic violence victims with the objective of decreasing symptoms.

Key words: family, domestic or intra-family violence, posttraumatic stress disorder.

c) **Introducción.**

Estimaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud- (OMS, 2013), nos muestran que cada año más de 1.6 millones de personas pierden la vida de forma violenta, las cifras indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o sexual por terceros en algún momento de su vida.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe- (CEPAL, 2010), señala que los tipos de violencia experimentada por las mujeres de Latinoamérica van desde golpes simples hasta agresiones severas con amenazas de muerte, acompañada por una fuerte violencia psicológica, física y sexual.

El Ministerio de Salud Pública- (MSP, 2014), menciona que la Violencia Intrafamiliar, es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y de la sociedad; además, las investigaciones llevadas a cabo por el MSP afirman que 8 de las 15 causas de la muerte en personas entre 15 a 29 años, están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la región de las Américas.

En el Ecuador, los problemas asociados a la violencia de género aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, la estadística señala que: a) Una de cada 3 mujeres y 1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes han vivido algún tipo de violencia de género e intrafamiliar; y, b) La Violencia Intrafamiliar en el país afecta a diversos sectores de la población y se constituye en un grave problema de salud pública, en la medida de que tiene efectos devastadores en la vida y en el desarrollo integral de quienes la sufren.

En el transcurso de los años se ha ido incrementando la Violencia doméstica, cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos- (INEC, 2011), nos muestran que en nuestro país existen más de 7 millones de mujeres y el 61% de esta cifra han sido Víctimas de Violencia Intrafamiliar, es decir, 6 de cada 10

han sufrido algún tipo de violencia de género, por parte de una persona conocida o extraña, en los distintos ámbitos del quehacer social.

Los resultados muestran, en orden de magnitud que la forma de violencia más frecuente es la psicológica o emocional, con el 53,9%; le sigue la violencia física con el 38%; la sexual pues 1 de cada 4 ecuatorianas han sido víctimas de alguna forma de este tipo de agresión con el 25,7%; y, finalmente se ubica la violencia patrimonial con el 16,7%.

A nivel provincial el 67,2% de las mujeres casadas o unidas, han vivido algún tipo de violencia; en cuanto a los tipos según un estudio realizado por el (INEC, 2011), el Ministerio del Interior del Ecuador y la Organización de la Naciones Unidas, a nivel de la provincia de Loja muestra que 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia con el 59,3%, el 41,4% de las mujeres han sufrido violencia psicológica, el 31,1% violencia física y el 12,2% violencia sexual, la violencia patrimonial alcanza al 7,8%.

Las víctimas de Violencia Intrafamiliar al estar expuestas a eventos que representan una amenaza para su vida tienden a desarrollar cuadros psicopatológicos tales como: trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, abuso y dependencia de sustancias; no obstante, es el TEPT, el que mejor parece caracterizar las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres.

En los Estados Unidos, en la década pasada, el conocimiento sobre TEPT evolucionó desde estudios específicos sobre veteranos de guerra y sobre víctimas de desastres.

El Estrés Postraumático se define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo, ser víctima de tortura, violación o crimen. (CIE 10, 1992)

Las estadísticas sugieren que entre el 2% y el 9% de la población tienen cierto grado de EP; de cada 100 personas entre 2 y 9 sufren de este trastorno.

El desarrollo de Estrés Postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente y hasta el 51% en las víctimas de maltrato doméstico lo cual representa una prevalencia significativa en una muestra de mujeres maltratadas (Campbell y Rose., 1996).

En el estudio llevado a cabo se puede comprobar que efectivamente la Violencia Intrafamiliar es un factor que influye en gran medida la existencia del TEPT y teniendo en cuenta esta relación se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado: *“Violencia Intrafamiliar como factor causal del Trastorno de Estrés Postraumático, en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años, que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora”*.

La presente investigación es de tipo descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo, y de corte transversal, la misma tiene como objetivo general: Determinar cómo influye la Violencia Intrafamiliar en la existencia del Trastorno de Estrés Postraumático, en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años, que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora; y como objetivos específicos: a) Conocer la frecuencia de pacientes víctimas de violencia en sus diferentes manifestaciones, que asisten a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora; b) Identificar la presencia de casos clínicos con Trastorno de Estrés Postraumático en las víctimas de Violencia Intrafamiliar; c) Determinar la influencia de Violencia Intrafamiliar en el Trastorno de Estrés Postraumático; y, d) Elaborar una propuesta psicoterapéutica dirigida a las pacientes víctimas de Violencia diagnosticadas con el Trastorno de Estrés Postraumático con el fin de disminuir la incidencia de la problemática.

Es importante manifestar que en el presente trabajo investigativo se ha estructurado la revisión de la literatura de tal manera que pueda esclarecer los conceptos relacionados con el tema de investigación; contemplando aspectos

tales como: familia, tipos de familia, funcionalidad familiar, disfuncionalidad familiar, antecedentes de la violencia doméstica, definición, tipos de violencia, círculo de la Violencia Intrafamiliar, causas y consecuencias, y finalmente el Trastorno de Estrés Postraumático, incidencia y curso del trastorno.

Mediante la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica se logró indagar aspectos personales y demográficos, características de la relación de pareja, conocer los antecedentes y experiencias de maltrato, los tipos de violencia al que ha sido sometida, número de denuncias en contra de su agresor, antecedentes familiares y personales de trastornos psicológicos; y como estos hechos han alterado su estado psicológico y su calidad de vida; de la misma manera se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, que permitió evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT, así, como los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación.

d) Revisión de la literatura.

1. Familia.

1.1 Definición:

Clavijo (2011), define una familia como:

“... El conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social...”

... La familia comparte mutuas necesidades humanas, materiales y espirituales, que permite la reproducción biológica de la especie, cultura, sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive, para convivir adaptativamente en la cual debe preparar a sus miembros...

... Ser familia implica: vínculos afectivos y morales que se mantienen a lo largo de la vida, así como obligaciones, derechos espirituales y materiales que la tradición y la ley recogen, los que, de violarse, crean problemas que la sociedad, afectando directa o indirectamente a transgresores, perjudicados y, por extensión, de un modo u otro, a todo el grupo familiar...”.

Sánchez (1980), considera a la familia como la unidad fundamental de la sociedad, el grupo social que conserva nexos de parentesco entre sus miembros, tanto de tipo legal como consanguíneo y que se constituye por individuos de generaciones distintas, diferente edad, sexo y características que, por lo general, comparten el mismo techo.

1.2 Tipos de familia:

Walker (1979), señala:

“El tipo de familia es la categorización de ésta, en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa”:

1.2.1 Familia Nuclear.

El modelo estereotipado de familia tradicional, que implica la presencia de un hombre y de una mujer unidos en matrimonio, más los hijos en común, todos viviendo bajo el mismo techo, ha sido un reflejo de lo entendido como familia nuclear (Walker, 1979).

Dentro de la familia nuclear encontramos claramente los tres subsistemas de relación: 1) entre pareja, 2) padres e hijos y 3) entre hermanos, cada uno son sus particularidades y diferencias en su conexión con los otros subsistemas (Eguiluz, 2003).

1.2.2 Familia ampliada.

La familia ampliada se constituye cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser parientes tales como abuelos, tíos, primos, etc., o personas sin vínculos consanguíneos como allegados o huéspedes (Moran, 2004).

1.2.3 Familia reconstituida.

Con cierta frecuencia, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar otra convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Estas familias, en las que al menos un miembro de la pareja proviene de la unión anterior, recibe el nombre de reconstituida (Moran, 2004).

1.2.4 Familia Monoparental.

Es la constituida por un solo conyugue padre o madre y sus hijos; tiene su origen en la muerte, separación, divorcio o abandono de uno de los conyugues.

La pérdida de uno de los padres puede ser motivo de serios problemas económicos, afectivos y de crianza, acompañándose de cambios sustanciales de los papeles de todos sus componentes (Eguiluz, 2003).

1.2.5 Familia Extensa.

Las familias extensas están constituidas por una agrupación numerosa de miembros, en la que, junto con los padres e hijos, se incluyen a abuelos, tíos, primos, entre otros, abarcando dos o más generaciones.

Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de la pareja de más edad que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo del hogar (Eguiluz, 2003).

1.2.6 Familia Transnacional.

El auge de los nuevos flujos migratorios internacionales se caracteriza por la configuración de redes sociales, así como actividades y patrones que vinculan la sociedad de origen con la receptora, en un mismo campo social; esto es, la vida de los migrantes actuales trasciende las fronteras nacionales e integra en una misma experiencia un nuevo espacio, el transnacional.

Lo transnacional, en el fenómeno de la migración, se sostiene sobre la base de que los migrantes mantienen múltiples relaciones familiares, económicas, sociales, organizacionales, religiosas y políticas que vencen las fronteras; además, realizan acciones, toman decisiones y desarrollan

identidades dentro de redes sociales que los mantienen conectados con dos o más sociedades simultáneamente (Basch, 1992).

1.3 Funcionalidad de la familia:

Las familias funcionales se caracterizan por tener una interacción positiva y constructiva entre sus miembros, se caracterizan por ser: abiertas, flexibles y empáticas, donde existe un grado positivo de confianza entre unos y otros, de igual modo, se fomenta el buen desarrollo de la autoestima y la efectividad lo cual favorece el cumplimiento de las funciones básicas de ésta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas que dependen de ella respetando las diferencias individuales.

Una familia puede ser o no funcional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes, haga posible o entorpezca de modo significativo el bienestar, el ajuste emocional y social dentro de ella (Olivar, 2006).

1.4 Disfuncionalidad de la familia:

En la conformación de un grupo familiar las relaciones entre las partes consiguen presentarse inicialmente como cooperativas e incluso con complementariedad, con lo cual, se llega a pensar que los conflictos no existen, pero luego, ante la presencia de diferencias pueden surgir las dificultades.

Se entiende a estas dificultades como las tensiones que se despliegan dentro de una misma familia, en torno a diferentes aspectos: conyugales, afectivos, domésticos, parentales e intergeneracionales, que se exteriorizan en las diferencias de intereses, deseos, opiniones e incluso de valores que aparecen en el proceso evolutivo de la familia (Losada, 2015).

Minuchin y Fishman (2004), enlistan una serie de conflictos que pueden presentarse en los diversos subsistemas del ámbito familiar, por ejemplo:

- a) En el subsistema conyugal, los miembros de la pareja pueden manifestar exigencias de tipo personal y afectivo, problemas individuales, inexistencia de acuerdos para el manejo del tiempo libre, intimidad sexual, encuentro con los amigos, tiempo con la familia extensa, relación con el dinero y cuestiones financieras;
- b) Las familias multiproblemáticas tienden a abandonar sus funciones parentales, se revela un grado elevado de incompetencia parental y negligencia, no pudiendo asistir en cuidado y pertenencia a sus hijos; estos grupos familiares, exhiben una pluralidad de síntomas sin descanso ni paz, crisis recurrentes, un cuadro des-organizativo, un creciente abandono de las funciones parentales y características de aislamiento.
- c) Las familias que dan lugar al alojamiento de la enfermedad, es decir, el aglutinamiento como una forma extrema de proximidad y vigor en las interacciones y sobreprotección.

La rigidez es señalada, como una cuestión imperiosa en torno a mantener el status. La evitación de conflicto coloca a uno o más miembros del sistema familiar en una posición de negar o bloquear su parecer en pos de ostentar una pseudo-armonía; en tanto, la involucración de los hijos con los conflictos parentales o maritales a través de la triangulación inhibe a la pareja en la resolución propia de la situación conflictiva y coloca a los niños en un subsistema que no les pertenece.

2. Violencia doméstica:

2.1. Antecedentes.

La familia es el grupo social más violento y en el que se perpetra más violencia, Infante y colaboradores (1999), haciendo alusión a la Declaración de la ONU (1980), con el motivo de la conmemoración del año internacional de la mujer, refieren: “la violencia contra la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo, lo que ha permanecido en un enorme porcentaje oculta y silenciada por las víctimas, lo que ha provocado su perpetuación a lo largo de la historia hasta nuestros días, en razón de una serie de factores socio culturales que lo permiten”.

La violencia contra las mujeres cobró mayor reconocimiento como tema digno de preocupación y acción internacional, las organizaciones de mujeres de todo el mundo incluyeron la violencia como un tema prioritario y es así que, durante la denominada década ONU para la Mujer (1975-1985), en noviembre de 1985, la Asamblea General aprobó una primera resolución sobre esta problemática.

Desde entonces, la ONU ha auspiciado diversas reuniones de grupos de expertos sobre la violencia contra las mujeres y le han dado seguimiento al tema a través de su Comisión sobre la Condición de la Mujer, el Consejo Económico y Social, la Oficina de Estadística y el Comité de Prevención y control de Delito; así mismo, en la Comisión de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos celebrada en Viena (1993), reconoció a la violencia contra las mujeres como una violación flagrante de los derechos humanos.

La Organización Panamericana de la Salud – OPS (2000), menciona que, como parte de estos esfuerzos, en 1994 se aprobó el Proyecto Sub-regional de Acción y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica; y, en 1995 se aprobó un proyecto similar para tres países andinos: Ecuador, Perú y Bolivia. Estas investigaciones intenta ser una contribución a iniciativas internacionales por prevenir, combatir y erradicar la violencia contra las mujeres.

2.2. Definición.

Según la ONU (2013), la violencia doméstica contra las mujeres constituye: *“una manifestación de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, discriminación e interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo”*.

La OMS (1995), de igual forma indica que la violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital se debe a pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, sexo, idioma o religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, lugar de trabajo, comunidad y sociedad.

La Asociación de Psicólogos Americanos - APA (1996), define la violencia doméstica como: *“un patrón que incluye un amplio rango de conductas de maltrato físico, psicológico o sexual utilizado por una persona en una relación íntima contra la otra con el fin de obtener poder, control y autoridad”*.

La Violencia Intrafamiliar es el ejercicio coercitivo en el seno de una familia por acción, negligencia u omisión que un integrante ejerce contra de alguien más y le produce un daño físico, psíquico, sexual u otro, que se caracteriza por ser un acto que requiere de fuerza, recurrencia e intención y es un ciclo dirigido a dominar, acosar, intimidar, someter, controlar o agredir, que provoque daño a la integridad, dignidad o bienestar de la persona, cualquiera que sea el medio utilizado para el efecto.

Esta forma de violencia está presente tanto en los hogares como en los espacios públicos; sin embargo, es evidente que se ejerce mayoritariamente al interior de los hogares, en especial en la pareja, donde se presentan los más altos porcentajes, ejercida por los conyugues, ex-conyugues, novios, enamorados, familiares u otra persona relacionada que está dentro de la casa (Ministerio del Interior del Ecuador - MIE, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC y ONU, 2014).

2.3. Tipos de violencia doméstica:

2.3.1. Violencia psicológica.

Medina (2001), manifiesta que el Maltrato Psicológico es la forma más generalizada de violencia, ya que se ejerce a través de: a) expresiones verbales como palabras groseras, frases hirientes, gritos, amenazas, entre otras; y/o, b) expresiones no verbales como gestos, miradas despectivas y silencios, por citar algunos, lo cual afecta la Salud Mental de quien los recibe, a tal punto de presentar alteraciones en su autoestima, generando sentimientos negativos, resaltando entre estos: tristeza, frustración, subvaloración, humillación, soledad, rechazo y ansiedad.

2.3.2. Violencia física.

Se entiende por Maltrato Físico, cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona, de modo que conlleve riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor (Lopez y Allister, 2002).

Báez (2013), considera que se debe tomar en cuenta dos tipos de conductas: a) activas, cuyas acciones están dirigidas a abofetear, empujar, golpear, escupir, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas, con el fin de causar una lesión; y, b) pasivas, entre ellas está la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico.

2.3.3. Violencia sexual.

Se caracteriza por actos de violencia física, psíquica o ambos que son ejercidos por el agresor con el fin de satisfacer su libido, sin tomar en cuenta los posibles sentimientos o rechazo que la víctima puede mostrar o sentir respecto a su participación, en dichos sucesos; sí, esta situación de

humillación sexual continua, produce sentimientos de culpa, desprecio hacia sí misma, vergüenza y soledad; muy frecuentemente, estos episodios solo se exteriorizan después de la ruptura del vínculo matrimonial o situación análoga e incluso muchas veces no se hacen públicas (Mora, 2003).

Según Grosman (1991), la violencia sexual es la imposición de actos contra la voluntad de otro sea la violación marital y/o violencia sexual, que afecta a mujeres, hombres, niñas y niños durante sus vidas; aquellos que abusan sexualmente, pueden ser personas conocidas o desconocidas y miembros de la familia.

2.3.4. Violencia patrimonial o económica.

Báez (2013), refiere que este tipo de violencia se manifiesta cuando un solo miembro de la familia se beneficia de los ingresos y la economía, ejerciendo el control sobre los recursos económicos, propiedades y en general.

Si el agresor es el jefe del hogar, le exigirá a la pareja todo tipo de explicaciones para “darle dinero” o bien le dará menos cantidad de la que se necesita. Puede suceder también que, aunque la familia necesite los recursos, le impedirá a su pareja que trabaje para que no tenga la posibilidad de tener autonomía económica y él continuar con el control sobre la familia.

Además, otra forma de violencia económica es cuando el agresor destruye los bienes personales del otro o dispone de los recursos económicos propios y de la persona que está siendo violentada, sólo para su propio beneficio.

2.4.Circulo de la Violencia Intrafamiliar:

Walker (1979), hace referencia a que cuando la mujer está inmersa en el círculo de la violencia, cree que la conducta de su pareja depende de su propio comportamiento, se siente responsable e intenta una y otra vez cambiar el proceder del maltratador; sin embargo, cuando observa que sus expectativas fracasan de forma reiterada, desarrolla sentimientos de culpa, vergüenza y, además, se ve

obligada a realizar acciones, como: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales en contra de su voluntad, tolerar el maltrato a los hijos(as) u otras acciones, con el fin de evitar agresiones. Y, una vez que se da un episodio de Violencia Intrafamiliar, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto, lo que describe el carácter cíclico de este fenómeno, en tres fases o momentos, de distinta duración e intensidad, en una misma o diferente pareja, las que detallamos a continuación:

2.4.1. Fase 1. Acumulación de tensión.

Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos por parte del agresor hacia la víctima, la cual en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa, ignora lo sucedido o minimiza los hechos, ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, atribuyéndose cada incidente y aislándolo a factores externos y no a su pareja, porque confía que las cosas cambiarán, pero no es así, muy por el contrario empeoran, ya que se da una escalada de maltrato.

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

Algunas víctimas, en la etapa final de esta fase, comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de maltrato (Walker, 1979).

2.4.2. Fase 2. De exposición, agresión o Episodio agudo.

Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de Maltrato Psicológico, Físico o Sexual. Esta fase se distingue de la anterior, por la ausencia total de control en los actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien, empieza intentando justificar sus actos, acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido, dejándose llevar por sus impulsos. La agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño; y, ha finalizado cuando él siente que ha aprendido la lección, sin embargo, ella fue severamente maltratada.

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte; de hecho, es cuando la mujer busca asistencia médica, lo que ocurre en menos del 50% de los casos. Usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido (Walker, 1979).

2.4.3. Fase 3. De reconciliación, arrepentimiento o luna de miel.

Según Walker (1979), en esta fase no hay tensión ni agresión, el agresor se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder, se comporta de manera encantadora y amorosa.

El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse, al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada”, por lo que no se verá obligado a golpearla. Y, la víctima intenta asimilar la situación como una “pérdida de control momentánea” que

no volverá a repetirse, que él será capaz de hacer lo que ha prometido y, así mismo, cree poder cambiarlo y mejorar a futuro.

Lamentablemente, es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales.

La duración exacta de esta fase no ha sido determinada, parece ser más larga que la segunda pero más corta que la primera, no obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión. No parece haber nada que marque el término de esta etapa y bien, de forma progresiva o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de tensión.

Las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden, a las conductas violentas y amorosas, como eventos que ocurren de manera aleatoria. A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer.

