



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato de Postgrado

**Trabajo de Grado para obtener el grado de Maestría en
Psicología Clínica con Terapia Integrativa**

TESIS

“Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia
psicológica con depresión de CINAMU - Los Santos”

Presentado Por:

González Peña, Marisel. 6-716-1365

Asesora:

Olga Herrera

Panamá, 2019

DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la fortaleza, la salud y convicción para continuar con mi proyecto académico.

A mi amado esposo, Agustín David, quien me brindó su amor, su estímulo, su apoyo incondicional y paciente espera, para que pudiera terminar el grado, como evidencia de su gran amor.

A mis padres, Esteban y Aleyda, por enseñarme la importancia de persistir si deseo lograr las metas propuestas. Mi triunfo es de ustedes.

A mi amada Tía Lucre, que me ha impulsado a continuar; siempre deseando lo mejor para mí.

A mis hermanos, Mily y Edinel; quienes siempre han creído en mí y me han brindado su respaldo en esta importante etapa de mi vida.

A mi Abuela Tilde y Mi Ángel, estoy segura que se sienten felices, porque estoy construyendo mi propio sueño.

De Marisel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la inspiración de seguir adelante, enfrentando los obstáculos de cada día.

A los profesores asesores por el apoyo brindado en la realización de este trabajo.

A los compañeros del grupo por compartir durante todo este periodo de clases momentos de alegría y conocimiento.

De Marisel

RESUMEN

Título: “Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU - Los Santos”

El propósito de esta investigación es el de poner en ejecución un plan de intervención terapéutico que se fundamente en el modelo cognitivo – conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión que asisten a CINAMU de la provincia de Los Santos. Se busca con el presente estudio determinar si la violencia psicológica en las mujeres puede provocar depresión y si el modelo cognitivo – conductual puede ser eficaz para que la mujer supere dicha situación. Se trata de una investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva. Para obtener información de campo se valió de instrumentos y técnicas como la Escala de depresión de Beck y de desesperanza las cuales se aplicaron antes y después del tratamiento, o sea en formato pre y post test. La investigación se apoya en una consulta profunda de aspectos teóricos y conceptuales que permitieron comprender el fenómeno de la violencia psicológica y de la depresión, así como del modelo cognitivo conductual. Se presenta un plan terapéutico el cual fue implementado en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión. El plan terapéutico consta de 12 sesiones en las cuales se desarrollaron diferentes técnicas de intervención cognitivo conductual. Se concluye que se cumple la hipótesis de trabajo la cual señala que la terapia cognitivo conductual es eficaz en mujeres víctimas de violencia psicológica que presentan depresión.

Palabras Claves: violencia, depresión, víctima, cognitivo conductual, desesperanza.

ABSTRACTS

Title: "Cognitive behavioral intervention in women victims of psychological violence with depression of CINAMU - Los Santos"

The purpose of this research is to implement a therapeutic intervention plan that is based on the cognitive - behavioral model in women victims of psychological violence with depression attending CINAMU in the province of Los Santos. The present study seeks to determine if psychological violence in women can cause depression and if the cognitive - behavioral model can be effective for women to overcome this situation. It is a quantitative research, not experimental, descriptive. To obtain field information, he used instruments and techniques such as the Beck Depression Scale and hopelessness which were applied before and after treatment, that is, in pre and post test format. The research is based on a thorough consultation of theoretical and conceptual aspects that allowed us to understand the phenomenon of psychological violence and depression, as well as the cognitive behavioral model. A therapeutic plan is presented which was applied to 3 women victims of psychological violence who presented depression. The therapeutic plan consists of 12 sessions in which different cognitive behavioral intervention techniques were developed. It is concluded that the working hypothesis is fulfilled which indicates that cognitive behavioral therapy is effective in women victims of psychological violence who have depression.

Keywords: violence, depression, victim, cognitive behavior, hopelessness.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN	Páginas
CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. Planteamiento del Problema	11
1.1.1. Problema de Investigación	15
1.2. Justificación	16
1.3. Hipótesis de la investigación	16
1.4. Objetivos de la investigación	16
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. Conceptos sobre violencia	20
2.2. Bases Teóricas de la Violencia	23
2.2.1. La teoría del instinto de vida y muerte Sigmund Freud	23
2.2.2. La teoría del aprendizaje social según Albert Bandura	24
2.3. La violencia de género	28
2.3.1. La Violencia Psicológica	29
2.3.2. Invisibilización de la violencia de género	30
2.3.3. Violencia Familiar	31
2.3.4. Violencia contra la pareja.	32