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

2.5.Causas y origen de la Violencia Intrafamiliar:

2.5.1. Individuales.

Cantrell (2000), considera que el hombre violento que golpea a su esposa posee algunas de las siguientes características: a) baja autoestima, y deficiente control de los impulsos; b) creencia en la superioridad masculina y a mantener papeles estereotipados; c) minimización de la gravedad de sus actos violentos; d) resistencia a asumir la responsabilidad por ello tendencia a expresar sus emociones con ira y a aliviar las tensiones mediante la agresión; e) necesidad de controlar a los demás sin ejercer autocontrol; y, f) sus relaciones interpersonales son posesivas y dependientes.

Podría agregarse a la lista, aunque no es un justificativo, que el golpeador fue testigo o víctima de maltratos cuando era niño (Megargee y Hokanson, 1979). Guilles (2004), señala: el consumo de alcohol o drogas, frustraciones personales, provocación de la víctima, incompatibilidad de caracteres entre los miembros de la familia o comportamientos aprendidos en la infancia, como factores de la violencia debido a que el mediante estos actos oculta el miedo o la inseguridad que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador, a sentirse débil y asustado.

2.5.2. Familiares.

Guilles (2004), considera que debe tomarse en cuenta al grupo que conforma la institución familiar y a las relaciones que se suscitan entre estos, debido a que la violencia es el resultado de una serie de disfunciones como: falta de comunicación entre los miembros, distancia emocional, desinterés, incapacidad para manejar conflictos, escasa o nula capacidad de conciencia, relaciones rígidas y autoritarias, incapacidad de adaptación a situaciones variables; y, expectativas demasiado rígidas sobre los demás.

2.5.3. Socioculturales.

Sauceda (2003), manifiesta que en nuestra sociedad el varón está en situación de privilegio con respecto al sexo femenino, entre otras cosas, resulta más difícil para la mujer que para el hombre: conseguir un empleo, lo suficientemente remunerado, como para hacer posible la subsistencia propia y de los hijos, sin el apoyo económico del conyugue; así, se explica en alguna medida la tolerancia de muchas mujeres y la tendencia familiar, de mantener en secreto estos incidentes, ya que en nuestra sociedad machista o sexista ha sido un hecho culturalmente aceptado.

2.6. Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar:

2.6.1. Individual.

Guilles (2004), afirma que la Violencia Intrafamiliar genera marcas emocionales: ansiedad, miedo al entorno, temor a relacionarse con los demás, inseguridad, desconfianza, tristeza constante, entre otras patologías; y, se sabe que la exposición prolongada a la violencia, ya sea como testigos o como víctimas, producen alteraciones cognitivas, afectivas y/o comportamentales, que causan enfermedades, lesiones familiares y problemas sociales.

2.6.2. Social.

La Violencia Intrafamiliar afecta a la percepción del entorno social y seguridades sobre la vida cotidiana, la confiabilidad del entorno y la protección que ofrecen las instituciones.

En el caso de los niños, la Violencia Intrafamiliar, se tiende a arraigar tanto, que muchas veces pasa de generación en generación. Los que vivieron o fueron testigos de violencia, además pueden generarse conductas de riesgo como: el abuso de sustancias adictivas, conductas agresivas, la iniciación precoz de actividad sexual e incluso pueden tener problemas para relacionarse afectivamente (Guilles, 2004).

2.6.3. Salud Física.

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

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud- IMVS (2013), entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física, por parte de sus parejas, resultan lesionadas en algún momento de su vida.

2.6.4. Salud mental y alteraciones psicológicas.

“La vivencia de Violencia Doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas; se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves” (Lorente, 2001).

Los síntomas que se dan con mayor frecuencia son: a) ansiedad; b) tristeza, c) pérdida de autoestima, d) labilidad emocional, e) inapetencia sexual, f) fatiga permanente g) e insomnio (Amor, 2002).

Según Villavicencio (1999), los principales trastornos psicológicos son: Depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático - TEPT, sin embargo, refiere que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos: trastornos de Ansiedad, estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias.

Walker (1979), describe que entre las secuelas psicológicas de la Violencia Intrafamiliar existe el Síndrome de la Mujer Maltratada, que explica por qué ellas en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones, al parecer se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizan el dolor.

3. Estrés Postraumático.

3.1 Definición:

El TEPT es un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático o extremo, durante el cual siente miedo intenso, desesperanza u horror; las características dominantes del TEPT son: entumecimiento emocional, hipervigilancia y reexperimentación (Azcárate, 2007).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM, de la Asociación Americana de Psiquiatría – APA, en su cuarta versión revisada (2000), indica que el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, integridad física o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror.

3.2 Pautas Diagnósticas:

Transcribiremos por la claridad descriptiva, para la emisión del diagnóstico certero del TEPT, lo que la Clasificación Internacional de las Enfermedades, de la OMS (2004), en su décima edición, señala:

“Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser

factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho

traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo”.

Incluye: Neurosis traumática.

3.3 Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático:

Valdivia (2002), expresa que: *“los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, presentan una tríada clínica que comprende los fenómenos de re-experimentación, evitación y respuestas de hiperactivación”.*

3.3.1 Reexperimentación.

Carvajal (2002), afirma que el re-experimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático esta fuera de control de la persona y en forma persistente pueden aparecer: imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o estímulos que recuerdan el suceso traumático.

Estos acontecimientos pueden ocurrir durante la vigilia con flash back (volver mentalmente al momento de la agresión) o el sueño en forma de

pesadillas, lo que muchas veces se acompañan con taquicardia, temblores, sudoración, cambios de temperatura e incluso pilo-erección.

3.3.2 Evitación.

Según Valdivia (2002), los mecanismos de evitación incluyen los esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que se vinculen con el trauma; en ocasiones, puede incluso presentarse amnesia en relación a aspectos importantes del suceso.

3.3.3 Hiperactivación o Aumento de la activación.

El estado general de hiperalerta en el sujeto se puede expresar por: trastornos del sueño, caracterizados por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y superficial; dificultad en la concentración; irritabilidad e incluso reacciones violentas; hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada; y, un estado de hipervigilancia (Carvajal, 2002).

3.4. Incidencia y prevalencia.

El TEPT es uno de los trastornos de ansiedad más frecuente, con una prevalencia entre el 5% y el 10% en población general, las personas pertenecientes a los grupos sometidos a hechos traumáticos (guerra, atentados terroristas, catástrofes naturales o víctimas de violencia) pueden presentarlo en porcentajes de al menos un 20% y 45% y las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8%, en los Estados Unidos de Norteamérica y de entre 2.22 y 46% en otros países del mundo (Echeburúa y Corral, 1995).

Los hombres con TEPT suelen identificar como causa el combate o ser testigo de muerte o daño a alguna persona; mientras, las mujeres con TEPT tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentarlo por ser víctimas de ataque físico o amenaza (Azcarate, 2007).

3.5. Curso del Trastorno de Estrés Postraumático.

El TEPT puede presentarse a cualquier edad, incluso durante la infancia, suelen aparecer en los 3 primeros meses posteriores al trauma y puede haber un lapso temporal de meses o incluso años antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

La principal sintomatología, abarca: re-experimentación, comportamiento evitativo y síntomas de activación, que pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo y que suelen recuperarse completamente en los tres primeros meses y en otras ocasiones pueden persistir algunos síntomas más allá del año, posteriores al acontecimiento traumático.

La calidad de apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición y remisión del TEPT (Kessler y colaboradores, 1995).

3.6. Violencia Intrafamiliar y Estrés Postraumático.

Las víctimas de Violencia Intrafamiliar que desarrollan TEPT presentan ciertas características específicas en cuanto a los síntomas.

Golding (1999), encontró que el 31 al 84,4% de las mujeres sobrevivientes al maltrato, cumplieron a los criterios para el TEPT con una prevalencia media ponderada del 63,8%.

Un estudio realizado por Echeburúa y Corral (1995), encuentra que los síntomas más frecuentes fueron: recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso a recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador. Todos ellos presentes en más del 75% de mujeres que desarrollan TEPT así mismo entre el 50 y 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso, evitación de pensamientos y

sentimientos asociados al suceso, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad, y dificultades de concentración.

Estos resultados coinciden con los hallados en una muestra de 100 mujeres víctimas de violencia doméstica, cuyos síntomas mas frecuentes fueron: recuerdos intrusivos sobre el maltrato, evitación de pensamientos, sentimientos acerca del maltrato y dificultad para conciliar o mantener el sueño (Alonso G., 2007).

e) Materiales y métodos:

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, cualitativo-cuantitativo, analítico y de corte trasversal, debido a que se utilizaron datos numéricos para la respectiva tabulación de datos obtenidos y se analizó la problemática existente en la población seleccionada.

El Área de estudio fue la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

El universo lo componen todas las mujeres de entre 15 a 50 años, que acudieron a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora, para evaluación, diagnóstico y tratamiento por referencias del Consejo de la Judicatura y Fiscalía General del Estado Loja; y, se tomó como muestra, en forma aleatoria o al azar, una muestra a 60 mujeres que hayan sido víctimas de Violencia Intrafamiliar y que cumplen con los criterios de inclusión, como grupo de estudio.

- **Criterios de inclusión y exclusión.**

Los criterios de inclusión del grupo de estudio, son: mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar en todas sus manifestaciones, entre 15 a 50 años de edad y que han accedido a brindar el consentimiento informado (ver anexo 1). Y, los criterios de exclusión, obviamente, aquellas personas que no cumplen los criterios previamente señalados.

- **Técnicas e instrumentos.**

Las técnica e instrumentos empleados con el fin de recolectar información son los siguientes:

- a. Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica - ESVD*, fue adaptada por Echeburúa et al (1994), utilizada en diversas en maltrato doméstico, consta de 23 preguntas, las cuales permitirán indagar

aspectos personales y demográficos, características de la relación de pareja, conocer los antecedentes y experiencias de maltrato, tipos de violencia (al que ha sido sometida), número de denuncias en contra de su agresor, asistencia médica por las lesiones sufridas, tratamientos psicológicos recibidos anteriormente a causa de la violencia, antecedentes familiares y personales de trastornos psicológicos; y, de qué forma estos hechos han alterado su estado psicológico y su calidad de vida (ver anexo 2).

- b. *Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático – EGS-TEP*, fue diseñada por Echeburúa et al. (1997), sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT, según los criterios diagnósticos del DSM IV, estructurada en un formato de tipo LIKERT (de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas), consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación; el rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la escala sub-escala de reexperimentación, de 0 a 21 en la evitación y de 0 a 15 en la de activación; y, la eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (95.45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales 5, 6 y 4 en la subescala de reexperimentación, evitación e hiperactivación respectivamente (ver anexo 3).

- **Procedimiento.**

El procedimiento para llevar a efecto el estudio, fue el que se resume a continuación:

1. Solicitud dirigida al director del Hospital General Isidro Ayora y al Departamento de la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Doméstica y Abuso Sexual.
2. Ingreso a la Sala de Primera Acogida, una vez obtenido el permiso correspondiente, para colaborar en la misma y llevar a efecto la investigación.

3. Valoración psicológica a las víctimas de Violencia Intrafamiliar para determinar su afectación psíquica, en base a la aplicación de reactivos.

Se aplicó la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica y posteriormente la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, con una duración aproximada entre 30 a 40 minutos, de manera individual, con el objetivo de determinar la presencia de Violencia Intrafamiliar y Trastorno de Estrés Postraumático.

f) Resultados:

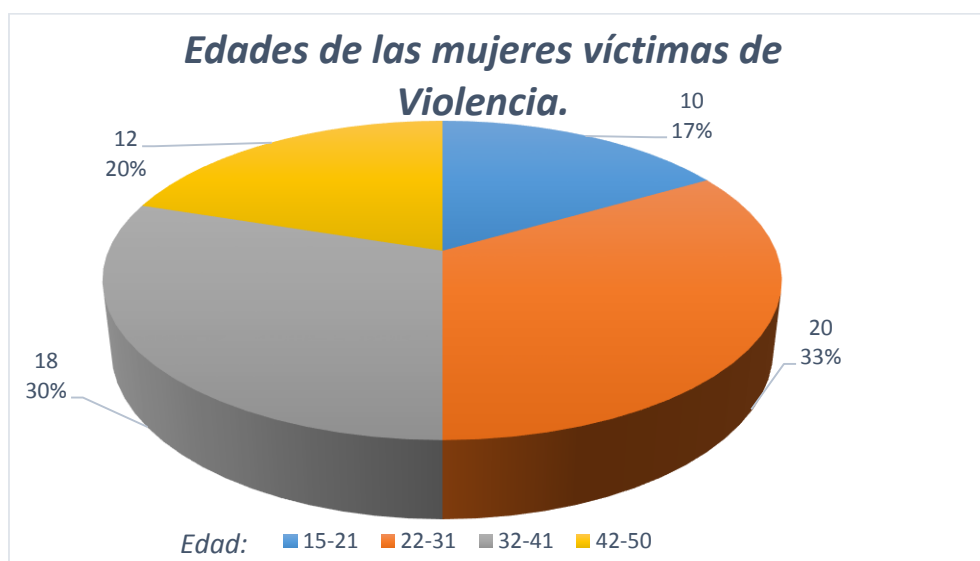
Tabla 1. Edades de las mujeres víctimas de Violencia.

Rangos de edades	F	%
15 – 21 años	10	16,67
22 – 31 años	20	33,33
32 – 41 años	18	30,00
42 – 50 años	12	20,00
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 1. Edades de las mujeres víctimas de Violencia.



Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

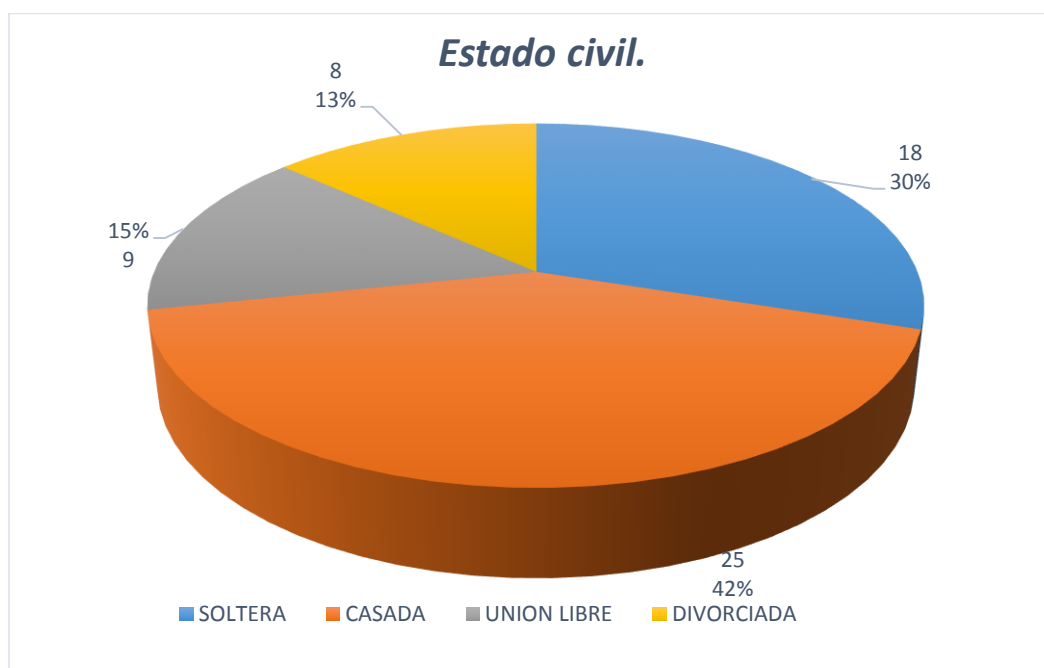
Del grupo de estudio, resalta: 20 mujeres, se encontraban entre los 22 a 31 años de edad, lo que equivale al 33%; 18 mujeres, se encontraban entre los 32 a 41 años edad, lo que abarca al 30%; y, cuyas cifras juntas son 63,33% que representa a una población adulto joven.

Tabla 2. Estado Civil.

Estado Civil	F	%
Soltera	18	30,00
Casada	25	41,67
Unión Libre	9	15,00
Divorciada	8	13,33
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 2. Estado civil.

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

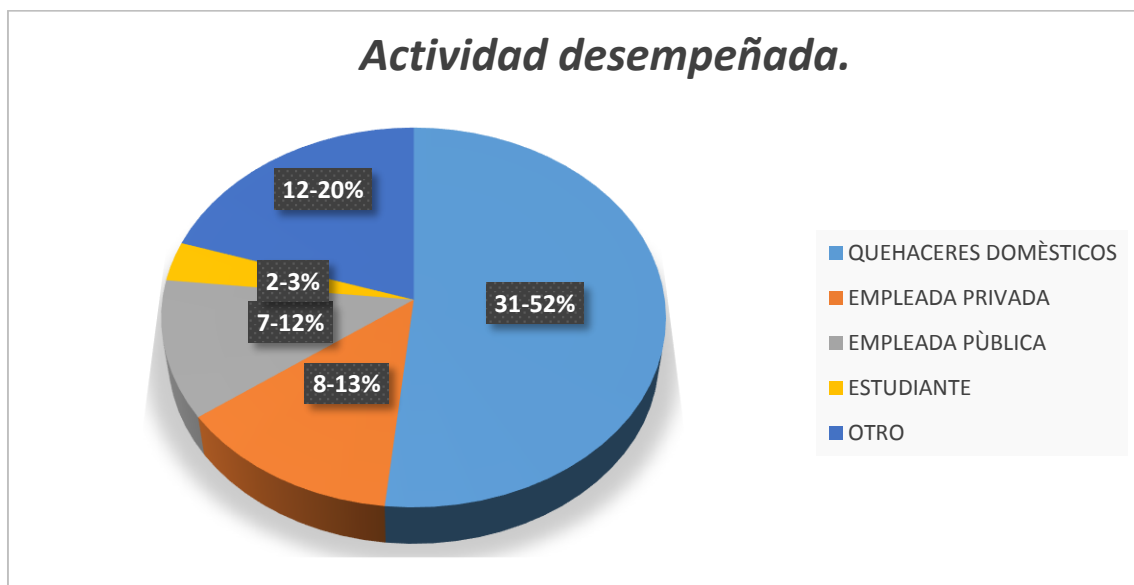
De la muestra, 25 mujeres se encontraban casadas, lo que equivale al 42%; y, 18 mujeres son solteras, es decir, el 30%.

Tabla 3. Actividad desempeñada.

Ocupación	f	%
Quehaceres domésticos	31	45,00
Empleada privada	8	13,33
Empleada pública	7	11,67
Estudiante	2	3,33
Otro	12	20,00
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 3. Actividad desempeñada.

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

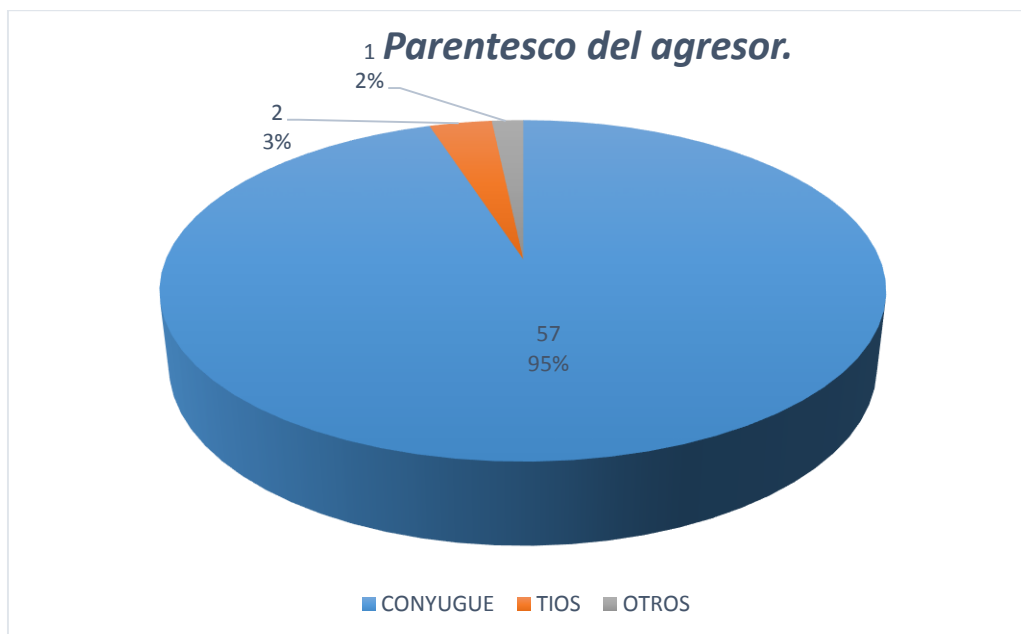
Los datos recolectados indican que: 31 mujeres, tienen como ocupación quehaceres domésticos, lo que equivale al 45%; y, 12 mujeres, se dedican a realizar otras actividades, como, por ejemplo: tener sus propios negocios, lo que corresponde al 20%; y, que al combinarse son un 65% quienes están bajo el amparo de familiares.