2.3.5. Consecuencias de la violencia en la pareja	32
2.3.6. La violencia en parejas homosexuales	33
2.4. El Femicidio / Femicidio.....	34
2.4.1. La violencia contra la mujer en Panamá	35
2.4.2. Hostigamiento y el acoso sexual	36
2.5. Trata de personas	38
2.6. La Terapia Cognitivo – Conductual	38
2.6.1. La Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión	42
2.6.2. La TCC en la atención de víctimas de violencia psicológica	43
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	45
3.1. Diseño de investigación	45
3.2. Población o universo	46
3.3. Variables	46
3.4. Instrumentos y/o técnicas.....	47
3.5. Procedimientos.....	48
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	50
4.1. Intervención terapéutica	50

CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 67

5.1. Datos Generales de la muestra..... 67

5.2. Escala de Desesperanza de Beck..... 71

5.3. Escala de Depresión de Beck 71

CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

REFERENCIAS BIBILOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada es de gran importancia tomando en cuenta los índices de violencia que día tras día aumentan contra la mujer. Las agresiones sufridas por la mujer cuando es víctima de parte de su pareja dejan secuelas profundas sobre todo en la esfera psicológica; es por ello que este tema debe ser de gran interés para los psicólogos, en particular los psicólogos clínicos.

El informe que se presenta contiene una estructura capitular que está compuesta por los siguientes contenidos que constan en cinco capítulos:

El **Capítulo I** es donde se plantea el problema, se justifica la importancia de la investigación, se presentan los supuestos y los propósitos.

El **Capítulo II** abarca los aspectos teóricos, es decir el enfoque teórico de la autora, enriquecido con material informativo extraído de diversas fuentes bibliográficas e infografías.

El **Capítulo III** corresponde al Marco Metodológico. En esta sección se establece la población, descripción de los sujetos y la muestra estadística utilizada. También presenta el sistema de variables; los instrumentos, herramientas, materiales y equipos requeridos.

El **Capítulo IV** consiste en la presentación del plan terapéutico que se implementó en el cual participaron mujeres que han sido víctimas de violencia psicológica y que presentan depresión.

En el **Capítulo V** se analizan y discuten los datos logrados, recoge en cuadros y gráficas todo el material informativo obtenido por medio de los instrumentos, con sus respectivos análisis e interpretaciones.

En el bloque final se presentan las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas. Por último, encontrará los anexos.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se hace un recorrido por la historia científica e investigativa que sirve de antecedentes al tema de estudio.

1.1. Planteamiento del Problema

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo.

En este mismo tema de la depresión se aprecia que el CIE 10 (2018) señala que:

La depresión debe ser entendida como un trastorno del humor, que posee una serie de síntomas, entre los que se pueden encontrar los afectivos como son la tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar y también están los de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva puede ser vista como una depresión. La depresión no surge como cuadro aislado sino asociado a otras entidades psicopatológicas. El DSM-5 (2014) señala que hay una asociación entre trastorno depresivo y la ansiedad lo cual es vista como alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. (p.26).

Vásquez (2007) señala que la violencia doméstica se considera un problema social que afecta un significativo número de personas en el mundo lo cual sucede porque se dan relaciones de poder donde el hombre es quien controla el saber y el quehacer social tanto en lo doméstico como en lo familiar (p.89).

La violencia doméstica produce en la víctima la sensación de cansancio psicológico además de sentir que el cuerpo se cansa al punto de provocar en ella serios problemas en su autoestima, promover ansiedad, dificultades en el sueño, la víctima tiende a aislarse, surgen las adicciones hacia las bebidas alcohólicas o las sustancias psicoactivas y aparece la depresión. (Devries, 2014).

Adrián (2015) manifiesta que la violencia de género abarca más que el maltrato contra la mujer. Esto se debe, asegura que es porque el género es entendido como una construcción social que a través de la cultura se manifiestan los estereotipos vinculados al sexo que perpetúan el sistema patriarcal convirtiéndolo en una superestructura de dominio lo que se hace norma en la sociedad por lo que hombres y mujeres actúan de cierta manera que refleja sus diferencias. (p.17).

Mientras tanto, Famá, (2012) señala que la violencia de género en el seno de la familia es ideológicamente muy diferente a la violencia familiar, ya que esta última se refiere a las características propias del tipo de relación que se haya establecido en la familia además de factores culturales que reflejen el dominio patriarcal.