Tabla 4. Parentesco del agresor.

Agresor	F	%
Conyugue	57	95,00
Tíos	2	3,33
Otros	1	1,67
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 4. Parentesco del agresor.

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

57 mujeres, fueron víctimas de Violencia Intrafamiliar por parte de su conyugue o pareja, lo que equivale al 95% de la muestra.

Objetivo 1. Conocer la frecuencia de pacientes víctimas de violencia en sus diferentes manifestaciones, que asisten a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora.

Tabla 5. Tipos de violencia experimentada.

Tipos de violencia experimentada	f	%
Físico	60	39,47
Psicológico	57	37,50
Sexual	12	7,89
Patrimonial	23	15,13
TOTAL	152	100%

Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 5. Tipos de violencia experimentada.



Fuente de investigación: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.

Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

Todas las 60 mujeres, es decir el 100%, experimentaron alguna forma de Violencia, tal y como se detalla: 60 mujeres o el 39%, violencia física; 57 mujeres o el 38%, violencia psicológica; 12 mujeres o 8%, violencia sexual; y, 23 mujeres o 15%, violencia patrimonial.

Objetivo 2: Identificar la presencia de casos clínicos con Trastorno de Estrés Postraumático en las víctimas de Violencia Intrafamiliar.

Tabla 6. Presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en las mujeres violentadas.

Presencia del Trastorno de Estrés Postraumático	f	%
SI	46	76,67
NO	14	23,33
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático.
Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 6. Presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en las mujeres violentadas.



Fuente de investigación: Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático.
Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

46 mujeres o el 77% presentaron TEPT; y, 14 mujeres o 23%, no presentaron TEPT. Lo que explica tanto el síndrome como la sintomatología y comorbilidad asociadas a la violencia.

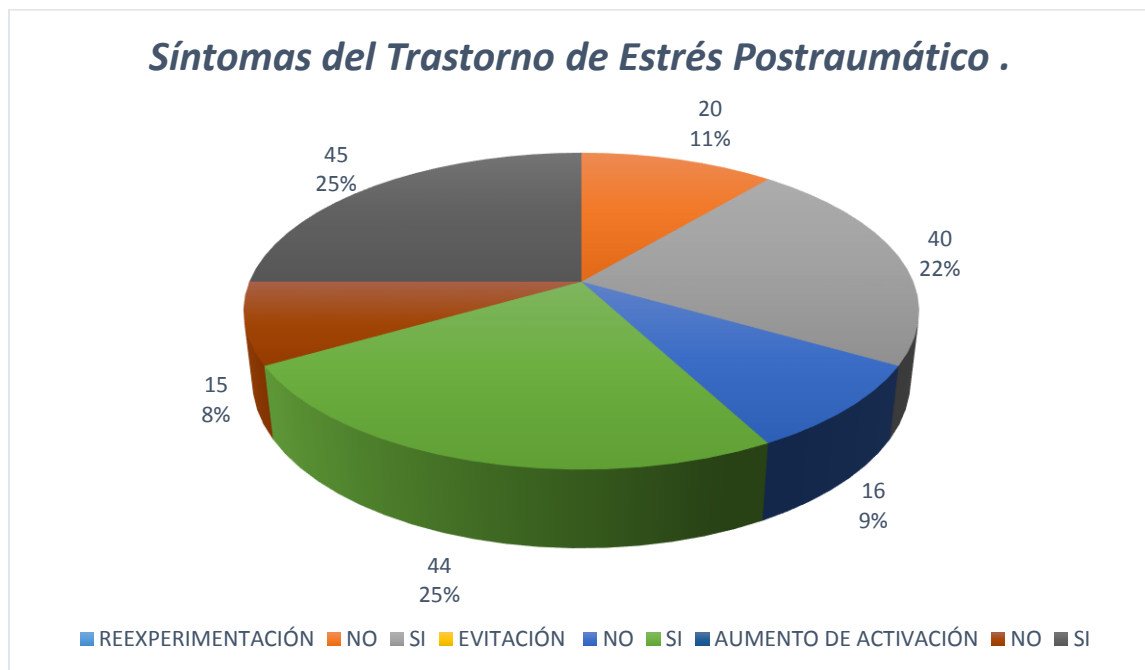
Objetivo 3: Determinar la influencia de Violencia Intrafamiliar en el Trastorno de Estrés Postraumático.

Tabla 7. Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	F	%
Re-experimentación		
NO	20	11,11
SI	40	22,22
Evitación		
NO	16	8,89
SI	44	24,44
Aumento de la activación		
NO	15	8,33
SI	45	25,00
TOTAL	180	100%

Fuente de investigación: Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático.
Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Gráfico 7. Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.



Fuente de investigación: Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático.
Elaborado por: Silvana Cecibel González Ulloa.

Interpretación.

40 mujeres o 22,22% presentaron síntomas de re-experimentación; 44 mujeres o el 24,44%, corresponden a los síntomas de evitación; y, 45 mujeres o 25% denotan hiperactivación, frente al cuadro de violencia.

g) Discusión.

De los resultados obtenidos en la presente investigación, resaltaremos los más importantes y buscaremos datos a nivel nacional e iberoamericano, para contrarrestarlos, en este orden, tal y como se desglosa a continuación:

En cuanto a la edad, prevaleció el maltrato en mujeres de entre 22 a 31 años de edad, con el 33,33%. Lo que tiene similitud con lo que señala la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género realizado, por el INEC (2011), en donde se visualiza que la edad con más casos de violencia está entre 20 a 29 años; y, con los datos encontrados en la ciudad de Durango (México) por Zaldivar y colaboradores (1998), en el que prevalecían edades entre 20 y 35 años. Lo que significa, que este grupo hectáreo suele ser el más afectados.

De acuerdo al estado civil predominante, 42% son mujeres casadas quienes refirieron no vivir con sus agresores y, 30% mujeres solteras; cifras similares a las encontradas por Troya (2001), en Ecuador afirmando que el 60,3% de mujeres se encontraban casadas, y el 13,5% en unión libre; a su vez Aguirre y colaboradores (2010), en la Universidad de Concepción (Chile), asevera que el 26,5% se encontraban casadas, mientras que un 24,7% solteras.

Conforme a la ocupación, 45% de las mujeres realizaban quehaceres domésticos; y, 20% de mujeres se dedican a realizar otras actividades, datos similares a los presentados por Troya (2001), quien preponderaba como ocupación amas de casa con el 54,4%, seguido por las trabajadoras informales con un 17,1%; por otra parte, Aguirre y colaboradores (2010), refirieron que el 57% fueron amas de casa y el 40,5% trabajaba fuera del hogar.

En relación al parentesco del agresor: 95% mujeres fueron maltratadas por su conyugue; al igual que en los estudios llevados a cabo por: INEC (2011), en que el 87,3% de mujeres fueron agredidas por su pareja; y Alvarado (2013), en ciudad Juárez, en cuyo estudio el 65% de la muestra fueron violentadas por su conviviente.

Los tipos de violencia experimentados, fueron: 39% física; 38% psicológica; 8% sexual y, 15% patrimonial; muy cercanamente al estudio analizado por la UNICEF (2014), determinando que, las formas de agresión en orden de magnitud son: 43,4% psicológica; 35,0% física; 14,5 sexual; y, 10,7% patrimonial; además Aguirre y colaboradores (2010), señala la violencia física y psicológica con el 64% y nuestro estudio con el 77%.

De las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar el 76,67% presentaron TEPT; exteriorizando los siguientes síntomas: 22% re-experimentación, 25% evitación y 25% hiperactivación; cuyos resultados se asemejan con los encontrados por Merizalde (2012), en donde analizó el predominio de los síntomas expuestos a continuación: 32,11 re-experimentación; 34,52 evitación; 34,12% hiperactivación; resultados que se contrastan con los analizados por Rincón (2003), en la Universidad Complutense de Madrid en la cual el 24,7% tenía síntomas de reexperimentación; 35,3% evitación; y, 40% hiperactivación.

h) Conclusiones.

Al concluir, con el presente estudio, de acuerdo con los datos recolectados, análisis, resultados y discusión, planteamos las siguientes conclusiones:

- Se identificó, a las víctimas de Violencia Intrafamiliar, de aquellas derivadas del Consejo de la Judicatura, Fiscalía y Junta Cantonal de la Niñez y Adolescencia, quienes acudían a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de Loja, para asistencia psicológica por la experiencia de abuso sufrida; y, tomando como muestra a 60 mujeres de las cuales el 100% refirió haber sido víctima de violencia en sus diferentes formas de manifestación.
- Mediante la Entrevista Semiestructurada de Víctimas de Violencia Doméstica, se comprobó, que la mayor parte de las víctimas, experimentó violencia en todas sus manifestaciones.

Utilizando la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, se evidenció que el 76,67% presentó el Trastorno de Estrés Postraumático.

Además, la sintomatología en el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático fue: a) Hiperactivación; en el que encontramos: dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultades de concentración e hiperalerta; b) Evitación, en donde evidenciamos: esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones; y, evitación de actividades, lugares o personas que evocan el suceso; y, c) Re-experimentación con recuerdos desagradables y recurrente, sueños, malestar psicológico intenso y reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que recuerden algún aspecto del evento traumático.

- La influencia de Trastorno de Estrés Postraumático, afecta a todas las áreas (familiar, personal, social, laboral y académica u otra), por lo que podría considerarse, un trastorno incapacitante no solo debido a la gravedad de los síntomas sino porque impide el normal desenvolvimiento en la vida cotidiana y el difícil retorno a lo que fue antes de la experiencia de violencia.

i) Recomendaciones.

- Realizar psicoeducación a la población en general, orientada en fortalecer los derechos e informar acerca de los servicios médicos, legales y sociales, a los que pueden acudir en caso de ser víctimas, para recibir apoyo.
- Promover y garantizar, mediante un abordaje integral y con un equipo multidisciplinario en el área de la Salud Mental, actividades de prevención, promoción e intervención que provoquen un mejor trato, libre de violencia; (primaria, secundaria y terciaria), tanto a nivel de pareja, familiar y sociedad.
- Posibilitar, que las víctimas, que se hallan muy afectadas, acudan a terapia psicológica y o psiquiátrica, para que un facultativo elabore, aplique y evalúe un plan de intervención psicoterapéutico, acorde a las realidades, necesidades y situación particular de cada paciente.
- Realizar un seguimiento a los pacientes, con el fin de aportar con la reinserción personal, familiar, laboral y social, en el menor plazo posible, sosteniendo el cambio alcanzado con la intervención psicoterapéutica.

j) Plan terapéutico:

1. Tema: Plan de Intervención Psicoterapéutica en Víctimas de Violencia Intrafamiliar que presentan el Trastorno de Estrés Postraumático.

2. Antecedentes:

La violencia contra la mujer en el hogar representa un grave problema social, se trata de un fenómeno frecuente que produce consecuencias negativas en la víctima, familiares y sociedad; y, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja, desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia.

Tras el análisis de los estudios existentes en relación a la problemática planteada, así como los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede visualizar la alta influencia de TEPT en las víctimas de Violencia Intrafamiliar, quienes presentan síntomas psicopatológicos, entre los que sobresalen: re-experimentación, evitación e hiperactivación. Al igual que el estudio llevado a cabo por Echeburúa y Corral (1998), en 250 víctimas de maltrato, de las cuales el 46% presentó síntomas del TEPT y éstas presentaron inadaptación a la vida cotidiana, dificultad en la toma de decisiones, elevados niveles de ansiedad, que se suman a las características encontradas en nuestra investigación.

3. Justificación:

Los psicólogos clínicos se dedican a una serie de actividades encaminadas a: evaluación, diagnóstico, tratamiento, investigación, enseñanza, supervisión, consulta y administración.

En cuanto al tratamiento, el objetivo es brindar apoyo, ayuda y acompañamiento, desde la técnica, la relación y el estilo personal del tratante, para que el paciente pueda solucionar problemas emocionales, conductuales y del desarrollo, mediante una serie de estrategias psicoterapéuticas, entre las que

destacan: asesoría y consejería psicológica, alivio sintomático y abordaje de la personalidad, desde un proceso estructurado, sistematizado y particularizado en el paciente y su condición clínica (Balarezo, 2010).

Al abordar la presente temática, podríamos aseverar que la Violencia Intrafamiliar es una problemática que afecta al estado emocional y psicológico de quienes la padecen en algún momento de su vida; por lo tanto, el rol de las instituciones y de los profesionales de la Salud Mental es el de representar un papel activo- participativo en la detección temprana de la problemática clínica más la prevención, promoción e intervención, trabajando en habilidades sociales, inteligencia emocional, proceso de reestructuración cognitiva, manejo de emociones, tolerancia a la frustración, entre otras acciones que fortalezcan valores de convivencia y actitudes ante los eventos de violencia, tanto para quienes presenten comportamiento agresivo como aquellos afectados por alguna manifestación de violencia, de cualquier tipo y en todo contexto.

4. Objetivos:

- a) Psicoeducar a las víctimas acerca de las consecuencias y escalada de la violencia, explicar los objetivos terapéuticos del programa y el tratamiento que se realizará.
- b) Entrenar a las víctimas en el control de la activación con el fin de disminuir la respuesta fisiológica, mejorar la calidad del sueño, aumentar la capacidad de concentración y disminuir los niveles de angustia, ansiedad e irritabilidad, mediante técnicas de respiración, relajación y visibilización.
- c) Trabajar emociones secundarias y pensamientos distorsionados, como son: ideas de culpa, desesperanza, autoestima disminuida, etc., empleando fundamentalmente: detención del pensamiento, reevaluación cognitiva y habilidades sociales (asertividad, resiliencia, afrontamiento, toma de decisiones y resolución de problemas).

5. Metodología:

Nuestra propuesta psicoterapéutica está basada en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad desarrollada por el Dr. Lucio Balarezo Chiriboga, la cual ha sido diseñada para llevarse a cabo en 12 sesiones, una por semana, durante tres meses, dirigida a mujeres adultas jóvenes (ya que según los resultados este grupo de personas son las que resultan más afectadas por la Violencia Intrafamiliar) y subdividida en cinco etapas:

a) Primera Etapa:

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso, donde se juzga: grado de interés o motivación del paciente y del terapeuta; tipo y origen de la demanda; diagnóstico presuntivo; nivel de compromiso; y, las metas psicoterapéuticas; además, debemos procurar establecer un necesario rapport, desinhibición emocional, conocer al paciente, establecer estrategias de contención y crear una relación interpersonal.

b) Segunda Etapa:

Investigación del problema o trastorno, es decir, el estudio del individuo y su problemática mediante la observación, entrevista y aplicación de reactivos psicológicos. Se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema o la patología que presenta el paciente.

c) Tercera Etapa:

Planificación del proceso, hace referencia a los objetivos, técnicas e instrumentos, que se discutirán con el paciente, para coronar los objetivos de la intervención y responder a sus expectativas, motivaciones e intereses.

Los objetivos son aquellos antes referidos con la finalidad máxima de disminuir y, en el mejor de los casos, eliminar la sintomatología del TEPT;

las técnicas a utilizarse son psicoeducativas, de alivio sintomático y de asesoramiento; y, los instrumentos se desprenden de cada técnica aplicada y consisten, generalmente, en registros de observación, entrevista, sesión, evolución y evaluación del proceso de intervención psicoterapéutica.

d) Cuarta Etapa:

Socialización, aplicación y evolución del plan de intervención psicoterapéutica, detallado en el punto 6 de la propuesta.

a) Quinta Etapa:

Evaluación para tasar progresos, estancos o involuciones del paciente, así como el éxito, dificultades o pendientes del proceso, tomando como referencia el criterio del paciente, sus familiares y del terapeuta.

6. Plan de intervención psicoterapéutica:

**PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA
PARA ABORDAR EL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

# Sesiones	Técnica	Objetivos	Procedimiento	Materiales	Duración
2	Primera etapa	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de alianza y condiciones terapéuticas. - Desarrollar rapport y empatía para generar ambiente de confianza entre el paciente y terapeuta. - Establecer propuestas metodológicas y pautas de funcionamiento terapéutico. 	Se establece rapport, relación y encuadre; y, se recogen datos, aborda el motivo de consulta y plantea la intervención. Todo lo que se recoge en la ficha de registro (ver apéndice 1) y en otros apuntes del tratante.	Ficha de registro Blog de notas	45 minutos
1	Segunda etapa	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar y evaluar al paciente. - Recolección de información para el diagnóstico clínico. - Registrar datos específicos del caso de violencia, tanto de la 	Se llena la Entrevista Semiestructurada para víctimas de Violencia Intrafamiliar (ver anexo 2), y aplicación de reactivos psicológicos.	Ficha de para víctimas de Violencia Intrafamiliar. ESVD	45 minutos

		víctima como del agresor.			
6	Tercera etapa	- Aplicar técnicas de respiración, relajación y visualización, para disminuir o eliminar síntomas de angustia, ansiedad e irritabilidad; y, técnicas de restructuración cognitiva, con el objeto de hacer, entre otras cosas, una parada de pensamientos intrusivos, erróneos o polares, barrido mental y re-significación de experiencias.	Se desarrolla, una a una, técnicas de respiración diafragmática (ver apéndice 2), relajación de Schultz (ver apéndice 3), visualización creativa (ver apéndice 4) y de corte cognitivo, particularmente: diálogo socrático (ver apéndice 5), control de pensamientos (ver apéndice 6), auto-registros (ver apéndice 7), ABC (ver apéndice 8), autocontrol (ver apéndice 9), entrenamiento en el uso del lenguaje interno (ver apéndice 10), parada de pensamiento (ver apéndice 11), autoinstrucciones (ver apéndice 12) y psicoeducación de la condición clínica.	Apéndices 2 - 4	45-60 minutos

2	Cuarta etapa	Llevar a efecto la socialización, aplicación y evolución del plan terapéutico el que ha sido esquematizado en esta tabla.	Se procede en la secuencia sugerida desde la primera a la cuarta etapa, lo que se contiene en la Ficha de Evolución (ver apéndice 13)	Ficha de ejecución y aplicación de técnicas	90 minutos
1	Quinta etapa	Evaluar progresos, estancos o involuciones del paciente, así como éxito, dificultades o pendientes del proceso, utilizando la Ficha de evaluación.	Se completa la información solicitada en la ficha de evolución según los criterios cualitativos y cuantitativos de la misma (ver apéndice 14)	Ficha de evaluación final	90 minutos

Bibliografía

- Aguirre, P., & al, e. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. 114-122.
- Alonso G., E. (2007). Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con Trastornos de Estrés.
- Alvarado., P. M. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el Estrés Postraumático en víctimas de Violencia Doméstica en Ciudad Juárez* . México.
- Americanos, A. d. (1996). *Violencia* . Washington.
- Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicologico en las víctimas de delitos violentos. En P. J. AMOR, *Evaluación del daño psicologico en las víctimas de delitos violentos* (págs. 140-145).
- Association, A. P. (2013). DSM V. Whashingto, DC London, England.
- Azcárate, M. (2007). Trastorno de estres postraumático. En *Daño cerebral secundario a la violencia* (págs. 3-30). España: Diaz de Santos.
- Báez, A. (2013). *ASPECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. MEXICO: Trillas.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Primera edición* . Quito: UNIGRAF.
- Basch, G. S.-S. (1992). Caribbean international migration and labor movements . *Caribbean regional and international migration* , 160-165.
- Campbell, & Rose., K. y. (1996). *Causas psicologicas de la Violencia Domestica*. New York.
- Cantrell, L. (2000). Guia de la mujer golpeada. *Circulo de la violencia* .
- Carvajal, C. (2002). Neuropsiquiatria. *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*, 20-34.
- CEPAL. (2010). En V. -F. Hurtado, *Asuntos de género* (págs. 57 p. : graf., tabs.). CEPAL.
- CIE10. (2004). *Decima Revision de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Madrid: Panamericana, S.A.
- Clavijo, A. (2011). *CRISIS FAMILIA Y PSICOTERAPIA*. HABANA: CIENCIAS MEDICAS.
- CONAPO. (15 de 04 de 2012). *Violencia en la familia*. Obtenido de violenciaenlafamilia,conapo.gob: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_econmica
- Dutton, & Johnson. (1998). *The Battered Woman*. New York.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1995). Manual de psicopatologia . En *Trastorno de estrés postraumático* (págs. 171-186). Madrid.