Según Ayala (2012) la violencia contra la mujer se expresa de diferentes formas:

Cuadro N°1. Tipos De Violencia

Tipos de Violencia	Definición
La violencia doméstica	fenómeno social que ocurre en un grupo familiar el cual aparece en forma de ataques físicos, psicológicos o sexuales.
Ataques Físico	Son aquellos que atentan o agreden al cuerpo a través de empujones, bofetadas, golpes, entre otras.
Ataques Psicológico	Son las actitudes que atemorizan, intimidan y controlan la conducta de la víctima lo que incluye sus pensamientos y sentimientos lo que la descalifica con insultos.
Ataques Sexual	Se trata de imponer a la víctima que sostenga relación sexual contra su voluntad, sin deseo de hacerlo.
Ataques Económico	Es cuando la pareja se opone en cubrir las necesidades básicas de la persona y ejerce control a través de recursos económicos.

Fuente: Ayala, 2012.

Aquino Pérez (2010) señala

El propio proceso de apoyo psicológico que las mujeres necesitan cuando viven situaciones de violencia es importante que se analicen los diferentes aspectos

que contribuyen a que se de violencia contra ellas. También se hace sentir la necesidad de saber cómo reacciona la mujer en esas circunstancias de violencia, así como las herramientas que requieren los profesionales de la psicología para dar el apoyo psico-emocional, desde el Enfoque Centrado en la Persona y la

perspectiva de género. La violencia hacia las mujeres que se ejerce tanto en el ámbito privado como en el público, tiene sus orígenes también en roles diferenciados que se le asigna a los hombres y mujeres por razones de sexo, colocando a los hombres por encima de las mujeres a lo cual se denomina estereotipos de género, donde se evidencian las desigualdades, que se forman a través de la educación y en la crianza de niñas y niños. Todo ello coloca a las mujeres en situaciones de desigualdad y des empoderamiento, dos ingredientes fundamentales de la violencia. (p.38).

Mahoney (1991) citado por Becoña y Oblitas (s/f) señalan que:

La psicología del último siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas de la experiencia humana: hacer, pensar y sentir. Señalan los autores que, para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto y para los cognitivistas el papel central es que como tú piensas, tú sientes y actúas y que, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso. (p. 49).

Roselló y Bernal (2007) señalan que en las últimas décadas se han realizado investigaciones que afirman que el modelo cognitivo – conductual es muy efectivo como intervención en la depresión que surge a raíz de las ideas, conductas y emociones distorsionadas por lo que la paciente deberá reconocerlos ya que ellos definen su estado de ánimo y así podrán alcanzar un mayor control sobre los mismos. (p.4).

En Panamá según PNUD, (2015) se puede ver que la desigualdad de género, como tipo de violencia contra la mujer ha aumentado del 2009 que estaba en 0.56 a 0.58 en el 2014, calificando a Panamá como una nación con alta desigualdad de género.

La prevalencia de la depresión se encuentra entre 8 y 12% por lo que para el 2030 se cree que ocupará el primer lugar partiendo de los años de vida ajustados por discapacidad. (Botto, Acuña y Jiménez; 2014; p.1297).

INNOCENTI DIGEST (2000) realizó una investigación en la cual expone que:

Las consecuencias sanitarias más importantes de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, son, por un lado, los efectos sobre la salud física (heridas, fracturas, embarazos no deseados, asma, síndrome de irritación intestinal, etc.) como su impacto en lo psicológico (trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, insomnio, baja autoestima, abuso de sustancias o sentimientos de culpa se encuentran entre los efectos psicopatológicos más habituales). Los efectos más dramáticos y no por ello menos posibles son los suicidios, homicidios o la mortalidad materna". (Torres; Lemos-Giráldez y Herrero; 2013; p.9).

Toirres et al (2013) expresan que

"La literatura científica actualizada que publica aspectos sobre agresores de pareja pone de manifiesto la alta prevalencia de los trastornos de la personalidad entre los hombres que ejercen violencia hacia su pareja. Entre estos trastornos se han encontrado especialmente el borderline, antisocial, narcisista y paranoide así como consumo abusivo de alcohol y otras drogas considerando que los resultados obtenidos son útiles y relevantes para la intervención, para incrementar la eficacia de los programas, para la prevención y educación en el ámbito de la violencia en las relaciones de pareja, señalando que las intervenciones dirigidas a los hombres maltratadores serán eficaces para la protección de las mujeres con mayor riesgo de violencia en el futuro". (p.16).