- Eguiluz, L. d. (2003). Dinámica de la Familia. En L. Eguiluz, *Un enfoque psicológico sistémico* (págs. 08-27). México D.F: Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.
- Ellis, A. (1981). *ABC emocional*. Nueva York.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorders: a meta-analysis. En *Journal of Family Violence* (págs. 99-132).
- Grosman. (1991). *Violencia en la familia*. Buenos Aires.
- Guilles, S. M. (2004). *Laberinto de la Violencia*. Barcelona: Torres Falcon.
- INEC. (febrero de 2011). *www.inec.gob.ec*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=490%3A6-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-de-genero-en-ecuador&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Infante, L., & al., e. (1999). La violencia intrafamiliar actitudes y representaciones sociales. En L. Infante, & e. al., *La violencia intrafamiliar actitudes y representaciones sociales* (págs. 10-15). Madrid: Fundamentos.
- Interior, M. d., INEC, & ONU. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. *Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres*, 10-11.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., & Hughes. (1995). Posttraumatic stress .
- Krug, & Dahlberg. (2002). Informe Mundial de Violencia y Salud. *OMS*.
- Lopez, 2., & McAllister, 2. V. (2002). *Violencia Domestica*.
- Lorente, M. (2001). Mi marido me pega lo normal. *Aves y Mares*.
- Losada, A. (2015). *FAMILIA Y PSICOLOGIA*. En A. Losada. BUENOS AIRES : DUNKEN.
- Medina, A. (2001). *Libres de Violencia Familiar*. Texas: Mundo Hispano.
- Megargee, E. I., & Hokanson, J. E. (1979). *Dinamica de la Agresion*. Mexico : Trillas.
- Meichenbaum. (1988). *Tècnicas de autocontrol* .
- Merizalde, S. D. (2012). *Análisis de los factores que promueven la resiliencia para favorecer la superación del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia*. Quito.
- Minuchin. (1983). *Estructura familiar*. Mexico: Gedesa.
- Minuchin, & Fishman. (2004). *Familia y Terapia famiia*. Mexico : Gedisa.
- Mora, H. (2003). Manual de protección a víctimas de violencia de género. En H. Mora Chamorro. Alicante: Club Universitario.

- Moran, R. (2004). *Educandos con desordenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico .
- Moya, L. (2011). *Mente y cerebro. La otra cara de la empatia*.
- MSP. (2014). ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO. En *ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GENERO* (pág. 8). QUITO.
- Olivar, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia* . En R. Olivar, *Psicología de la pareja y de la familia* (págs. 180-190). Barcelona : Universidad autonoma de Barcelona .
- OMS. (02 de febrero de 2013). www.who.int/mediacentre. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- OPS. (2000). Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. En M. Sagot, *Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina* (pág. 10).
- Perales, A. (1996). *Psicoterapia de apoyo* .
- Rincón, P. P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de Violencia Doméstica*. Madrid.
- Sauceda, G. J. (2003). El maltrato a la mujer. En J. M. Saucedo, *Violencia en la familia* (págs. 286-290). Washington.
- Schultz, J. H. (1969). *Entrenamiento autógeno de Schultz*. Barcelona: Científico- Mèdica.
- Troya., M. P. (2001). *Violencia contra las mujeres* . Quito.
- UNICEF. (2014). *La violencia de Género contra las mujeres en el Ecuador*. Quito.
- Valderrama, A. (2014). *Rol personal* .
- Valdivia, M. (2002). Trastorno de estrés postraumático. *Neuropsiquiatria*, 76-85.
- Villavicencio, J. (1999). *Violencia Domestica: Su impacto en la Salud Fisica y Mental en las mujeres*. Madrid.
- Walker, L. (1979). *The Batterd Woman*. New York: Harper.
- Zaldivar, G. A., & al., e. (1998). *Prevalencia de violencia domèstica en Durango*. Mèxico.

k) Anexos.**Anexo Nro. 1: Formulario de consentimiento informado.**

TÍTULO DE PROYECTO DE TESIS: *“Violencia intrafamiliar como factor causal del Trastorno de estrés postraumático en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años de edad que acuden a la sala de primera acogida del Hospital General Isidro Ayora”*

Estas hojas de Consentimiento Informado pueden contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador principal para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

PROPÓSITO DE ESTUDIO:

La violencia intrafamiliar es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y de la sociedad; se caracteriza por ser un acto que requiere de fuerza, es recurrente, intencional, cíclico, dirigido a dominar, acosar, intimidar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente, que provoque daño a la integridad o salud física y psicológica, cualquiera que sea el medio utilizado para el efecto, el mismo que es ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar

El Trastorno de estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza u horror; las características dominantes del TEPT son entumecimiento emocional, hipervigilancia y reexperimentación del trauma.

Mediante la ejecución de este proyecto de tesis se pretende:

- Conocer la frecuencia de pacientes víctimas de violencia en sus diferentes manifestaciones, que asisten a la sala de primera acogida del Hospital General Isidro Ayora.
- Identificar la presencia de casos clínicos con Trastorno de estrés postraumático en las víctimas de violencia intrafamiliar.

- Determinar la influencia de violencia intrafamiliar en el trastorno de estrés postraumático.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

El presente estudio es completamente voluntario, usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento que usted desee sin ser penalizado o perder beneficio alguno, participan pacientes de entre 15 a 50 años de edad víctimas intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Isidro Ayora.

Documento de propiedad y uso exclusivo de esta investigación.

PROCEDIMIENTO: En este contexto, deseo solicitarle su participación en el proyecto, lo que se materializaría realizando la siguiente actividad:

- Responder a la aplicación de la Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica.
- Responder a la aplicación de la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información brindada se mantendrá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ (Nombre Completo)

Estoy de acuerdo en participar del estudio titulado “VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA SALA DE ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”.

El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por el investigador principal, Srta. Silvana Cecibel González Ulloa. Manifiesto haber leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Firma del participante:

_____ Fecha: ____/____/____

Anexo Nro. 2: Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico.

Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, (1994)

NOMBRE:

FECHA:

1. Edad:

2. Estado civil:

Soltera Convivencia con pareja estable Casada

Separada Divorciada Viuda

En trámites de separación

3. Nro. De hijos.....

4. ¿Con quién vive actualmente?

.....

5. Nivel de estudios:

Lee y escribe Educación Básica Bachillerato

Universitario Otros

6. Profesión.....

7. Lugar y tipo de trabajo actual

.....

8. Qué parentesco tiene con el agresor

Conviviente () Edad a la que iniciaron la relación..... edad de inicio de convivencia.....

Madre ()

Padre ()

Hermano/a ()

Tio/a ()

Otros () Especifique

9. Tipo de abuso experimentado: Físico/Psíquico/Sexual/Patrimonial

- El primer incidente.....
- Un incidente típico.....
- El incidente más grave.....
- **Frecuencia de abuso en el último año**

- El último incidente.....
- ¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo?.....
- ¿Ha experimentado abuso durante el embarazo?.....

10. Actos cometidos en el abuso:

Personales:

Insultos y amenazas		Estrangulamientos	
Humillación y desvalorización		Empujones	
Puñetazos		Fracturas	
Patadas		Agresiones sexuales	
Bofetadas		Retención en el hogar	
Mordiscos		Penurias económicas	

Contra los bienes:

Romper objetos de la casa

Tirar objetos por la ventana

11. Medio coactivo empleado:

Arma blanca

Arma de fuego

Objeto contundente

Lanzamiento de objetos

Otros Especifique:.....

12. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

En caso afirmativo, ¿cuándo?

SI

NO

13. Denuncias:

- Número de denuncias.....
- Por iniciativa de.....
- Número de denuncias retiradas.....
- Número de denuncias en curso.....

14. Salidas del hogar:

- Número de veces.....
- Lugares donde han acudido

15. Asistencia médica por lesiones:

- Número de veces.....
- Tipo de asistencia.....
- Adquisición de certificados médicos.....

16. ¿Ha contado el abuso a alguien?

En caso afirmativo, ¿A quién?

17. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de delito?

- En la edad adulta
- En la infancia

18. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

SI

NO

19. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso?

SI Lo Concluyó

NO Lo Abandonó

20. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente?

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

SI Especifique:

NO

21. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico?

SI Especifique:

NO

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

SI Especifique:

NO

22. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol?

SI ¿Cuales?.....

NO

23. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

SI Especifique:

NO

**Anexo Nro. 3: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.
(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)**

Nombre:

Edad: **Fecha:**

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ BASTANTE

3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/ MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO

Definir tipo de maltrato a que está o estuvo sometida:

.....

.....

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años) ?:

.....

.....

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

.....

	0: NADA	1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ POCO	2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ BASTANTE	3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/ MUCHO
<u>REEXPERIMENTACIÓN</u>				
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes				

del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
3. ¿Tiene sueños desagradables y persistentes acerca del suceso?				
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15)	<u>TOTAL:</u>			

<u>EVITACIÓN</u>	0: NADA	1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ <i>POCO</i>	2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ <i>BASTANTE</i>	3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/ <i>MUCHO</i>
1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?				
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?				
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?				
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21)	<u>TOTAL:</u>			

<u>AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN</u>	0: NADA	1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ <i>POCO</i>	2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ <i>BASTANTE</i>	3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/ <i>MUCHO</i>
1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
3. ¿Tiene dificultades de concentración?				
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?				
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso?				

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15)	<u>TOTAL:</u>
---	----------------------

ESCALA COMPLEMENTARIA

MANIFESTACIONES SOMATICAS DE LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL SUCESO	0: NADA	1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ <i>POCO</i>	2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ <i>BASTANTE</i>	3: 5 O MAS VECES POR SEMANA <i>/ MUCHO</i>
• Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo				
• Dolores de cabeza				
• Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)				
• Dolor o malestar en el pecho				
• Sudoración				
• Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo				
• Náuseas o malestar abdominal				
• Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad				
• Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)				
• Sofocos y escalofríos				
• Temblores o estremecimientos				
• Miedo a morir				
• Miedo a volverse loco o a perder el control				

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad (rango 0-39)	<u>TOTAL:</u>
---	----------------------

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de re-experimentación, de 3, en el de evitación, y de 2, en el de aumento de la activación.

GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
	Punto de corte	Puntuación obtenida
ESCALA GLOBAL (rango 0-51)	15	
Re-experimentación (rango 0-15)	5	
Evitación (rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (rango 0-15)	4	

<hr/> <hr/>			
Reactivo:		Fecha de aplicación:	
Dx.			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Reactivo:		Fecha de aplicación:	
Dx.			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Reactivo:		Fecha de aplicación:	
Dx.			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Reactivo:		Fecha de aplicación:	
Dx.			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

7. Descripción diagnóstica:

a. Diagnóstico descriptivo del problema o trastorno:

b. Diagnóstico descriptivo de la personalidad:

c. Diagnóstico descriptivo del entorno:

8. Criterios pronósticos:

9. Aclaraciones adicionales:

10. Propuesta de intervención:

Firma de responsabilidad,

Psicoterapeuta.-

Apéndice Nro. 2: Técnicas de respiración.

Respiración profunda o abdominal

Muchas personas están acostumbradas a respirar de una manera superficial. Este es un ejercicio sencillo, con el que se consigue relajar el cuerpo y mente, además de fortalecer el diafragma.

Indicaciones:



1. Busca un lugar cómodo, puedes acostarte o sentarte.
2. Pon una mano sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a las zonas apropiadas.
3. Cuando inspires, intenta visualizar cómo tu abdomen se expande y llena de aire.
4. Inspira por la nariz, durante 4 segundos, cuando termines, mantén la respiración por unos segundos más.
5. Expulsa el aire despacio a través de tu boca, puedes tomarte unos 7 segundos y siente como tu abdomen se desinfla, como si fuera un globo.
6. Repite este proceso unas 10 veces, varias veces al día.

Apéndice Nro. 3: Entrenamiento autógeno de Schultz.

Es un método de relajación descrito por el neurólogo Schultz (1969), que ha sido avalado por numerosos estudios científicos que confirman su eficiencia en el terreno de la psico-higiene, pedagogía, prevención y terapia de numerosas alteraciones conductuales y orgánicas; el mismo que se detalla a continuación:

Ejercicio 1: Pesadez – Fase inicial

1. Siéntate o tumbate de una forma que te sea cómoda. Intenta relajarte y sentirte cómodo.
2. Cierra los ojos y concéntrate en tu brazo derecho.
3. Repite mentalmente: “el brazo derecho pesa”, “el brazo derecho pesa cada vez más”.
4. Repite estas frases lentamente, unas 6 veces.
5. Cuando sientas que tu brazo derecho pesa realmente, repite mentalmente “estoy completamente tranquilo”.
6. Repite esta frase unas dos o tres veces.
7. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.
8. Recuerda respirar con normalidad durante todo el ejercicio.

Ejercicio 2: Calor

Repite los pasos 1 al 6 como en el ejercicio anterior y continua con los siguientes:

7. Ahora repite mentalmente unas 6 veces “el brazo derecho está caliente”, “el brazo derecho está cada vez más caliente”.
8. Cuando sientas que el brazo derecho está realmente caliente repite tres veces “estoy completamente tranquilo”.
9. Ahora repite los pasos 3 a 8 con el brazo izquierdo, pierna derecha y la pierna izquierda.
10. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.
11. Recuerda respirar con normalidad durante todo el ejercicio.

Ejercicio 3: Pulsaciones

Realizar los pasos de 1 al 8 como en el ejercicio anterior y continua con estos:

9. Mientras te concentras en las pulsaciones de tu brazo derecho repite mentalmente dos o tres veces: “mi corazón late tranquilo”.
10. Ahora repite los pasos 3 a 9 con el brazo izquierdo, la pierna derecha y la pierna izquierda.
11. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.
12. Recuerda respirar normalmente durante todo el ejercicio.

Ejercicio 4: Respiración

Realizar los pasos de 1 al 9 como en el ejercicio anterior y continua con estos:

10. Focaliza tu atención en tu respiración y repite mentalmente dos o tres veces: “mi respiración es tranquila y calmada”.
11. Ahora repite los pasos 3 al 10 con el brazo izquierdo, la pierna derecha y la pierna izquierda.
12. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.
13. Recuerda respirar con normalidad durante todo el ejercicio.

Ejercicio 5: El abdomen

Realizar los pasos de 1 al 10 como en el ejercicio anterior y continua con estos:

11. Fíjate ahora en tu abdomen y repite mentalmente dos o tres veces: “mi abdomen irradia calor”.
12. Ahora repite los pasos 3 al 10 con el brazo izquierdo, la pierna derecha y la pierna izquierda.
13. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.

14. Recuerda respirar normalmente durante todo el ejercicio.

Ejercicio 6: La Mente

Realiza los pasos del 1 al 12 como en el ejercicio anterior y continua con estos:

13. En este momento tu nivel de relajación es muy alto. Concéntrate en tu mente, focaliza la frente y repite de 3 a 6 veces: “mi frente está fresca”.
14. Finaliza el ejercicio: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.
15. Recuerda respirar con normalidad durante el ejercicio.

Apéndice Nro. 4: Visualización creativa.

La visualización creativa consiste en utilizar la imaginación para atraer todo aquello que se desea creando una fantasía, es útil para mejorar y contribuir en los pensamientos, emociones e incrementa la efectividad del estado de ánimo en el diario vivir. A continuación, se detalla un ejemplo:

Imagina que estás acostado sobre la hierba con tu espalda tocando su textura. Ves nubes encima de ti, árboles a tu alrededor, y sientes la calidez del sol sobre tu cuerpo.

Entonces comienzas a ver mariposas flotando a tu alrededor, imagina que la primera es de color amarillo brillante. Ves que aparece en tu visión y poco a poco sale volando por detrás de ti o hacia un lado... hasta que dejas de verla. De repente aparece otra mariposa. Esta es de color púrpura, y vuela sobre tu cabeza y delante de ti hasta que también desaparece de tu vista.

Una mariposa de color naranja que acaba de aparecer hace exactamente lo mismo que sus predecesoras; vuela alrededor de ti mientras disfrutas de su belleza, hasta que se agita y desaparece en la distancia. Al repetir esa secuencia de colores (amarillo-púrpura-naranja) tu mente establece que debe haber un orden; así que esto te ayudará cuando estés visualizando por ti mismo en un futuro, y podrás crear imágenes más claras y nítidas.

Apéndice Nro. 5: Dialogo socrático.

Hace relación al análisis de relaciones causales, tratando de encontrar factores asociados a cierto tipo de conducta. En base a la información que da el paciente, se procede a explicarle los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva; para ello describimos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por la paciente.

Apéndice Nro. 6: Control del pensamiento.

Es una derivación de la detención de pensamiento. Su diferencia radica en que permite que la persona detenga la cognición perturbadora, que luego la evoque voluntariamente y que finalmente la detenga o cambie por otra, también de forma voluntaria (Caballo y Casal, 1998). De esta manera el paciente puede detener y luego exponerse de forma voluntaria al pensamiento sin perpetuar la sintomatología evitativa.

Apéndice Nro. 7: Autoregistro de pensamientos.

Para apreciar el poder de los pensamientos automáticos y el papel que juegan en la vida emocional, cada persona debe escribir su propio registro diario de pensamientos. Se debe hacer una anotación cada vez que experimenta una emoción o pensamiento desagradable; se debe incluir todo lo que una persona se dice a sí misma para impedir que la emoción progrese.

Apéndice Nro. 8: ABC emocional.

Ellis (1981), creó la teoría del "ABC" emocional, nombre críptico que sirve para facilitar la labor didáctica y educativa de la que también hace gala Ellis. Trató de establecer las principales "Creencias Irracionales" que mayormente compartimos las personas de las sociedades occidentales, bien por educación, tendencias biológicas, influencias sociales etc, y que es conveniente combatir para lograr un mayor desarrollo personal y social.

A) Acontecimiento activador.

El Acontecimiento activador es el hecho que nos ocurre o propiciamos que nos ocurra, porque puede provenir tanto del mundo exterior como de nuestro mundo interior; puede ser algo apreciable a simple vista o algo que no tiene concreción

determinada (puede ser un accidente de carretera o una preocupación por un familiar enfermo o por algo que pueda suceder; una discusión con otra persona o un problema de relación con alguien a quien se quiere evitar).

B) Pensamientos y creencias.

Las creencias y cogniciones vienen referidas a lo que pensamos o las ideas que nos hacemos acerca del Acontecimiento Activador, de lo que nos ocurre en la realidad. Todos mantenemos ciertos pensamientos o creencias respecto a lo que nos sucede; aunque, a veces, los pensamientos son "automáticos", se cruzan por la mente como un "rayo", sin que seamos suficientemente conscientes de ellos. Por ello, muchas veces, tendemos a considerar que los hechos (acontecimientos activadores) nos "provocan" sentimientos o comportamientos determinados.

C) Consecuencias emocionales y conductuales:

Ya consideradas, de alguna manera, anteriormente, son las respuestas que damos a los Acontecimientos activadores. Normalmente tendemos a pensar que éstos provocan directamente las emociones y conductas. Si así fuera, todos tendríamos el mismo comportamiento ante hechos parecidos, lo que no es cierto. Ello es debido a que está mediatizado por B, las creencias y cogniciones.

El cambio emocional y conductual, pues, viene en gran medida, determinado por el cambio en nuestra forma de pensar o cómo interpretamos los Acontecimientos activadores o hechos. Ante un mismo hecho (suspender un examen) se puede responder de manera diferente: Depresión, tristeza, culpabilidad, decepción, frustración, indiferencia, ira etc. de acuerdo a pensamientos racionales o irracionales que mantenemos al interpretarlo.

Apéndice Nro. 9: Técnicas de autocontrol.

Fueron diseñadas por Meichenbaum (1988), consiste en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento; se dirige a las autoverbalizaciones que el sujeto utiliza antes, durante y después de la

realización de una tarea o enfrentamiento a una situación aversiva. Se espera que dicho cambio en el sistema cognitivo genere, a su vez, modificación en la conducta manifiesta del sujeto.

Apéndice Nro. 10: El entrenamiento en el uso del lenguaje.

Facilita la correcta actuación, está integrado por 5 fases que incluyen una serie de tareas tanto como para el paciente como para el terapeuta:

- Modelado.
- Guía externa en voz alta.
- Autoinstrucciones en voz alta.
- Autoinstrucciones en voz muy baja.
- Autoinstrucciones encubiertas.

Apéndice Nro. 11: Parada del pensamiento.

La parada o detención de pensamiento consiste en utilizar una palabra concreta, que se haya escogido previamente, y cuya finalidad es detener los pensamientos presentes y que empiezan a ser perjudiciales para la paciente. Esta palabra tiene que cortar de raíz esa escalada de pensamientos.

A veces para que la parada sea más efectiva, se puede acompañar la palabra con un gesto tipo mover el brazo tipo Nadal, o la cabeza, aunque esto es opcional, pero puede servir para activar si es que el problema es que la atención.

Apéndice Nro. 12: Auto-instrucciones.

Son frases que nos decimos, con las que tratamos de reconducir nuestra actuación. Debe ser una frase positiva, nunca frases negativas; como en la parada de pensamiento, hay que intentar que la frase sea siempre la misma, aunque puede variar en función de los pensamientos intrusivos.

Sesión	Fecha	Actividad	Evolución									
		_____	_____									
		_____	_____									
		_____	_____									
		_____	_____									
		_____	_____									
		_____	_____									
<p>A lo que debe agregarse el uso, como eje transversal, de las verbalizaciones del paciente para propiciar: pare del pensamiento intrusivo, pensamiento inverso, autoinstrucciones positivas; cambio de la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; y, modificación de los pensamientos erróneos, pensamientos subyacentes, creencias nucleares.</p>												
• Evaluación del paciente:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Evaluación de los familiares.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Evaluación del tratante:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observaciones:												
• _____												

Conclusiones:												
• _____												

Recomendaciones:												
• _____												

Firma de responsabilidad:												

												Psicoterapeuta.-

Apéndice Nro. 14: Evaluación final del proceso psicoterapéutico.



Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPSI
GUÍA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO No. 9
EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICA

Fecha de aplicación:			
Elaborado por:		Ficha No.:	

PROCESO			
• Asesoramiento.		• Psicoterapia.	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			
• Asesoramiento.		• Sintomáticos.	• De personalidad.
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS - Nivel de Satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)			
Evaluador	Valoración	Observaciones	
• Paciente:		• _____ _____	
• Familiares:		• _____ _____	
• Psicoterapeuta:		• _____ _____	
TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA - Nivel de Efectividad (escala subjetiva de 1 a 5)			
Grupo	Técnica	Valoración	
Asesoramiento	• Programa para trabajar el duelo complicado.		
Sintomáticas	• Entrenamiento en técnicas de relajación.		
	• Trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión.		
Personalidad	• Reestructuración cognitiva - conductual.		
EXCELENTE = 5; MUY BUENO = 4; BUENO = 3; REGULAR = 2; INSUFICIENTE = 1			
INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO			
Interrogante	Sí	No	¿Por qué?
• Finalización del proceso.			• _____
Cumplimiento de expectativas	• Paciente:		• _____
	• Familiares:		• _____
	• Institucionales:		• _____
	• Terapeuta:		• _____
	• Otros:		• _____
Interrogante	Sí	No	¿Por qué?

• Tratamiento mixto.			• _____
• Derivación del paciente a otro profesional.			• _____
• Deserción del paciente.			• _____

Firma de responsabilidad,

Psicoterapeuta. -



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"*, autoría de la alumna Silvana Cecibel González Ulloa, egresada en la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 31 de enero de 2017

Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442





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

TEMA:

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

Proyecto de Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Silvana Cecibel González Ulloa

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón, Mgtr.

LOJA- ECUADOR

2016

a. Tema:

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EN LAS PACIENTES DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 A 50 AÑOS, QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

b. Problemática

La Violencia Intrafamiliar es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y de la sociedad; además las investigaciones llevadas a cabo afirman que 8 de las 15 causas de la muerte en personas de entre 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la Región de las Américas. (MSP, 2014)

Estimaciones mundiales nos muestra que cada año más de 1.6 millones de personas pierden la vida de forma violenta, las cifras indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. (OMS, www.who.int/mediacentre, 2013)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe- (CEPAL, 2010), señala que los tipos de violencia experimentada por las mujeres de Latinoamérica van desde golpes simples hasta agresiones severas con amenazas de muerte, acompañada por una fuerte violencia psicológica, física y sexual.

El Ministerio de Salud Pública- (MSP, 2014), menciona que la Violencia Intrafamiliar, es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y de la sociedad; además, las investigaciones llevadas a cabo por el MSP afirman que 8 de las 15 causas de la muerte en personas entre 15 a 29 años, están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la región de las Américas.

En el Ecuador, los problemas asociados a la violencia de género aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, la estadística señala que: a) Una de cada 3 mujeres y 1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes han vivido algún tipo de violencia de género e intrafamiliar; y, b) La Violencia Intrafamiliar en el país afecta a diversos sectores de la población y se constituye en un grave problema de salud pública, en la medida de que tiene efectos devastadores en la vida y en el desarrollo integral de quienes la sufren.

En el transcurso de los años se ha ido incrementando la Violencia Intrafamiliar, cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos- (INEC, 2011), nos muestran que en nuestro país existen más de 7 millones de mujeres y el 61% de esta cifra han sido Víctimas de Violencia Doméstica, es decir, 6 de cada 10 han sufrido algún tipo de violencia de género, por parte de una persona conocida o extraña, en los distintos ámbitos del quehacer social.

Los resultados muestran, en orden de magnitud que la forma de violencia más frecuente es la psicológica o emocional, con el 53,9%; le sigue la violencia física con el 38%; la sexual pues 1 de cada 4 ecuatorianas han sido víctimas de alguna forma de este tipo de agresión con el 25,7%; y, finalmente se ubica la violencia patrimonial con el 16,7%.

A nivel provincial el 67,2% de las mujeres casadas o unidas, han vivido algún tipo de violencia; en cuanto a los tipos de violencia según un estudio realizado por el (INEC, 2011), el Ministerio del Interior del Ecuador y la Organización de la Naciones Unidas, a nivel de la provincia de Loja muestra que 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia con el 59,3%, el 41,4% de las mujeres han sufrido violencia psicológica, el 31,1% violencia física y el 12,2% violencia sexual, la violencia patrimonial alcanza al 7,8%.

Las víctimas de Violencia Intrafamiliar al estar expuestas a eventos que representan una amenaza para su vida tienden a desarrollar cuadros psicopatológicos tales como: trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, abuso y dependencia de sustancias; no obstante, es el Trastorno por Estrés Postraumático- TEPT, el que mejor parece caracterizar las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres.

En los Estados Unidos, en la década pasada, el conocimiento sobre TEPT evolucionó desde estudios específicos sobre veteranos de guerra y sobre víctimas de desastres.

El estrés postraumático-EP se define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo, ser víctima de tortura, violación o crimen. (CIE 10, 1992)

Las estadísticas sugieren que entre el 2% y el 9% de la población tienen cierto grado de EP; de cada 100 personas entre 2 y 9 sufren de este trastorno.

El desarrollo de EP como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente y hasta el 51% en las víctimas de maltrato doméstico lo cual representa una prevalencia significativa en una muestra de mujeres maltratadas (Campbell y Rose., 1996).

c. Justificación.

La Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, tiene como objetivo contribuir en la problemática de la salud mental de la provincia, por tal razón se ha considerado importante realizar el presente trabajo de investigación el mismo que se llevará a cabo en la Sala de Primera Acogida a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Abuso sexual del Hospital General Isidro Ayora, estas salas forman parte de una red interinstitucional con servicio jurídico y de salud hacia las Víctimas de Violencia, brindando atención en forma privada y especializada, la atención la ofrece un equipo multidisciplinario conformado por médicos y psicólogos clínicos quienes brindan apoyo e intervención en crisis vitales o circunstanciales.

La Violencia Intrafamiliar constituye un fenómeno social y problema de salud de gran magnitud a nivel mundial por sus graves efectos psicológicos sobre las víctimas, en la mayoría de los casos el maltrato no se limita a un episodio aislado, sino que más bien se trata de un proceso largo que tiene graves consecuencias para la salud física y mental de la mujer; de entre todas las consecuencias que conlleva para la salud mental se pueden destacar como las más frecuentes: depresión, ansiedad, baja autoestima y estrés postraumático.

El Trastorno de estrés postraumático originado a consecuencia de la violencia doméstica tiene características específicas; por un lado, debido al tipo de trauma; ya que es reiterado, es muy probable volver a sufrirlo en cualquier momento, se produce en el lugar que debería ser el más seguro para la persona, su hogar y por la persona que debería ser la que mayor seguridad y apoyo, su pareja. Estas características facilitan un estado permanente de vigilia e

hiperactivación, junto con la vivencia de fracaso personal y con frecuentes sentimientos de culpa y pérdida de autoestima originando alteraciones clínicas a nivel tanto cognitivo, psicofisiológico y conductual, entre las primeras se han identificado: confusión e impotencia, incapacidad para toma de decisiones, pérdida de control, alteraciones de la memoria y atención; a nivel psicofisiológico las víctimas de violencia tienden a estar hipervigilantes, mientras que a nivel conductual están presentes signos de apatía y de ruptura de la rutina diaria; todo ello produce un incremento del estrés y experimentación de emociones intensas y pensamientos irracionales; además suele ser un problema crónico y prolongado, las mujeres tardan hasta alrededor de 10 años para pedir ayuda debido a que están sujetas a sus agresores por la fuerza física, dependencia emocional, por el aislamiento social o por dependencia económica, legal o social.

Debido a que es una problemática actual que conlleva una serie de secuelas a nivel psíquico para las víctimas, es de gran importancia realizar el presente estudio para determinar la intensidad de sus efectos los mismos que pueden llegar a desencadenar TEPT y sobretodo permitirá señalar las alternativas para atenuar los síntomas y consecuencias.

d. Objetivos:**Objetivo general:**

- Determinar cómo influye la violencia intrafamiliar en la existencia del trastorno de estrés postraumático en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años que acuden a la sala de primera acogida del Hospital General Isidro Ayora.

Objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia de pacientes Víctimas de Violencia en sus diferentes manifestaciones, que asisten a la sala de primera acogida del Hospital General Isidro Ayora.
- Identificar la presencia de casos clínicos con Trastorno de Estrés Postraumático en las Víctimas de Violencia Intrafamiliar.
- Determinar la influencia de Violencia Intrafamiliar en el Trastorno de Estrés Postraumático.
- Elaborar una propuesta psicoterapéutica dirigida a las pacientes Víctimas de Violencia diagnosticadas con el Trastorno de Estrés Postraumático con el fin de disminuir la incidencia de la problemática.

e. Esquema de marco teórico

1. Familia

1.1 Definición

1.2 Ciclo vital de la familia

- 1.2.1 Enamoramiento y noviazgo
- 1.2.2 Matrimonio
- 1.2.3 Llegada de los hijos
- 1.2.4 Hijos adolescentes y adultos
- 1.2.5 Vejez y jubilación

1.3 Tipos de familia

- 1.3.1 Familia nuclear
- 1.3.2 Familia ampliada
- 1.3.3 Familia reconstituida
- 1.3.4 Familia monoparental
- 1.3.5 Familia extensa
- 1.3.6 Familia transnacional

1.4 Funciones de la familia

- 1.4.1 La función reproductora
- 1.4.2 La función protectora
- 1.4.3 La función social
- 1.4.4 La función económica
- 1.4.5 La función de estatus social
- 1.4.6 La función afectiva y compañerismo

1.5 Roles parentales

- 1.5.1 El rol y la familia

1.5.2 Función paterna

1.5.3 Función materna

1.6 Funcionalidad familiar

1.7 Disfuncionalidad familiar

2. Violencia

2.1 Concepto

2.2 Tipos de violencia

2.2.1 Violencia física

2.2.2 Violencia psicológica

2.2.3 Violencia juvenil

2.2.4 Violencia cultural

2.2.5 Violencia económica

2.2.6 Violencia sexual

2.2.7 Violencia doméstica o intrafamiliar

2.2.7.1 Tipos de Violencia Intrafamiliar

2.2.7.1.1 Violencia psicológica

2.2.7.1.1.1 Violencia psicológica no verbal o indirecta

2.2.7.1.1.2 Violencia psicológica verbal o directa

2.2.7.1.2 Violencia física

2.2.7.1.3 Violencia sexual

2.2.7.1.4 Violencia patrimonial o económica

2.2.7.2 Circulo de la Violencia Intrafamiliar

2.2.7.2.1 Fase 1. Acumulación de Tensión

2.2.7.2.2 Fase 2. De exposición, Agresión o Episodio agudo

2.2.7.2.3 Fase 3. De Reconciliación, arrepentimiento o luna de miel

2.2.7.3 Causas y orígenes de la Violencia Intrafamiliar

2.2.7.3.1 Individuales

2.2.7.3.2 Familiares

2.2.7.3.3 Socioculturales

2.2.7.4 Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar

2.2.7.4.1 Individual

2.2.7.4.2 Social

2.2.7.4.3 Salud Física

2.2.7.4.4 Salud Mental y alteraciones psicológicas

2.2.7.4.5 Síndromes específicos

2.2.7.4.5.1 Síndrome de la mujer maltratada

2.2.7.4.5.2 Síndrome de Adaptación Paradójica

3. Trastorno de Estrés Postraumático

3.1 Definición

3.2 Pautas diagnósticas de F43.1 Trastorno de estrés postraumático según la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10.

3.3 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático, según el Manual según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSMV.

3.4 Síntomas del TEPT

3.4.1 Reexperimentación

3.4.2 Evitación

3.4.3 Hiperactivación

3.5 Incidencia y prevalencia

3.6 Etiología

3.6.1 Teoría biológica

3.6.2 Factores de riesgo

3.7 Curso del Trastorno de Estrés Postraumático

3.8 Modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

3.8.1 Teoría del aprendizaje

3.8.2 Teoría del procesamiento emocional

3.8.3 Teoría del procesamiento de la información

3.8.4 Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico

3.8.5 Teoría de representación dual

f. MARCO TEÓRICO.

1. FAMILIA

1.1 DEFINICIÓN.

Una familia se puede definir como el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social (CLAVIJO, 2011).

Es un sistema compuesto por personas de diferente edad sexo y características que, por lo general comparten el mismo techo; Sánchez (1980) considera a la familia como la unidad fundamental de la sociedad, el grupo social que conserva nexos de parentesco entre sus miembros, tanto de tipo legal como consanguíneo, y que se constituye por individuos de generaciones distintas.

La familia comparte mutuas necesidades humanas, materiales y espirituales, que permite la reproducción biológica de la especie, la reproducción de la cultura de la cual ella misma es expresión y la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive, para convivir adaptativamente en la cual debe preparar a sus miembros.

Por otra parte, ser familia implica habitualmente vínculos afectivos y morales que se mantienen a lo largo de la vida, así como obligaciones y derechos espirituales y materiales que la tradición y la ley recogen, los que, de violarse, crean problemas que la sociedad

censura, afectando de hecho -directa o indirectamente- a transgresores, perjudicados y, por extensión, de un modo u otro, a todo el grupo familiar (CLAVIJO, 2011).

1.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Para Carter & McGoldrick (1989), quienes ven a la familia como un sistema vivo y en constante evolución, los hechos nodales de esta transformación cíclica del sistema familiar son la relación de noviazgo, el matrimonio, la crianza de los hijos, la partida de estos del hogar y la muerte de algún miembro de la pareja. Todas esas etapas producen cambios que requieren ajustes en las reglas de relación del sistema, por lo que el paso de una fase a otra está marcado en un periodo de inestabilidad y crisis.

Existen ciclos vitales alternativos que no se ajustan a los establecido, ya sea porque el ciclo de la pareja se interrumpió por una separación, divorcio o la muerte prematura de uno de los conyugues o porque la pareja no tuvo hijos o nacieron con mucho tiempo de diferencia; sin embargo, a pesar de las variaciones circunstanciales, toda la familia tiene que ajustarse a los cambios para continuar su evolución. (Eguiluz, 2003).

1.2.1 Enamoramiento y noviazgo.

La relación de pareja inicia cuando dos individuos distintos, que pertenecen a diferentes grupos sociales, se separan de su grupo original con la intención de formar un nuevo sistema. Para (Alberoni, 1994), el proceso de enamoramiento es uno de los fenómenos colectivos más interesantes, dado que, a pesar de ser grupal, intervienen solo dos personas.

Durante la primera etapa, la pareja negocia poco a poco las pautas de relación, la intimidad, las formas de comunicación, los límites entre ellos y sus respectivas familias de

origen o la forma de resolver las diferencias que surgen. Así, cada integrante de la pareja tiene que aceptar y negociar la separación de su respectiva familia.

En la etapa del noviazgo es común que los jóvenes pasen muchas horas juntos y que durante la mayor parte del tiempo cuenten entre sí su vida, con todo detalle, porque quieren hacer participar al otro de la totalidad de su ser, y por tanto de su pasado (Eguiluz, 2003).

1.2.2 Matrimonio.

La relación de pareja es formalizada mediante el contrato matrimonial, con un ministro eclesiástico, un juez de paz o ambos como testigos, algunas parejas se unen con el solo acuerdo de sus voluntades, haciendo esta unión tan formal y duradera como la otra.

La reacción de las respectivas familias de origen ante la boda es de suma importancia, ya que por lo general deja una huella clara en el desarrollo posterior de la pareja y en la forma de trato que habrán de mantener los recién casados con los parientes políticos.

Es común una primera crisis de pareja, generada por la diferencia entre las expectativas que ambos tenían durante el noviazgo y la realidad que conlleva la convivencia marital diaria. Esta diferencia obedece a los procesos de idealización presentes durante el noviazgo; podemos pensar que el diálogo y la buena voluntad subsanan fácilmente este escollo, pero en algunas parejas la crisis resulta difícil de superar porque las diferencias parecen muy grandes o porque la pareja tiene muy pocos recursos o habilidades para llegar a los acuerdos necesarios y reconfirmarse.

Concertar acuerdos es una de las tareas más compleja durante la etapa de recién casados, ya que cada uno echara mano sin mucho esfuerzo de los modelos aprendidos en su familia de origen (Eguiluz, 2003).

1.2.3 Llegada de los hijos.

El nacimiento del primer hijo influye fuertemente en la relación conyugal, pues requiere que ambos miembros de la pareja aprendan los nuevos papeles de padre y madre; como ocurrió al inicio de relación de pareja, cada uno en forma inconsciente es decir, sin pensarlo mucho tratara de poner en práctica lo aprendido en la familia de origen, como estas familias son dos familias diferentes con costumbres y estilos muy distintos, es probable que al tratar de educar al bebé la pareja enfrente esas diferencias entre ellos, los cuales requieren nuevamente flexibilidad para poder llegar a acuerdos (Eguiluz, 2003).