Como se puede apreciar se han hecho diferentes intentos por apoyar a las mujeres víctimas de violencia; sin embargo, dichos intentos en su mayoría han sido de manera indirecta o sea a través de intervenciones sobre el hombre maltratador.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009) citados por Boira; López del Hoyo; Tomás-Aragón y Gaspar (2013) en una investigación de tipo cuasi – experimental donde se utilizó una muestra de 148 hombres que se encontraban cumpliendo condena en 18 cárceles españolas, presentaron modificación significativa de los sesgos cognitivos por encima de la mujer en el uso de la violencia, apreciándose una disminución de la sintomatología psicopatológica como son la impulsividad y la ira conociéndose también que aumentó significativamente la autoestima de ellos. (p.20).

La violencia va de la mano de las ideas erróneas que la sociedad ha construido a lo largo del tiempo donde las distorsiones cognitivas son formas erróneas de

interpretar la realidad lo que se puede presentar en varios trastornos mentales como es el caso de la depresión, los trastornos alimentarios, el trastorno psicótico entre otros. Las cogniciones mantienen la conducta con el fin de eximir la responsabilidad y las consecuencias de una conducta socialmente reprobable. Las distorsiones cognitivas contribuyen a la violencia contra la pareja ya que para que el agresor su enfoque selectivamente en determinados aspectos tiene que tergiversar o distorsionar situaciones, que aumentan la probabilidad de sentir ira y reaccionar con agresiones. (Loiniz; 2014; p. 6).

Situación actual

Panamá tiene una población de 3.8 millones (estimaciones para el 2013), concentrándose mayoritariamente en zonas urbanas (63.8%) y en zonas rurales (36.2%). La población está constituida por un 50.2% de hombres y un 49.8% de mujeres concentrándose en grupos de 15 a 64 años (65%); de 0- 14 años (27%) y mayores de 65 años (8%). (INAMU; 2016; p. 3).

Señala INAMU (2016) que Panamá tiene un índice de desigualdad de género de un 0.45 según el PNUD (2010). (p. 4).

En lo que respecta a la violencia de género, INAMU (2016) señala que se trata de un tema vigente, evidenciado en la medida en que las mujeres en conocimiento de sus derechos denuncian más y están anuentes a denunciar los delitos de violencia doméstica y sexual. (INAMU; 2016; p. 6).

Por tal motivo se opta por el tratamiento Cognitivo conductual en mujeres que han sido víctimas de violencia psicológica de parte de sus parejas.

1.1.1. Problema de Investigación

Con todo lo anteriormente planteado surge la siguiente interrogante:

¿Es el modelo de intervención psicológico cognitivo – conductual eficaz en mujeres que sufren de violencia psicológica que en consecuencia de ello desarrollan depresión?

1.2. Justificación

El estudio que se realiza es de suma importancia, ya que al utilizar la terapia cognitivo conductual en su intervención con mujeres víctimas de violencia psicológica que presentan depresión, abarca técnicas que se centran directamente, pero no exclusivamente, en cogniciones verbales y/o en imágenes de las pacientes con el propósito de modificarlas, así como la conducta manifiesta que se quiere regular.

Este estudio ayudará a esas mujeres que son víctimas de la violencia psicológicas, que asisten al CINAMU de la provincia de Los Santos, a través de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual.

Esta investigación le da un significativo aporte a la comunidad en general y a las mujeres víctimas de violencia psicológica en particular, ya que resulta preocupante que día tras día se observe una mayor incidencia al respecto; y no existe en la región una intervención especializada adecuada a la erradicación de los trastornos depresivos que surgen producto de la violencia psicológica por lo que la presente investigación tiene un carácter innovador.

1.3. Hipótesis de la investigación

Hi: La terapia cognitivo conductual disminuye los síntomas de depresión en mujeres víctimas de la violencia psicológicas.

Ho: La terapia cognitivo conductual no disminuye los síntomas de depresión en mujeres víctimas de la violencia psicológicas.

1.4. Objetivos de la investigación

Seguidamente se presentan los objetivos que el presente estudio pretende alcanzar:

1.4.1. Objetivo General

- Diseñar un programa de intervención Cognitivo Conductual para mujeres víctima de violencia psicológica, que han desarrollado depresión y que asisten a CINAMU de la provincia de Los Santos
- Evaluar la eficacia del programa de intervención Cognitivo Conductual para mujeres víctima de violencia psicológica, que han desarrollado depresión y que asisten a CINAMU de la provincia de Los Santos

1.4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar trastornos depresivos en mujeres víctimas de violencia psicológica.
- Describir los síntomas de depresión que manifiestan las mujeres víctimas de violencia psicológica.
- Determinar los mecanismos de respuestas que emplean las mujeres ante la agresión psicológica.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo II se encuentran conceptos y teoría que sirven de soporte teórico al tema de investigación.

2.1. Antecedentes

Han sido diversos los estudios realizados sobre el tema de la violencia en convictos del sexo masculino en el cual aparece una incidencia de eventos traumáticos en situaciones estresantes, abusos físicos, emocional y sexual, con alta psicopatía como con psicopatía baja siendo esta última la que mayormente prevalece. (García y Guilly; 2013; p. 14).

Se ha buscado saber acerca de la frecuencia de los recuerdos sobre el maltrato recibido en la infancia por los victimarios y hasta qué punto poseen un potencial de maltrato debido al maltrato recibido. Importante evaluar las memorias que se tiene del maltrato físico y emocional que recibieron. Así se hizo en un estudio en el cual participaron 341 sujetos, de los cuales se escogieron 165 maltratadores llegando a la conclusión de que existen diferencias significativas entre los recuerdos de las historias de maltrato vividos durante los primeros años de su vida. (García y Guilly; 2013; p. 14).

A lo largo de los tiempos, la sociedad se ha preocupado por estudiar al victimario, pero poca empatía se ha mostrado al querer saber más acerca de la mujer en cuanto víctima.

La violencia contra la mujer adopta formas distintas como son la violencia de pareja; en la violencia sexual se incluye todo aquello que se asocia a conflictos, asesinato por honor, mutilación genital femenina, tráfico, matrimonios forzados y precoces, entre otros. (OMS; 2013).

La forma más habitual de violencia que sufre la mujer es aquella que viene de parte de su pareja, siendo este un fenómeno generalizado en todos los países en los cuales se encuentran que entre un 15% y un 71% de mujeres entre los 15 y

los 49 años que han sufrido de cualquier tipo de violencia de parte de sus parejas. (OMS; 2013).

Gonzales (2017) señala que:

“La violencia contra la mujer trasciende épocas ya que siempre ha estado presente, en diferentes tiempos y diferentes sociedades desarrollando diversas formas de violencia contra la mujer. Desde la antigüedad, el hombre ha sido colocado en un peldaño superior con relación a la mujer lo que contribuye a que él se sienta con derecho para maltratar a la mujer. Historiadores señalan que en la Grecia antigua ya existía la violencia de género lo cual se aprecia en sus obras literarias en donde el hombre aparece como un ser feroz contra la mujer siendo esta sometida por el hombre. En Roma, la mujer era vista como un ser inferior propiedad de su pareja el cual podría venderla, castigarla o matarla si así lo deseara. Por otro lado, la religión ha sido uno de los factores que más ha influenciado en esa disparidad en la relación entre el hombre y la mujer; los Dioses han sido considerados como seres supremos, que podían disponer de las mujeres, cometiendo abusos sexuales contra ellas”. (p. 14).

Se puede apreciar en las diferentes creencias religiosas como se percibe a la mujer y a la relación de pareja. En algunos casos se aprecia la desigualdad de roles entre hombre y mujer de manera marcada, los matrimonios pueden ser concertados y aparecen las agresiones sexuales y la prostitución forzosa. (Gonzales; 2017; p. 16).

En otros tiempos la participación de la mujer dentro de la sociedad era reprimida no permitiéndole participar en cuestiones políticas ni económicas. Eran los padres quienes escogían sus parejas o eran escogidas por los hombres. A pesar de que hoy en día muchas cosas han cambiado; muchas cosas requieren aun de cambios estructurales. Es cierto que han surgido movimientos sociales, se han creado legislaciones, pero aún persiste la violencia contra la mujer.

2.1.1. Conceptos sobre violencia

El concepto de violencia ha pasado por procesos evolutivos históricos, en contextos culturales y legales distintos que han contribuido para que el mismo sea definido de formas diferentes; sin embargo, en esencia lo que se persigue es la erradicación de los malos tratos que han traído importantes consecuencias directas e indirectas y que afectan tanto a la víctima como a todo su entorno.

Martínez (2016) señala que:

La violencia ha sido definida de diferentes formas, pero para el francés Jean Claude Chesnais, la única violencia medible e incontestable es la violencia física; mientras tanto, para Jean-Marie Domenach la violencia es cuando hay uso de una fuerza abierta o escondida, buscando que el individuo o grupo se someta consintiendo libremente. Para Thomas Platt, la violencia es la fuerza física empleada que puede causar daño. Todas esas definiciones reconocen el uso de la fuerza de una persona a otra; provocando daño; donde el daño se ha hecho con intencionalidad y donde el propósito es el de obligar a la víctima a dar o hacer algo que no quiere, pero todas parecen centrarse a la violencia física. (pp. 9- 10).