“Es necesario que los conyugues desarrollen habilidades parentales de comunicación y negación, ya que ahora tiene la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos” (Ochoa de Alba, 1995).

1.2.4 Hijos adolescentes y adultos

La llegada de un segundo hijo provoca cambios en el sistema familiar, pues aumenta su complejidad al instaurarse un nuevo subsistema: el fraterno. El hijo mayor tiene que aprender comportamientos que le ayuden a convivir con su hermano; los hermanos aprenden el sentido de la fraternidad, las alianzas y a ganar o perder con las coaliciones.

Cuando los hijos ingresan a la escuela, los padres tienen que aprender a negociar con el sistema escolar, que impone nuevas reglas; deben decidir entre, otras cosas, quien ayudara a

los hijos en los deberes escolares, quien los llevará a la escuela y los recogerá, quien o quienes asistirán a las juntas, cuanto tiempo dedicaran los hijos a los estudios, como harán las tareas: con supervisión o solos, donde es el mejor lugar para realizar los deberes, como cuidaran el material escolar, a qué hora acostarse, como responderán ellos a las notas escolares de los hijos, cuando habrá un problema y como deberá de solucionarse.

Poco a poco, la familia vuelve a entrar en un periodo de estabilidad y a veces hasta de monotonía; todos han aprendido que hacer, comportarse, qué se espera de cada uno en cada lugar, y todo parece transcurrir en forma armoniosa. Sin embargo, conforme los hijos crecen y adquieren autonomía, pueden entrar en contradicción con las reglas y valores impuestos por la jerarquía del subsistema parental.

La evolución familiar alcanza un punto clave en el momento en que los hijos logran ser autónomos e independientes; están menos tiempo en casa debido a que amplían su mundo social; además, participan cada vez menos en actividades familiares. Los padres se van acostumbrando a esta situación y, al final, asumen las repercusiones del desprendimiento de los hijos.

La crisis de la salida de los hijos del hogar familiar es más difícil para la mujer, sobre todo si ha hecho del cuidado de los hijos la tarea más importante y el sentido de su vida, a diferencia de las que trabajan, quienes la resienten menos. Recordamos que el problema de uno de los integrantes de la pareja no solo es percibido por el que recibe directamente la conmoción, sin que ambos la viven y la experimentan en relación con la cercanía afectiva que hace de la pareja una totalidad organizada.

Es probable que durante esta etapa uno de los abuelos enviude o requiera cuidados especiales, por lo que puede solicitar el apoyo de sus hijos o estos pueden ofrecerse a cuidarlo. La situación de los abuelos produce cambios en la familia; la resentirá la pareja y también los hijos se verán afectados, a pesar de que ya estén en la etapa de desprendimiento y salida del hogar. (Eguiluz, 2003)

1.2.5 Vejez y jubilación

Cuando los jóvenes se emancipan y dejan el hogar paterno, la pareja vuelve al inicio del ciclo; ahora, sin la presencia de los hijos, han de retomar la su relación conyugal. Sin embargo, para muchas parejas que ya no cuentan con el ímpetu de la juventud, dar vida nuevamente a la relación constituye una tarea sumamente ardua, sobre todo para quienes han descuidado su propia persona, que han dejado de mirarse y entenderse durante muchos años por estar dedicados a entender y cuidar a los hijos.

Durante esta etapa, la pareja debe enfrentarse a la jubilación; el retiro laboral de uno o ambos miembros de la pareja provoca cambios en todas las rutinas, horarios, actividades y economía familiar, lo que genera una nueva crisis.

En los casos de deterioro físico o psíquico por enfermedades degenerativas o crónicas en alguno de los miembros de la pareja, el otro puede ejercer el rol de cuidador lo cual no siempre resulta fácil. En otras ocasiones, los roles se invierten: los hijos habrán de hacerse cargo de los padres ancianos. (Eguiluz, 2003)

1.3 TIPOS DE FAMILIA

“El tipo de familia es la categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia”. (Walker, 1979)

1.3.1 Familia Nuclear

El modelo estereotipado de familia tradicional, que implica la presencia de un hombre y de una mujer unidos en matrimonio, más los hijos en común, todos viviendo bajo el mismo techo, ha sido un reflejo de lo entendido como familia nuclear.

Dentro de la familia nuclear encontramos claramente los tres subsistemas de relaciones familiares: entre pareja, padres e hijos y entre hermanos, cada uno son sus peculiaridades diferenciales y en su conexión con los otros subsistemas. (Eguiluz, 2003)

1.3.2 Familia ampliada.

Cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser parientes tales como tíos, abuelos ect., o personas sin vínculos consanguíneos como allegados o huéspedes. Se debe investigar las relaciones que mantiene las personas que viven en la casa, ya que dependiendo del papel que desempeñen y de sus relaciones, ya que pueden ser causa de conflictos. (Moran, 2004).

1.3.3 Familia reconstituida

Con cierta frecuencia, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar otra convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Estas

familias, en las que al menos un miembro de la pareja proviene de la unión anterior, recibe el nombre de familia reconstituida (Moran, 2004).

1.3.4 Familia Monoparental

Es la constituida por un solo conyugue padre o madre y sus hijos. Tiene su origen en la muerte, separación, divorcio o abandono de uno de los conyugues.

La pérdida de uno de los padres puede ser motivo de serios problemas económicos, afectivos y de crianza, acompañándose de cambios sustanciales de los papeles de todos sus componentes. (Eguiluz, 2003)

1.3.5 Familia Extensa

Las familias extensas están constituidas por la troncal o múltiple, más la colateral; este tipo de familia se presenta debido a factores como los sistemas de herencia y sucesión y el nivel de pobreza de las familias que albergan a los hijos casados, es decir, con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, constituida por una agrupación numerosa de miembros, en la que, junto con los padres e hijos, se incluyen abuelos, tíos primos etc; abarcando dos o más generaciones. Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de la pareja de más edad que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo del hogar. (Eguiluz, 2003)

1.3.6 Familia Transnacional

El auge de los nuevos flujos migratorios internacionales se caracteriza por la configuración de redes sociales, así como actividades y patrones que vinculan la sociedad de origen con la receptora, en un mismo campo social. Esto es, la vida de los migrantes actuales

trasciende las fronteras nacionales e integra en una misma experiencia un nuevo espacio, el transnacional.

El transnacionalismo, aplicado al fenómeno de la migración, se sostiene sobre la base de que los migrantes mantienen múltiples relaciones familiares, económicas, sociales, organizacionales, religiosas y políticas que vencen las fronteras. Realizan acciones, toman decisiones y desarrollan identidades dentro de redes sociales que los mantienen conectados con dos o más sociedades simultáneamente (Basch, 1992).

1.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA

1.4.1 Función reproductora

Esta es una función muy importante ya que está relacionada con la supervivencia de la especie humana; de la unión del hombre y la mujer, resulta la reproducción de la humanidad. Toda sociedad regula las actividades reproductoras de sus adultos sexualmente maduros una manera de hacerlo consiste en establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la cría de los hijos son permisibles.

Antiguamente se consideraba que la única finalidad del matrimonio era la procreación, de tal suerte que, en aquellos casos en que por razones de salud no se podía engendrar hijos, era corriente creer que no era un matrimonio feliz y hasta habían normas que permitían al hombre cambiar de esposa por otra que pudiera tener hijos.

Hoy en la actualidad se piensa en la procreación como una finalidad secundaria del matrimonio, ya que, lo importante es la vida común de los conyugues, la cooperación y el auxilio mutuo que ellos se brinden. (Chavarria, 2001)

1.4.2 Función protectora

A diferencia de las crías de otras especies animales, los humanos necesitan cuidado y seguridad económica permanentes. En todas las culturas, la familia es responsable en última instancia de la protección y educación de los hijos, los niños dependen absolutamente para su supervivencia de las personas que lo cuidan; y solo a través del tiempo y en forma paulatina va adquiriendo autonomía e independencia. (Chavarria, 2001)

1.4.3 Función social

La familia es el principal medio para transmitir a las nuevas generaciones la cultura conocida por los progenitores, así, una de las funciones más importantes de la familia es enseñarle al individuo a vivir en sociedad; esto es formarlo moral y espiritualmente, enseñarle sus funciones biológicas y sociales, el lenguaje, los hábitos de alimentación, el trato correcto con los demás individuos, su relación con la naturaleza, y todo aquello que le ayude a conocer el mundo en el que vive. (Chavarria, 2001)

1.4.4 Función económica

Esta función está directamente relacionada con la producción de bienes de los miembros de la familia y de la economía nacional, y se puede ver también desde el aspecto del trabajo de la familia como grupo y desde cada miembro de en su individualidad.

La familia es el primer grupo productor; las economías de los países cuentan con suficientes grupos familiares que iniciaron la producción agrícola, artesanal y comercial en casi todas las ramas de la producción; en cuanto al trabajo como grupo, la familia es una unidad productora en primer término para su propia subsistencia, y en segundo término para proyectarse en la sociedad. (Chavarria, 2001)

1.4.5 Función de estatus social

La relación que tengan los miembros de la familia entre sí y con el exterior, es de gran importancia para el comportamiento individual y balance de la personalidad y en todo aquello en que el afecto, amor y amistad tengan que ver, tanto en lo interno de cada persona como en lo externo con otras personas.

La familia presenta a su hijo recién nacido con un estatus adscrito basado en la raza y la identidad étnica que contribuye a determinar su lugar dentro del sistema de estratificación de la sociedad. Además, los recursos familiares influyen en la capacidad de los hijos para acceder a ciertas oportunidades como los estudios universitarios o clases especiales. (Chavarria, 2001)

1.4.6 Función de afectividad

En condiciones ideales, la familia proporciona a sus miembros relaciones afectivas e íntimas que les ayudan a sentirse satisfechos y seguros.

Claro que un miembro de la familia puede encontrar dichas satisfacciones fuera de la familia, en los compañeros de la escuela, en el trabajo, e incluso podría percibir el hogar como un entorno desagradable o humillante, sin embargo, todos esperamos que la familia nos comprenda, nos cuide y nos ayude cuando lo necesitamos.

Tradicionalmente, la familia ha cumplido otra serie de funciones adicionales, como la educación religiosa, la enseñanza y el entretenimiento, no obstante, muchas de esas funciones se han ido transfiriendo a otras instituciones sociales.

En el pasado, la enseñanza se realizaba en el hogar familiar, ahora corresponde a los profesionales que trabajan en escuelas y universidades. Incluso la función recreativa tradicional de la familia se ha desplazado fuera de la misma en forma de clubes deportivos y competiciones o chats en internet. (Schaefer, 2006)

1.5 ROLES PARENTALES

1.5.1 EL ROL Y LA FAMILIA

La familia va a tener roles que se configuran dentro de ella y que cada miembro va a recibir y asumir según las cualidades y relaciones que se dan en el grupo familiar, los roles familiares no son naturales, sino que son una construcción social, pero además y sobre todo, particular de cada familia. (Méndez, 2011)

La aparición de roles en la familia determina que marchen bien las cosas o que el sistema familiar se enferme, la ausencia de una función clásica como la del padre o madre, o bien que un miembro tome el papel del otro, determinara que todos sufran las consecuencias. Parecería ser necesario tres subsistemas: marital, padres e hijos y el de hermanos, y cada quien este ubicados en su propio nivel y cumpla con las funciones que su sexo y edad determinan. (Estrada, 2003)

Cada individuo desempeña una serie de roles o papeles, que se definen como un conjunto de normas sociales integradas, se espera de una persona que realiza un papel que se comporte de manera particular y que presente ciertas cualidades. A partir de esta definición se puede identificar tres elementos constitutivos: a) normas sociales, representadas por un conjunto de reglas integradas que le señalan a un individuo como debe conducir o dirigir su comportamiento cuando desempeña un determinado rol; b) comportamientos, se define como

la forma en que una persona se conduce al desempeñar determinado papel, y c) cualidades, que se refieren a los rasgos o atributos que caracterizan a quien desempeña el rol y que los demás reconocen en su comportamiento.

Las conductas implicadas en un rol van cambiando en la medida en que el individuo crece y de acuerdo a los cambios que exige la sociedad frente a los papeles que éste decide asumir; por esta razón la persona necesita aprender nuevas formas de comportamiento en la medida en que va asumiendo nuevos roles; todo ser humano cambia con el tiempo según su género, edad y cultura; así también los roles van transformándose debido a que el hombre está expuesto e influenciado por las constantes interacciones que mantiene con el medio social y por las diferentes y numerosas problemáticas que enfrenta la sociedad. (Bee & Bjorklund, 2000)

1.5.2 ROL DEL PADRE

Desde el punto de vista tradicional el padre de familia ejerce autoridad, es decir, el derecho y la responsabilidad de ejercer cierto control sobre la esposa y los hijos. Si bien el hombre de hoy, por circunstancias sociales y económicas, se ven la necesidad de participar en la ejecución de actividades en el hogar que hasta hace muy poco habían sido consideradas exclusivamente de la madre, aún sigue anclado a las tareas típicas de sus roles tradicionales, por lo que considera sus nuevas actuaciones en la familia como una colaboración o participación de apoyo a la mujer, y no como tareas propias de su rol. (Thomas, 1997)

Es muy importante para el hombre la vivencia de uno de sus más antiguos y tradicionales roles, el de jefe de hogar, que se centra en su condición de proveedor y se reviste de la consideración de máxima autoridad en la toma de decisiones en la familia. Si bien hoy en día

se pueden apreciar procesos más democráticos en el ejercicio de la autoridad en la familia que le dan mayor participación a la mujer en la toma de decisiones gracias a su nueva condición de proveedora, se sigue reconociendo al hombre como el jefe del hogar y su más alto representante. (Polaino & Martínez, 2003)

1.5.3 ROL DE LA MADRE

Investigaciones muestran a una mujer preocupada y atenta por la atención y crianza de sus hijos; por ello asume la alimentación de éstos con tareas específicas, como la preparación de los alimentos, que incluye la pretensión de que sean balanceados y que se consuman en su mayor parte y la vigilancia del cumplimiento de un horario. Se considera que estas tareas les proporcionan a las madres características propias de ser mujer, como humildad, abnegación, sacrificio y dedicación; esto se refleja en su desempeño familiar y social. (Amáris, Cienfuego, & Maury, 2000)

Tanto la mujer como la familia piensan que es propio de ellas enseñar a los hijos normas de comportamiento, organización y aseo; esta tarea se considera una de las principales funciones de la familia. De igual manera creen que la mujer recibió de sus padres, en especial de su madre, los valores, actitudes, comportamientos y normas que hacen parte del ser social; ella hace lo propio con sus hijos al transmitirles de generación en generación los modelos de hombres y mujeres. Se estima, entonces, que estos comportamientos obedecen a las representaciones del rol de madre que se ha introyectado en la cultura, lo cual hace que se asuma que toda mujer posee ciertas cualidades, como la dedicación, la entrega y el sacrificio, que son reforzadas por el medio. Además, el medio ejerce una fuerte influencia para que la mujer se encargue de las tareas domésticas y de aquellas relacionadas con la crianza de los hijos, y el padre se dedique a otras labores fuera del hogar; de esta manera se contribuye a

perpetuar la dicotomía existente entre hombres y mujeres, la cual se reproduce generación tras generación en las culturas machistas.

En el medio familiar y social se percibe con mucha claridad el grado de compromiso que posee la mujer en cuanto a la educación de los hijos, así como el alto nivel de responsabilidad que socialmente se le ha delegado como formadora de seres humanos. A lo largo de su vida, cumple con una serie de roles específicos que surgen del desempeño de tareas asignadas a partir de las expectativas culturales; a la mujer se le ha atribuido, desde lo biológico, la responsabilidad de brindarle afecto a los hijos con base en características funcionales únicas, como la maternidad; este proceso contempla desde la concepción hasta la crianza y formación de los hijos, que les permite proporcionarles afecto, seguridad en sí mismos y capacidad para manejar situaciones y expresar lo que sienten y piensan.

Los espacios que crea la madre para el cumplimiento de su rol, le permiten tener mayor acercamiento y oportunidad para manifestar el afecto a los hijos. (Macias, 2004)

1.6 FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Las familias funcionales se caracterizan por tener una interacción positiva y constructiva entre sus miembros; son familias abiertas, flexibles y empáticas donde existe un grado positivo de confianza entre unos y otros, de igual modo en la familia funcional se fomenta el buen desarrollo del autoestima y la efectividad lo cual favorece el cumplimiento de las funciones básicas de ésta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas que dependen de ella respetando las diferencias individuales.

Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga posible o entorpezca de modo significativo el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella (Olivar, 2006).

1.7 DISFUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

En la conformación de un grupo familiar las relaciones entre las partes consiguen presentarse inicialmente como cooperativas e incluso con complementariedad, con lo cual, se llega a pensar que los conflictos no existen, pero luego, ante la presencia de diferencias pueden surgir las dificultades; se entiende a estas dificultades como las tensiones que se despliegan dentro de una misma familia en torno a diferentes aspectos: conyugales, afectivos, domésticos, parentales, intergeneracionales e intergénero; se exteriorizan en las diferencias de intereses, deseos, opiniones e incluso de valores que aparecen en el proceso evolutivo de la familia (Losada, 2015).

Minuchin y Fishman (2004) desarrollan una serie de conflictos que pueden presentarse en los diversos subsistemas del ámbito familiar; en el subsistema conyugal los miembros de la pareja pueden manifestar exigencias de tipo personal y afectivo, problemas individuales, inexistencia de acuerdos para el manejo del tiempo libre, de la intimidad sexual, encuentro con los amigos, tiempo con la familia extensa, relación con el dinero y cuestiones financieras; las familias multiproblemáticas tienden a abandonar sus funciones parentales, se revela un grado elevado de incompetencia parental y negligencia, no pudiendo asistir en cuidado y pertenencia a sus hijos.

Estos grupos familiares de tipología multiproblemática exhiben una pluralidad de síntomas sin descanso ni paz, crisis recurrentes, un cuadro desorganizativo, un creciente abandono de las funciones parentales y características de aislamiento.

Minuchin (1983) describe una serie de dificultades en el funcionamiento familiar que dan lugar al alojamiento de la enfermedad: el aglutinamiento como una forma extrema de proximidad y vigor en las interacciones familiares, la sobreprotección que denota un alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienden al bienestar de los otros, la rigidez es señalada como una cuestión imperiosa en torno a mantener el status, la evitación de conflicto coloca a uno o más miembros del sistema familiar en una posición de negar o bloquear su parecer en pos de ostentar una pseudo armonía; en tanto la involucración de los hijos con los conflictos parentales o maritales a través de la triangulación inhibe a la pareja en la resolución propia de la situación conflictiva y coloca a los niños en un subsistema que no les pertenece.

2. VIOLENCIA

2.1 CONCEPTO

Se entiende por violencia a aquellos actos que tengan que ver con el ejercicio de una fuerza verbal o física sobre otra persona, animal u objeto y que tenga por resultado la generación de un daño sobre esa persona u objeto de manera voluntaria o accidental; la violencia es uno de los actos más comunes del ser humano, y es difícil determinar a ciencia cierta si el ser humano es capaz de vivir en sociedad sin ejercer ningún tipo de violencia (Whaley, 2003).

2.2 TIPOS DE VIOLENCIA

2.2.1 Violencia Física

La violencia física es una invasión del espacio físico de la otra persona y puede hacerse de dos maneras: una es el contacto directo con el cuerpo de la otra persona mediante golpes, empujones y jalones; la otra manera es limitar sus movimientos encerrándola, provocándole lesiones con armas de fuego, forzándola a tener relaciones sexuales y produciéndole la muerte; de esta manera, la violencia física tiene un impacto directo en el cuerpo de la víctima, aunque el espacio emocional es el que más sufre, a excepción lógicamente de que la agresión que produzca la muerte. De hecho, toda violencia tiene por objetivo último dañar emocionalmente a la víctima, porque esto la desgasta y le quita su poder de sobrevivir. (Whaley, 2003)

2.2.2 Violencia Psicoemocional

Es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción.