Se señala que para definir la violencia es necesario ver sus actores, su carácter de intencionalidad, que se trata de un acto relacional y la subjetividad de la víctima que es negada o disminuida, tratándosele de objeto. La violencia es un fenómeno multicausal, tiene una pluralidad de formas, las consecuencias de la violencia superan lo individual. (Martínez; 2016).

González y Delucca (2011) señalan que la violencia representa, etimológicamente hablando, una situación que saca a la víctima de su estado y situación natural debido a la fuerza que demuestra el hombre hacia la mujer por causa de las diferencias jerárquicas que puedan existir entre ellos. (p. 169).

González y Delucca (2011) manifiestan que:

“El modelo psicoanalítico se ha encargado de manera preferente de los problemas relativos a la violencia, a través del concepto de pulsión de muerte desarrollado por Freud que busca dañar, destruir y lo hace desde la más temprana edad que puede relacionarse o no con la sexualidad. Se considera que la violencia diferencia y separa a la pareja; que se trata de una aberración de la agresividad; un "plus de destructividad", de "depredación" donde se somete al otro a través de la fuerza, anulando su singularidad, sus límites y su autonomía, dejándola sin carácter y haciendo que se vuelva igual que el maltratador que le impone una idea o un acto que no está en condiciones de recibir”. (p. 169).

“La violencia está presente en todas las sociedades y se manifiesta de diferentes formas donde se evidencia una lucha de poder constante. A pesar de que se puede predecir es difícil de erradicar, es tan variable por lo que su éxito depende del estudio de lo que la motiva y de que depende para que surja. (Adam.; 2013; p. 23).

Ortega (2014) citado por Saldivia et al (2017) señala que existen diferencias entre violencia y abuso ya que según indica la violencia se refiere a un comportamiento, mientras que el abuso se trata de un patrón de intimidación y control donde la violencia se encuentra inmersa en una relación íntima que causa daño psicológico y hasta físico. Cuando se habla de abuso físico se refiere a la imposición intencional de causar daño a otra persona que puede ser de tipo corporal, el cual surge en un contexto de poder y control sobre la pareja. (p. 187).

Las víctimas de violencia pueden presentar culpa, ansiedad, angustia, miedo, inseguridad, enojo, tristeza, que puede convertirse en depresión, irritabilidad, baja autoestima y conductas suicidas. También pueden presentar alteraciones somáticas tales como alteraciones del dormir: insomnio, hipersomnia, pesadillas, alteraciones de la alimentación: aumento y en algunos casos disminución, cefaleas, dolor muscular, fatiga. En lo cognitivo, se pueden presentar alteraciones en la atención y la concentración, alteraciones en el contenido del pensamiento: Ideas circulares y recurrentes respecto al evento traumático y en lo conductual se puede apreciar hipervigilancia, desinterés en actividades significativas, aislamiento, fobias, hipo actividad, hiperactividad. (México; 2010).

Se distinguen tres tipos generales de agresores que son los psicopáticos; los hiper controlados, los cuales se caracterizan por distanciarse emocionalmente, evitando y agrediendo de manera pasiva; mientras tanto, los cíclicos / emocionalmente inestables son aquellos que cometen actos de violencia esporádicamente por lo cual son violentos solamente con sus parejas. (Matud, Gutiérrez y Padilla; 2004).

Se considera que los hombres abusan de sus parejas por presentar niveles altos de ira y hostilidad, baja autoestima, impulsividad, déficit de las habilidades de afrontamiento, tendencia a las rumiaciones, ansiedad, depresión y otro tipo de alteraciones emocionales. (Matud, et al; 2004).

También se ha señalado como perfil del agresor discrepancias entre la forma como se comporta en público y en privado, por lo que en público aparece como un ser amistoso, preocupado por los demás y al aparecer la mujer como una persona alterada le abona credibilidad. También tiende a minimizar y negar su violencia, culpan a los demás, no se responsabilizan de su propia violencia. Son coercitivos y controladores; celosos y posesivos, manipuladores de sus hijos sobre todo en situaciones de separación, abusan de sustancias, se resisten al cambio, carecen de motivación interna para buscar asistencia o para cambiar su comportamiento. (Matud et al; 2004).

Los valores culturales tradicionales en los agresores se encuentran asociados a la virilidad del hombre violento, considerándose fuertes, autosuficientes,

racionales y autocontrolados. Se sienten masculinos y superiores con relación a la mujer, lo que les da confianza para utilizar la violencia cuando sienta que tiene necesidad de recuperar el control perdido en el hogar donde puede expresar su superioridad. (Matud et al; 2004).