Con estas conductas el agresor pretende controlar al otro provocándole sentimientos de devaluación, inseguridad, minusvalía, dependencia, y baja autoestima. Esta forma de violencia es más difícil de detectar que la violencia física, pero puede llegar a ser muy perjudicial porque además de que es progresiva, en ocasiones logra causar daños irreversibles en la personalidad del agredido. (CONAPO, 2012)

2.2.3 Violencia juvenil

Se refiere a los actos físicamente destructivos (vandalismo) que realizan los jóvenes y que afectan a otros jóvenes. En todos los países, los principales actores de este tipo de violencia son los hombres, y la educación social es tal que el joven violento lo es desde la infancia o temprana adolescencia. Sin embargo, la interacción con los padres y la formación de grupos, galladas o pandillas aumenta el riesgo de que los adolescentes se involucren en actividades delictivas, violentas (acción directa) y no violentas (acción no directa). (Medina, 2001)

2.2.4 Violencia cultural

Por violencia cultural queremos decir aquellos aspectos de la cultura, el ámbito simbólico de nuestra existencia (materializado en religión e ideología, lengua y arte, ciencias empíricas y ciencias formales), que puede utilizarse para justificar o legitimar violencia directa o estructural.

La violencia cultural es una violencia simbólica, que se expresa en infinidad de medios: religión, ideología, lenguaje, arte, ciencia, medios de comunicación, educación, etc., y cumple la función de legitimar la violencia directa y estructural, así como de inhibir o reprimir la respuesta de quienes la sufren. (Galtung, 2003)

2.2.5 Violencia económica

Es el acto que afecta la supervivencia de la víctima, se refleja en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades. (Medina, 2001)

2.2.6 Violencia sexual

La violencia sexual o abuso sexual se refiere en primera instancia a la violación, pero también incluye la burla, la humillación o el abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro. Además, está la celotipia y todo tipo de acciones, chantajes, manipulaciones o amenazas para lograr actos o prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor.

Las relaciones sexuales frente a terceros y la utilización de objetos sexuales sin el consentimiento de la persona también se consideran formas de abuso sexual, que al igual que las demás, buscan el control, la manipulación y el dominio del otro. (Medina, 2001)

2.2.7 Violencia doméstica o intrafamiliar

La violencia intrafamiliar, que es el ejercicio de la violencia en el seno de una familia; es decir, la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño físico o psíquico; se caracteriza por ser un acto que requiere de fuerza, es recurrente, intencional, cíclico, dirigido a dominar, acosar, intimidar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente, que provoque daño a la integridad o salud física y psicológica, cualquiera que sea el medio utilizado para el efecto, el mismo que es ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

La violencia intrafamiliar está presente tanto en los hogares como en los espacios públicos; sin embargo, es evidente que la violencia se ejerce mayoritariamente al interior de las unidades domésticas, los hogares, en especial la violencia de pareja que tiene los más altos porcentajes, la violencia intrafamiliar es generalmente es ejercida por miembros de la

familia como conyugues, ex conyugues, novios, familiares pero también por conocidos de la familia o cualquier otra persona que está dentro de la casa. Estos son los perpetradores de la violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas en el ámbito familiar y socio familiar. (Interior, INEC, & ONU., 2014)

2.2.7.1 Tipos de Violencia Intrafamiliar

2.2.7.1.1 Violencia Psicológica

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

2.2.7.1.1.1 Violencia Psicológica No- Verbal o Indirecta

Este tipo de maltrato se manifiesta mediante conductas dirigidas intencionalmente de una forma negativa, no verbal y agresiva, ignorando las necesidades mentales y emocionales de la víctima, a través de indiferencia, rechazo, actitudes devaluatorias y de abandono, silencio, gestos agresivos; además es difícil de observar o de percibir y de comprobarlo a simple vista, sin embargo, repercute gravemente en la autoestima de la persona tornándola insegura, perturbando su estado e integridad emocional. (Báez, 2013)

2.2.7.1.1.2 Violencia Psicológica Verbal o Directa

A diferencia de la violencia psicológica indirecta esta se caracteriza por ser perceptible a simple vista y por ser sobre todo verbal, consiste en que el agresor asume comportamientos y conductas que alteran el estado emocional de la víctima. Se manifiesta a través de palabras hirientes, descalificaciones, prohibiciones, gritos e insultos, con el objeto de desvalorizar,

rebajar, humillar, manipular e inducir a la confusión e inseguridad, creándole inhibiciones y rechazo. (Báez, 2013)

2.2.7.1.2 Violencia Física

Se entiende por maltrato físico, cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta (Lopez y McAllister, 2002)

Deben considerarse tanto conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, escupir, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico.

Este tipo de maltrato atenta contra la dignidad, la integridad física y psicológica, provocando alteraciones en el estado emocional de la víctima o causando daño que deje huella visible en su cuerpo (Báez, 2013)

2.2.7.1.3 Violencia Sexual

La víctima es obligada por el agresor, mediante actos de violencia física, psíquica o ambas, a realizar actos de significación sexual para el agresor, con la finalidad de satisfacer su libido y sin tener en cuenta los posibles sentimientos o posible rechazo que la víctima puede mostrar o sentir respecto a su participación en dichos actos; esta situación de humillación sexual continua, produce terribles sentimientos de culpa, desprecio hacia sí misma, vergüenza y soledad, muy frecuentemente estos episodios solo se exteriorizan

después de la ruptura del vínculo matrimonial o situación análoga del hecho o incluso muchas veces no se hacen públicas nunca. (Mora, 2003)

2.2.7.1.4 Violencia Patrimonial o Económica

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

Si el agresor es el jefe del hogar o el responsable del mantenimiento de la familia, le exigirá a la pareja todo tipo de explicaciones para “darle dinero”, o bien le dará menos cantidad de la que se necesita. Puede suceder también, que, aunque la familia necesite los recursos, le impedirá a su pareja que trabaje para que no tenga la posibilidad de tener autonomía económica y él continuar con el control sobre la familia.

Otra forma de violencia económica es cuando el agresor destruye los bienes personales del otro o dispone de los recursos económicos propios y de la persona que está siendo violentada, sólo para su propio beneficio. (CONAPO, 2012)

2.2.7.2 Circulo de la Violencia Intrafamiliar

Hasta hace poco tiempo la violencia contra las mujeres se creía de carácter privado, es decir que era un asunto personal y se tenía que resolver en el contexto familiar; era entendida como un “derecho” de los hombres, como algo normal e incluso legítimo, por tanto, ni el gobierno otras instituciones debían intervenir.

Cuando la mujer está inmersa en el círculo de la violencia, cree que la conducta de su pareja depende de su propio comportamiento, se siente responsable e intenta una y otra vez

cambiar las conductas del maltratador. Sin embargo, cuando observa que sus expectativas fracasan de forma reiterada, desarrolla sentimientos de culpa y vergüenza. Además, se siente mal por no ser capaz de romper con la relación y por las conductas que ella realiza para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales en contra de su voluntad, tolerar el maltrato a los hijos(as), etc.

Una vez que se da un episodio de violencia intrafamiliar, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una ocasión. (Walker, 1979)

Leonor Walker en 1979 describió del carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases o momentos que varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas.

2.2.7.2.1 Fase 1. Acumulación de Tensión

Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del agresor hacia la víctima. Ésta, en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso intenta negar los malos tratos, atribuyendo cada incidente aislado a factores externos y no a su pareja “quizás tiene problemas en el trabajo” o “ha bebido mucho y no sabe lo que hace”, por lo que, si ella espera, las cosas cambiarán y él mejorará su trato hacia ella.

Lamentablemente las cosas no mejoran y, por el contrario, empeoran, ya que se da una escalada en esos incidentes “menores” de maltrato.

En el inicio de esta primera fase, ella tiene algo de control sobre lo que sucede, pero en la medida en que la tensión aumenta, lo va perdiendo rápidamente. El maltratador, debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta, no intenta controlarse, se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea. Algunas víctimas, en la etapa final de esta fase, comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de maltrato. Ya no pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad, y saben, por experiencia, que después de la agresión vendrá una fase de calma. (Walker, 1979).

2.2.7.2.2 Fase 2. De exposición, agresión o Episodio agudo

Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual grave. Esta fase se distingue de la anterior por la ausencia total de control en los actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien, empieza intentando justificar sus actos, acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido, la agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño, y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección, sin embargo, ella ha sido severamente maltratada.

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. De hecho, es después de este período cuando la mujer busca asistencia médica, lo que ocurre, según la autora, en menos del 50% de los casos. Esta fase suele ser la más breve de las tres, usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse

seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido. (Walker, 1979)

2.2.7.2.3 Fase 3. De Reconciliación, arrepentimiento o luna de miel

Según (Walker, 1979) en esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora y amorosa. El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse, al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada” y él no se verá obligado a golpearla. La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una “pérdida de control momentánea” de su pareja que no volverá a repetirse, cree que él será capaz de hacer lo que ha prometido y, asimismo, cree que ella podrá cambiarlo y que las cosas serán mejores en el futuro. Ella elige creer que las conductas que en este momento el agresor manifiesta, son indicativas de lo que él es en realidad y que los comportamientos de las dos fases previas no representan lo que su pareja es. Lamentablemente, es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales.

La duración exacta de esta fase no ha sido determinada, parece ser más larga que la segunda, pero más corta que la primera, no obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión. No parece haber nada que marque el término de esta fase, y bien de forma progresiva, o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión.

Según el autor, las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en la relación. A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer. En este momento las mujeres pueden pedir ayuda, reconociendo que están ante un problema para el que necesitan apoyo, más allá de la atención médica inmediata.

Las características del maltrato, el hecho de que se dé de manera repetida e imprevisible, suelen producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer, conductas que tienen, a su vez, el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso, o, mejor dicho, una espiral de violencia, pues es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva. Esto es lo que Walker ha denominado escalada de la violencia, los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos, es decir, si en un comienzo el agresor se limitaba a dar empujones o una bofetada, con el tiempo son verdaderas palizas caracterizadas por golpes con objetos contundentes o incluso el uso de armas, por lo cual en la medida en que la situación se cronifique, corre cada vez más peligro la vida de la víctima.

2.2.7.3 Causas y origen de la Violencia Intrafamiliar

2.2.7.3.1 Individuales

(Cantrell, 2000) considera que el hombre violento que golpea a su esposa posee algunas de las siguientes características: baja autoestima, y deficiente control de los impulsos; creencia

en la superioridad masculina y en la necesidad de mantener papeles estereotipados; minimización de la gravedad de sus actos violentos y resistencia a asumir la responsabilidad por ello; tendencia a expresar sus emociones con ira y a aliviar las tensiones mediante la agresión; necesidad de controlar a los demás sin ejercer autocontrol; sus relaciones interpersonales son posesivas y dependientes.

“Frecuentemente el golpeador fue testigo de maltrato a su mujer y/ o víctima el mismo de maltratos cuando era niño”. (Megargee y Hokanson, 1979)

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

2.2.7.3.2 Familiares

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

2.2.7.3.3 Socioculturales

Es un hecho que, en nuestra sociedad, el varón está en situación de privilegio con respecto al sexo femenino. Entre otras cosas, resulta más difícil para la mujer que para el hombre conseguir un empleo lo suficientemente remunerado como para hacer posible la subsistencia propia y de los hijos sin el apoyo económico del conyugue. Así se explica en alguna medida la tolerancia resignada de muchas mujeres ante el maltrato repetido del marido. No puede negarse que en nuestra sociedad machista o sexista el maltrato de la esposa ha sido un hecho culturalmente aceptado, lo cual se ha mantenido en alguna medida legal poco operante, la tendencia familiar a mantener en secreto tales incidentes y la escasa disposición de los médicos para investigar el origen de las lesiones en una mujer maltratada y denunciar estos hechos al Ministerio Público.

Si bien la Violencia tiene lugar en todos los niveles sociales, es en los hogares de bajos recursos donde se manifiesta con mayor frecuencia e intensidad debida a los estresores de orden económico y cultural que afectan a las mujeres de estos estratos. El deterioro social se expresa a través de la violencia en la comunidad y dentro del hogar; la corrupción, el crimen, el abuso sexual, alcoholismo, las exigencias y explotación laborales, los papeles múltiples etc (Sauceda, 2003).

2.2.7.4 Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar

2.2.7.4.1 Individual

Guilles, (2004) afirma que la Violencia Intrafamiliar genera marcas emocionales, ansiedad, miedo al entorno, temor a relacionarse con los demás, inseguridad, desconfianza,

tristeza constante; es importante recordar que la mayor parte de patologías tanto físicas como psicológicas se deben a factores emocionales debido a conflictos y situaciones de violencia.

En los demás miembros de la familia, la exposición prolongada a la violencia, ya sea como testigos o como víctimas, pueden alterarles el sistema nervioso o inmunológico y provocar trastornos emocionales y cognitivos, además de conductas que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales.

Ante comportamiento violento de un miembro en el hogar se suman los sentimientos negativos que estos actos provocan en quienes son violentados, por lo general los deseos de venganza son comunes y las víctimas se convierten en potenciales victimarios.

2.2.7.4.2 Social

La Violencia Intrafamiliar afecta a la percepción del entorno social y las seguridades sobre las que las personas sostienen en su vida cotidiana, hace dudar la confiabilidad del entorno y de la protección que ofrecen las personas y las instituciones.

En el caso de los niños y niñas con ese aprendizaje negativo se tiende a arraigar tanto, que muchas veces pasa de generación en generación, así como para los que vivieron o fueron testigos de violencia, además pueden generarse conductas de riesgo, como el abuso de sustancias adictivas, conductas agresivas, la iniciación precoz de actividad sexual, e incluso pueden tener problemas para relacionarse afectivamente (Guilles, 2004).

2.2.7.4.3 Salud Física

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

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

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

2.2.7.4.4 Salud Mental y alteraciones psicológicas

“La vivencia de violencia doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves” (Lorente, 2001) .

Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (AMOR, 2002).

Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias (Villavicencio J. , 1999).

2.2.7.4.5 Síndromes específicos

2.2.7.4.5.1 Síndrome de la mujer maltratada

Este síndrome fue formulado por Walker para describir las secuelas psicológicas de la violencia doméstica. Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida,

reformulada en términos de la depresión humana. El Síndrome de la Mujer Maltratada puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones, al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor (Dutton y Johnson, 1998).

Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo. Walker (1989), considera que además de estas distorsiones cognitivas, las mujeres maltratadas, pueden cambiar la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, y desarrollan la mayoría o todos los síntomas que se presentan en el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEP), por lo que se ha llegado a considerar que el Síndrome de la Mujer Maltratada sería equivalente a este trastorno, o que habría razones de orden político y clínico para utilizar este diagnóstico y no el de Síndrome de la Mujer Maltratada (Walker, 1979).

Sin embargo, quienes plantean la existencia de este síndrome aseguran que es más complejo que el TEP y que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, y otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y problemas para establecer relaciones (por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad) (Dutton y Johnson, 1998)

2.2.7.4.5.2 Síndrome de Adaptación Paradójica

Planteado por Montero (2001), es una aplicación del llamado Síndrome de Estocolmo que desarrollan las víctimas de secuestro hacia sus captores, al ámbito de la violencia doméstica. Si bien permite entender por qué las víctimas de esta violencia permanecen tantos años en esa

situación, es más bien una descripción de las progresivas consecuencias psicológicas del maltrato.

Se plantea que el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) es un síndrome global, generado como una reacción psicofisiológica y conformado en una serie de modificaciones cognitivas ante un entorno traumático, que en este caso se da en el medio doméstico. Así, se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológica- emocional, culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor, en un contexto traumático y de restricción estimular, con el objetivo de recuperar la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como proteger la integridad psicológica de la víctima.

El síndrome tendría cuatro fases, que describen las diferentes consecuencias psicológicas del maltrato en la víctima: Desencadenante, de reorientación, de afrontamiento y de adaptación. (Moran, 2004)

3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.1 DEFINICIÓN.

El Trastorno de Estrés Postraumático- TEPT, es un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza u horror; las características dominantes del TEPT son entumecimiento emocional, hipervigilancia y reexperimentación del trauma. (Azcárate, 2007)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la

existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la Reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror.

3.2 Pautas Diagnósticas según la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10)

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática. (CIE 10, 1992)

3.3 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM V

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático (s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). (Association, DSM V, 2013)

3.4 Síntomas del TEPT

Valdivia, 2002 expresa que “los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, presentan una tríada clínica que comprende los fenómenos de reexperimentación, los de evitación y la respuesta de hiperactivación”.

3.4.1 Reexperimentación

Carvajal, 2002 afirma: El reexperimentar lo síntomas vividos durante el hecho traumático esta fuera de control de la persona y en forma persistente pueden aparecer: imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos sucesos pueden ocurrir durante la vigilia o durante el sueño en forma de pesadillas; estos sueños invasores muchas veces se acompañan de síntomas funcionales como: taquicardia, temblores, sudoración, cambios de temperatura e incluso piloerección.

3.4.2 Evitación

Valdivia en el 2002, afirma que: los mecanismos de evitación incluyen los esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que se vinculen con el trauma; en ocasiones puede incluso presentarse amnesia en relación a aspectos importantes del suceso.

3.4.3 Hiperactivación o aumento de la aumentación

El estado general de hiperalerta en el sujeto se puede expresar por trastornos del sueño, caracterizados por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y superficial; dificultad en la concentración, irritabilidad e incluso reacciones violentas, hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada y un estado de hipervigilancia (Carvajal, 2002).

3.5 Incidencia y Prevalencia

El Trastorno de Estrés Postraumático es uno de los trastornos de ansiedad más frecuente con una prevalencia entre el 5% y el 10% en población general, las personas pertenecientes a los grupos sometidos a hechos traumáticos (p. Ej., víctimas de guerra, atentados terroristas,

erupciones volcánicas, o víctimas de violencia) pueden presentar un TEPT en porcentajes de, al menos, un 20% y 45%, además de que las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8% en la población en general de Estados Unidos y de entre 2.22 y 46% en otros países del mundo. (Echeburúa & Corral, 1995)

Los hombres con TEPT suelen identificar como causa el combate o ser testigo de muerte o daño a alguna persona, mientras que las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentar TEPT por ser víctimas de ataque físico o amenaza. (Azcárate, 2007).

3.6 Etiología

Puede que, cuando se combinan la historia psicológica, a naturaleza del trauma y la falta de apoyo posterior al trauma, se produzcan síntomas de TEPT, después de la exposición a un evento traumático; no obstante, alguien sin factores de riesgo que sea víctima de violencia de un evento traumático, también puede desarrollar síntomas. (Azcárate, 2007).

3.6.1 Teoría biológica

“El trauma psicológico provoca una serie de cambios o alteraciones estructurales cerebrales, así como también de su función, afectando además a otros sistemas como al endocrino y al sistema inmune”. (Azcárate, 2007)

3.6.2 Factores de riesgo

Según Azcarate, M. (2007) los factores de riesgo incluyen el trauma previo, condición de salud mental predisponente, tipo y severidad del evento traumático y falta de adecuado

competente soporte o apoyo familiar, laboral o social hacia la víctima después del trauma. Sin embargo, el TEPT puede desarrollarse en gente que no posee ninguno de estos factores de riesgo.

- Factores de riesgo pre-trauma
 - Baja autoestima
 - Personalidad borderline y trastornos de personalidad
 - Trauma previo
- Factores de riesgo relacionados con el trauma

La severidad, duración, proximidad (víctima directa o testigo) y tipo de evento traumático son los factores de riesgo más significativos para desarrollar TEPT.

- Factores de riesgo postraumáticos

Los síntomas y la duración del TEPT pueden ser más severos si hay una falta de apoyo familiar o social; esto ocurre especialmente en los casos de violencia de género y de mobbing.

3.7 Curso del Trastorno de estrés postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse a cualquier edad, incluso durante la infancia; los síntomas suelen aparecer en los 3 primeros meses posteriores al trauma, puede haber un lapso temporal de meses o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

Los síntomas del trastorno como: la re-experimentación, comportamiento evitativo y síntomas de activación, pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra que la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los 3 primeros meses, en otras ocasiones pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La calidad de apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del Trastorno de estrés postraumático (Bromet, y Hughes 1995).