2.2. Bases Teóricas de la Violencia

La violencia se soporta en una visión conceptual y filosófica. A continuación, se presenta aquellas que parecen ser las más relevantes:

2.2.1. La teoría del instinto de vida y muerte Sigmund Freud

La existencia de los instintos de vida y de muerte según esta teoría, expresan lo sádico y lo masoquista en el instinto sexual donde lo sádico lleva al daño del objeto del deseo, donde el principio del placer rige los procesos psíquicos y el fin inmediato es la evitación de displacer y la consecución del placer y el dolor y el displacer supone una paralización del principio del placer donde el instinto de muerte, actúa silenciosamente al interior del individuo buscando su destrucción u orientándose hacia el mundo exterior, como impulso de agresión y destrucción. (López; 2004).

La Teoría Psicoanalítica entiende la Pulsión, como “un empuje inherente al organismo vivo hacia el restablecimiento de un estado anterior que este ser vivo debió abandonar bajo la influencia perturbadora de fuerzas exteriores”. Dichas fuerzas internas se repiten en el individuo una y otra vez. La Pulsión de Muerte, según Freud (1905) no se enfoca en un destinatario específico, son objetivos sexuales donde el niño busca satisfacer a través de su propio cuerpo. (Castro Meléndez, 2011, pp. 25-26).

Freud (1923) citado por Castro Meléndez (2011) señala que la oposición básica existente entre pulsión de vida y muerte está dentro del ser humano donde las pulsiones son antagónicas y pueden combinarse. (p. 28).

2.2.2. La teoría del aprendizaje social según Albert Bandura

Bandura (1976) postula que el comportamiento agresivo se puede aprender por imitación por la observación de esos comportamientos que son recompensados o reforzados. Para Bandura se trata de comportamientos que se pueden aprender lo que no significa que necesariamente se tenga que ejecutar ya que su ejecución depende de otros aprendizajes. (Domenech e Iñiguez; 2002).

Un individuo es violento por la acción y efecto de violentar o violentarse, por acciones desmedidamente pasional, impetuoso o colérico que se dejan llevar fácilmente por la ira y guiados por las falsedades, fraudes e imposturas naturales. La violencia rompe con el orden establecido, con la armonía preexistente. (Jiménez-Bautista; 2012; pp.14-16).

El uso de la fuerza parece ser el denominador común en las definiciones que presenta Martínez; sin embargo, esto ha sido muy discutido por otros autores los cuales contemplan otros elementos tales como los siguientes:

Lanzos (2001) planteó que toda acción fundamentada en el sentido de pertenencia de parte del hombre hacia la mujer que la dañe físicamente, sexualmente y psicológicamente conlleva a un daño que puede manifestarse a través de amenazas, coacción, privación arbitraria de libertad que puede ser pública, privada o en la vida familiar.

Lanzos (2001) expresa que, en el siguiente año, la ONU hace otras aclaraciones respecto a la violencia familiar y doméstica; entendiendo maltrato o violencia entre miembros de una misma familia, lo cual incorpora la violencia en la pareja y también la que se da entre hermanos, hacia los niños y hacia los adultos.

En relación con lo doméstico “se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de

parentesco” (Lanzos, 2001). Este otro concepto permite incluir todos los casos de violencia que se puedan dar entre personas que conviven.

En los últimos años, investigadores sobre la violencia de pareja como Rincón y Labrador (2001); Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2001, 2002), encontraron había mujeres que seguían siendo maltratadas aun después de la separación de su pareja, lo que demostraba que no era imprescindible que convivieran en el mismo domicilio, sino que existiera lazo afectivo antes o durante. En algunas ocasiones se agrava hasta el punto de ser mortal para la mujer a lo que hoy se conoce por femicidio y que en Panamá ya existe una regulación legal. (p. 24).

Para que haya violencia debe existir la voluntad de hacer daño de quien la ejecuta y ausencia de ella de quien la recibe. Al no haber deseo de ser violentado no existe masoquismo. En el acto violento debe haber una acción física que vaya dirigida de uno hacia el otro, donde exista voluntad de ser violento de parte de quien lo hace con el fin de dañar mientras que la víctima no desea ser dañada. (Cuervo; 2016; p.80).

Los actos y palabras de parte de la pareja son aquellos que son vistas como el motivo que lleva a la violencia. Estos constituyen falsas e irreales justificaciones que utiliza el victimario como excusa para agredir a la pareja. (Cuervo y Martínez; 2013; p. 85).

Ramón, Leyton y Toledo (2012) señalan que Galtung, J. (1969) consideraba este tipo de violencia como aquella violencia indirecta o institucional (Weigert; 2008) que se diferencia de la violencia directa que es aquella que es más que una manifestación física y psicológica, la cual no se limita a lo interpersonal donde no existe un causante que se pueda identificar.

Se considera que la violencia estructural se encuentra integrada a la estructura de las instituciones sociales y culturales donde habitualmente se le niega a los individuos sus derechos humanos básicos ya que no se da una distribución equitativa entre el poder y los recursos, (Galtung; 1969).

Este tipo de violencia es causada por injusticias sociales y económicas y está amparada en sistemas legales que marginan a un gran número de personas del acceso a distintos bienes sociales (Valdivieso; 2009).

Para Galtung, (1998), la violencia estructural es la suma de los conflictos y contradicciones que aparecen en las estructuras sociales y mundiales, surgiendo resultados injustos, desiguales, casi inmutables no permitiendo satisfacer sus necesidades más elementales. Tortosa, (1992, 1994) y Morales, (2003).

Rodríguez, Pérez y Moratilla (2012), define la violencia de género como aquella que abarca otros tipos de violencia que son ejercidas contra la mujer como es el caso de la agresión sexual que incluye la mutilación genital femenina, el acoso sexual en el contexto laboral, entre otros.

Cuadro N°2. Tipos De Maltrato

Tipo de Maltrato	Definición
Psicológico	Se refiere a los insultos, las humillaciones, las descalificaciones, etc. que, despiertan sufrimiento, dificultades en el auto concepto y en la toma de decisiones.
Físico	Son aquellas conductas que reflejan el uso de la fuerza con el propósito de causar heridas a la mujer no importa si lo logre o no.
Sexual	Siempre que se trate de una actividad de tipo sexual que la mujer no desee, que se le imponga o se le obligue intimidándola o coaccionándola.
Económico	Es cuando se priva a la mujer de poder disponer de su propio dinero, controlándole sus gastos y no permitiéndole trabajar para que no pueda recibir un salario.
Ambiental	Es cuando se intimida a la mujer dañando el ambiente que le rodea.

Fuente: Quesada, et. al.; 2014; (p.98).

Dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas y las más efectivas donde se utiliza la respiración y relajación, el manejo de la atención, la reestructuración cognitiva, la

solución de problemas, el manejo de emociones y asertividad, los valores y establecimientos de objetivos, la organización del tiempo y actividades reforzantes y el ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y la prevención de recaídas (Moix y Casado; 2011; pp.44-47).

Hay mujeres que tiene la capacidad de darle frente a los conflictos gracias a las herramientas de afrontamiento y apoyo social con que cuentan y otras se aferran a su sufrimiento, se amargan, se resienten, se desaniman o se desilusionan. (Echeburúa; 2004). Cada mujer interpreta y procesa los eventos traumáticos de manera distinta. Los traumas contribuyen a que la víctima no confíe más en sí misma, en los otros y en el entorno en general, desadaptándose con facilidad. (Cáceres y Labrador; 2011).

La palabra «trauma» procede del griego antiguo que se refiere a un «daño» o «herida», entendido primeramente como lo físico y después como psicológico. Se dice que cuando hay trauma, la víctima puede contar con desregulación emocional o desgaste en la modulación de la activación, atención, cognición y conductas relacionales. Los síntomas más comunes son la ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. (Ford y Courtois, 2009, p. 15).

Existen criterios que permiten que la mujer sea víctima de delito, ellos son:

- La participación o contribución victimal que a veces puede ser confundido con el consentimiento de la víctima.
- Los riesgos los determinan aspectos individuales, relacionales, contextuales y socios estructurales identificando la vulnerabilidad como la pertenencia a un determinado colectivo de riesgo. Sentirse sola y desprotegida, sumisa, sentir falta de cariño, tener una personalidad débil, alguna discapacidad, sentirse insegura, con baja autoestima, con insuficiente información y sentir que le hace falta la presencia de un adulto significativo.
- La vulnerabilidad personal se refiere a las características psico-biológicas como son la edad, el sexo, la orientación sexual, el equilibrio emocional, las enfermedades y las adicciones.

- La vulnerabilidad en la relación está en el desequilibrio entre el poder del agresor y la víctima, la violencia de pareja y de o hacia otros familiares.
- El conflicto es una situación que se puede regular mediante la concertación y negociación para la solución o búsqueda del beneficio mutuo, lo cual es una respuesta positiva; contrario a esto se encuentra el mal manejo o respuesta negativa que se caracteriza por el empeoramiento y detrimento de la situación que puede conllevar a la violencia de pareja.
- La violencia en la pareja promueve consecuencias de diferentes índoles, una de ellas es la afectación psíquica