3.8 Modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

Si bien son muchos los modelos teóricos que se han planteado para explicar el TEPT, a continuación, se hará referencia a los que se considera son los principales, se aprecia en ellos una clara evolución desde aspectos puramente conductuales hasta la integración de aspectos biológicos, pasando por aspectos cognitivos. En la medida en que la neurofisiología avance en la comprensión del funcionamiento cerebral del ser humano, estos modelos se irán modificando y enriqueciendo con dichos conocimientos.

3.8.1 Teoría del aprendizaje

Según un estudio realizado por Astin y Lawrence (1993), el Trastorno de Estrés Postraumático puede explicarse por medio del condicionamiento clásico y el operante, a través del condicionamiento clásico se explica el desarrollo de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, especialmente los síntomas de activación y malestar, el trauma sería el estímulo incondicionado que provoca un temor extremo, la respuesta incondicionada. El trauma se asocia con el recuerdo del evento estresante y con una serie de estímulos que se encuentran presentes en el momento del suceso traumático, los que se convierten en estímulos condicionados, así, cada vez que se recuerda el trauma, se recuerdan los estímulos asociados a él o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dicho recuerdo provoca un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada.

Por medio de la generalización de estímulos y del condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma sino también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas

neutrales que evocan esos estímulos desencadenantes, se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo.

En este punto es donde se inserta la explicación del condicionamiento operante, para dar cuenta del desarrollo de los síntomas de evitación del TEPT; y. del mantenimiento de esos síntomas a lo largo del tiempo, a pesar de que el acontecimiento estresante traumático no vuelve a ocurrir; debido a que el recuerdo del trauma o de los estímulos a él asociados provoca una ansiedad extrema, se evita este recuerdo y el resultado es una reducción de la ansiedad. De este modo, la evitación del recuerdo del trauma se refuerza negativamente, lo que impide la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma y la ansiedad, algo que sería esperable sin la repetición del mismo trauma.

3.8.2 Teoría del procesamiento emocional

Aplicando la teoría de las estructuras de miedo de Foa y Zinbarg R, (1992); han planteado una teoría del procesamiento emocional de la información que se centra en la formación de una red de miedo en la memoria de largo plazo.

Esta red contiene:

- a) Información estimular sobre el evento traumático,
- b) Información sobre la reacción fisiológica, conductual y cognitiva al evento traumático.
- c) Información que asocia las dos anteriores entre sí, cualquier clave estimular asociada al trauma podría activar la red de miedo, lo que hace que la información contenida en la red entre en la conciencia, constituyendo los síntomas intrusivos del TEPT; los intentos por evitar y suprimir tal activación de la red, conducen al conjunto de síntomas de evitación del trastorno.

Foa plantea que la resolución exitosa del trauma sólo puede ocurrir al integrar la información de la red de miedo con las estructuras de memoria ya existentes, de manera que

la percepción de amenaza, coincida con la existencia real de una amenaza, tal asimilación requiere, primero, la activación de la red de miedo de manera que esté accesible y, segundo, la disponibilidad de información que sea incompatible con la contenida en la red de modo que la estructura de memoria pueda ser modificada, de este modo, la exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado: a) La activación de la red de miedo, b) La habituación al temor, y c) El cambio posterior de la estructura de temor. Conforme disminuya la emoción, los pacientes con trastorno de estrés postraumático empezarán a modificar los elementos que tienen una significación para ellos, cambiarán sus autoverbalizaciones y reducirán su generalización.

Diversos factores median el curso de esta integración, como, por ejemplo, la impredecibilidad e incontrolabilidad del evento traumático, que lo hacen difícil de asimilar a los modelos de memoria existentes en los cuales el mundo es un lugar predecible y controlable. Asimismo, la severidad con que el evento desorganiza los procesos cognitivos de atención y memoria, en el momento del trauma, puede conducir a la formación de una red de miedo fragmentada y desarticulada que será difícil integrar en los modelos organizados existentes.

3.8.3 Teoría del procesamiento de la información

Resick y Schnicke, (1992) han planteado que las emociones postraumáticas no se limitan al temor y que los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden también experimentar otras emociones fuertes como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones no surgen sólo del trauma, sino que además surgen de las interpretaciones que hace la víctima del acontecimiento traumático y del papel que ha jugado en él; de este modo, estos autores

proponen una teoría más cognitiva del trastorno de estrés postraumático, basada en la teoría del procesamiento de la información.

Para codificar, almacenar y recuperar la información en la memoria, las personas desarrollan esquemas cognitivos o mapas genéricos, la nueva información que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente y sin esfuerzo, ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarla, cuando sucede algo que discrepa con el esquema, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo o sobre el mundo, modificando o adaptando sus esquemas para incorporar esta nueva información. Sin embargo, este proceso a menudo se evita debido al potente componente emocional asociado al trauma y porque la modificación de las creencias puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros.

En el caso de un componente emocional potente, puede suceder que no se dé el procesamiento cognitivo, en parte porque la propia respuesta emocional puede dificultar o incluso bloquear el procesamiento cognitivo, y en parte porque las víctimas del trauma evitan dicho afecto y, por consiguiente, nunca adaptan la información debido a que no recuerdan del todo lo que sucedió o no piensan lo que significa; aunque el individuo puede ser capaz de distraerse de la experiencia afectiva normal, los acontecimientos traumáticos están asociados a una emoción mucho mayor que no puede evitarse totalmente. Debido a que la información no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo como recuerdos invasivos o pesadillas, surgen también las respuestas emocionales y la activación, que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación.

3.8.4 Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico

Esta teoría, planteada por Dalgleish y Power (1999), postula que las emociones son las herramientas que el sistema cognitivo emplea para resolver problemas, por ejemplo, si el objetivo es resolver una amenaza se activará el módulo de miedo, que es, esencialmente, una reconfiguración del sistema cognitivo para lidiar con la inminente amenaza y con futuras amenazas posibles, tal reconfiguración podría involucrar la preparación para la pelea o la huida, sesgos atencionales para la información relacionada con la amenaza, activación de conceptos en la memoria relacionados con la amenaza, etc, del mismo modo, si el objetivo es resolver una pérdida, se activará el módulo de la tristeza, lo que implicará disponer de recursos para la elaboración de material asociado con la pérdida en la memoria, en orden a capacitar al individuo para reemplazar lo perdido.

Dentro de este esquema las emociones son procesos adaptativos que reorganizan el sistema cognitivo en distintas formas para lidiar con los cambios del medio interno o externo, la naturaleza adaptativa del sistema emocional puede conducir a profundas dificultades emocionales en el caso de un trauma.

Como su nombre indica, esta teoría es un modelo multirepresentacional con cuatro niveles o formatos de representación en que se especifican dos rutas de generación de emociones.

El formato de representación analógico guarda la información de manera analógica, esta información incluye las imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.

El formato de representación proposicional, en cambio, codifica información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, en una forma que no es específica de ningún lenguaje.

El formato de representación de modelos esquemáticos corresponde a una representación de alto orden, que provee al individuo de su sentido de sí mismo, de la realidad y de su significado, además de guardar relación con la jerarquía de metas del individuo que se utilizan para planear la acción, mantener el sentido de sí mismo y de conexión con la realidad.

Finalmente, el cuarto de representación corresponde al formato asociativo, que es el responsable de la generación de las emociones automáticas que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos, se trata de la asociación de acontecimientos y emociones que se han dado de manera repetida.

3.8.5 Teoría de representación Dual

Esta teoría, esbozada por Brewin (2001), plantea que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones.

•**Conocimiento verbalmente accesible:** Corresponde a la representación o al conjunto de representaciones constituido por la experiencia consciente del trauma de la persona, que puede en principio ser deliberadamente recuperada. Inmediatamente después de la experiencia traumática, es probable que estos recuerdos estén dominados por información detallada con relación a la percepción consciente de los aspectos sensoriales y de las

reacciones corporales, así como también por un intento de asignar significado a la experiencia traumática en términos de constructos y categorías verbales y de considerar las implicaciones para las metas vitales valoradas. A medida que pase el tiempo, sin embargo, se crearán recuerdos más genéricos que abarquen el hecho de haber experimentado la situación traumática, pero sin el mismo nivel de detalle. De este modo, este tipo de recuerdos contendrá alguna información sobre las características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas y el significado percibido del evento. Si bien estas memorias pueden ser muy detalladas, es también probable que sean altamente selectivas debido a que la ansiedad experimentada durante la experiencia traumática aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.

•**Conocimiento situacionalmente accesible:** Corresponde a la representación o conjunto de representaciones constituido por el procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática, al que se puede acceder de manera directa cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Los aspectos sensoriales, fisiológicos o motores de la experiencia traumática están representados en estas memorias en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original sea recreada. Estos códigos serían parte de una representación que contiene: a) Información estimular, b) Información de significado, derivada de un aprendizaje asociativo anterior o incluso de lo innato, y c) Información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática, la persona solo puede llegar a darse cuenta de que estas representaciones han sido agregadas a las que ya tenía, cuando experimenta síntomas como la activación emocional, impulso motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociados de conciencia.

Para explicar el procesamiento de las situaciones traumáticas, Brewin recurre a la evidencia disponible acerca del funcionamiento cognitivo diferenciado de las estructuras implicadas en situaciones de estrés, específicamente del hipocampo y la amígdala. Así, mientras el hipocampo manifiesta una relación en “U invertida”, es decir, bajo condiciones de ausencia de estrés y de estrés extremo, su funcionamiento resulta limitado (lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma, en concreto, en los “puntos calientes” del mismo), el funcionamiento de la amígdala mejora cuando el estrés aumenta, lo que es consistente con la formación de fuertes respuestas condicionadas y de “flashback”. Es más, la ausencia de procesamiento de la información por parte del hipocampo en períodos de emoción intensa, incrementa la probabilidad de activación de la amígdala y la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles.

4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	REACTIVOS PSICOLOGICOS	ESCALA
Violencia Intrafamiliar	La violencia intrafamiliar se denomina el tipo de violencia que ocurre entre miembros de una familia, y que puede tener lugar en el	Psicosocial	Tipos de Violencia Intrafamiliar	Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Física • Sexual • Psicológica • Patrimonial

	entorno doméstico o fuera de él.				
Trastorno de estrés posttraumático	Se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso extremadamente traumático, a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos.	Psicosocial	Tipos de Trastorno de estrés posttraumático	Escala de gravedad de síntomas de estrés posttraumático	Presencia o ausencia de Trastorno de estrés posttraumático.

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte transversal debido a que utilizará datos numéricos para la respectiva tabulación de datos obtenidos y analizará la problemática existente en la población seleccionada.

El Área de estudio es en Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

La Población universo para la presente investigación se realizará a las Mujeres de 15 a 50 años que acuden diariamente a la Sala de Primera Acogida del Hospital General Isidro Ayora para valoración y tratamiento por referencias del Consejo de la Judicatura y Fiscalía Provincial de Loja.

Se tomará como muestra a 60 mujeres de entre 15 a 50 años de edad que hayan sido Víctimas de Violencia Intrafamiliar.

- **Criterios de Inclusión**

Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar en todas sus manifestaciones.

Mujeres entre 15 a 50 años.

- **Criterios de Exclusión**

Mujeres que acuden por otras consultas.

Mujeres menores de 15 años y mayores de 50 años.

Mujeres que no firmen el consentimiento informado.

Procedimiento

Se realizará la solicitud dirigido al Director del Hospital General Isidro, y al departamento de la sala de primera acogida para la ejecución del presente trabajo investigativo. Una vez realizados los trámites correspondientes y contar con la debida aprobación de la institución se procederá a estructurar el consentimiento informado dirigido a las pacientes que asistan a la Sala de primera Acogida del Hospital Isidro Ayora y posteriormente se realizará la entrevista y aplicación de los instrumentos correspondientes que se detallan a continuación:

Entrevista Semiestructurada para víctimas de violencia domestica

La presente entrevista fue adaptada por Echeburúa et al. en 1994, consta de 23 preguntas las cuales permitirán indagar aspectos personales y demográficos, características de la relación de pareja, conocer los antecedentes y experiencias de maltrato, los tipos de violencia al que ha sido sometida, número de denuncias en contra de su agresor, asistencia médica por las lesiones sufridas, tratamientos psicológicos recibidos anteriormente a causa de la violencia, antecedentes familiares y personales de trastornos psicológicos; además conoceremos de qué forma estos hechos han alterado su estado psicológico y su calidad de vida. Este instrumento ha sido utilizado en diversas investigaciones en maltrato doméstico.

Escala de gravedad de síntomas del Estrés Postraumático.

Es una escala diseñada por Echeburúa et al. en 1997, sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT según los criterios diagnósticos del DSM IV. Esta escala, estructurada en un formato de tipo LIKERT de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 items, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la escala subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la evitación y de 0 a 15 en la de activación.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (95.45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales 5, 6 y 4 en la subescala de reexperimentación, evitación e hiperactivación respectivamente.

Presupuesto y Financiamiento

Recursos Humanos

- Tesista Silvana González
- Director de Tesis
- Pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida

Recursos Materiales

- Computadora
- Internet
- Impresiones

Recursos Económicos

LIBROS	400
INFOCUS	50
TRASPORTE	200
MATERIALES DE TRABAJO	300
COPIAS E IMPRESIONES	400
EMPASTADO	100
INTERNET	150
VARIOS	200
TOTAL	1.800

Bibliografía

(s.f.).

Acosta, M. L. (2001). Violencia contra las mujeres. En M. L. Acosta, *Violencia contra la mujer* (pág. 187).

Alberoni, F. (1994). Enamoramiento y amor . En Alberoni, *Terapia Familiar* .
Barcelona: Gedisa .

Amáris, M., Cienfuego, L., & Maury, N. (2000). Desempeño del rol de la madre en mujeres que sufre violencia conyugal.

AMOR, P. J. (2002). Evaluación del daño psicologico en las víctimas de delitos violentos. En P. J. AMOR, *Evaluación del daño psicologico en las víctimas de delitos violentos* (págs. 140-145). Copyrigh.

Association, A. P. (2000).

Astin, M. C., & Lawrence, K. &. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered .
En *Posttraumatic stress disorder among battered* (págs. 17-28).

Azcárate, M. (2007). Trastorno de estres postraumático. En *Daño cerebral secundario a la violencia* (págs. 3-30). España: Diaz de Santos.

Báez, A. (2013). *ASPECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*. MEXICO: Trillas.

Basch, G. S.-S. (1992). Caribbean international migration and labor movements .
Caribbean regional and international migration , 160-165.

Bee, H., & Bjorklund, B. (2000). El desarrollo de las personas en todas las etapas de su vida .

- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 373-400.
- Campbell, K., & Rose. (1996). *Causas psicologicas de la Violencia Domestica*. New York.
- Cantrell, L. (2000). Guia de la mujer golpeada. *Circulo de la violencia* .
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1989). The family life cycle. En E. Carter, & M. McGoldrick, *A Framework for Family Therapy*. Nueva York .
- CEPAL. (2010). En V. -F. Hurtado, *Asuntos de género* (págs. 57 p. : graf., tabs.). CEPAL.
- Chavarria, A. C. (2001). Derecho sobre la familia y el niño . Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- CLAVIJO, A. (2011). *CRISIS FAMILIA Y PSICOTERAPIA*. HABANA: CIENCIAS MEDICAS.
- CONAPO. (15 de 04 de 2012). *Violencia en la familia*. Obtenido de [violenciaenlafamilia.conapo.gob:](http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_economica)
http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_economica
- Corral, E. &. (1998). *Violencia Intrafamiliar*.
- Corsi, J. (1994). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la Violencia Familiar*. Buenos Aires.
- Dalglish, T., & Power. (1999). Cognitive theories of post-tr. *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*, 193-220.

- Dutton, & Johnson. (1998). *The Battered Woman*. New York.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1995). Manual de psicopatología . En *Trastorno de estrés postraumático* (págs. 171-186). Madrid.
- Eguiluz, L. d. (2003). Dinámica de la Familia. En L. Eguiluz, *Un enfoque psicológico sistémico* (págs. 08-27). México D.F: Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.
- Estrada, L. (2003). El ciclo vital de la familia. En L. Estrada Inda. México: Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.
- ESTRELLA, E., & SUAREZ, M. (2006). INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR. *RAMPA, FASCICULOS CADEC*, 42-43.
- Foa, E., & Zinbarg R. & Rothbaum, B. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. . 218-238.
- Galtung, J. (2003). Teoría de conflictos de Johan Galton. *Paz y Conflictos*, 14.
- Gleason WJ. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence Vict.*
- Guilles, S. M. (2004). *Laberinto de la Violencia*. Barcelona: Torres Falcon.
- INEC. (febrero de 2011). *www.inec.gob.ec*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=490%3A6-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-de-genero-en-ecuador&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Interior, M. d., INEC, & ONU. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. *Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres*, 10-11.

Johan Galtung, J. (2003). *Violencia Cultural*. Spain.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., & Hughes. (1995). Posttraumatic stress .

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

Lopez, J., & McAllister, J. V. (2002). *Violencia Domestica*.

Lorente, M. (2001). Mi marido me pega lo normal. *Aves y Mares*.

Losada, A. (2015). FAMILIA Y PSICOLOGIA . En A. Losada. BUENOS AIRES :
DUNKEN.

MACIAS, A. (2004). ROLES PARENTALES Y EL TRABAJO FUERA DEL HOGAR.
PSICOLOGIA DESDE EL CARIBE, 15-28.

Medina, A. (2001). *Violencia Familiar*. Apartado 4256, El Paso, Texas 79914, EEUU.:
Mundo Hispano.

Megargee, E. I., & Hokanson, J. E. (1979). *Dinamica de la Agresion*. Mexico : Trillas.

Méndez, S. (02 de Junio de 2011). *Roles de la Familia*. Obtenido de
<http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-roles-de-la-familia.html>

Montero, & Walker. (2001). Efectos psicopatologicos del maltrato domestico. *Violencia y Familia de la Asociacion Americana de Psicologia*.

Mora, H. (2003). Manual de protección a víctimas de violencia de género. En H. Mora
Chamorro. Alicante: Club Universitario.

- Moran, R. (2004). *Educandos con desordenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico .
- MSP. (2014). ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO. En *ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GENERO* (pág. 8). QUITO.
- O' Leary, K. (1999). *Abuso psicologico: atencion en violencia domestica y para victimas*. California.
- Ochoa de Alba, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica . En O. d. Alba. Barcelona : Herder, Barcelona .
- Olivar, R. (2006). Psicología de la pareja y de la familia . En R. Olivar, *Psicología de la pareja y de la familia* (págs. 180-190). Barcelona : Universidad autonoma de Barcelona .
- OMS. (02 de febrero de 2013). *www.who.int/mediacentre*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Polaino, A., & Martinez, P. M. (2003). Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. En A. Polaino, & P. M. Martinez Cano. Navarra: Ediciones Rialp, S.A.
- Resick, P., & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Jornaul of consulting and Clinical Psychology*, 748-760.
- Riggs, D. C. (2000). Enfermedades por violencia domestica: Factors associated with perpetration and victimizacion . En D. C. Riggs. *Journal of Clinical Psychology*.
- SALUD, G. (24 de Abril de 2016). *GEO SALUD*. Obtenido de http://www.geosalud.com/Salud_Mental/trastorno-estres-postraumatico-que-tan-comun.html

Sauceda, G. J. (2003). El maltrato a la mujer. En J. M. Saucedo, *Violencia en la familia* (págs. 286- 290). Washington.

SCHAEFER R. (2006). *INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA*. ESPAÑA:

McGRANW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA,S.A.U.

Schaefer, R. (2006). *Introduccion a la sociología*. MADRID: MCGRAW-HILL

INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.L.

Thomas, F. (1997). *En busqueda de un nuevo padre* . Bogotá.

UNICEF. (31 de enero de 2014). *www.unicef.org*. Obtenido de

http://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf

Villavicencio, J. (1999). *Violencia Domestica: Su impacto en la Salud Fisica y Mental en las mujeres*. Madrid.

Villavicencio, P. C. (2000). *Violencia domestica. Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer*.

Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper.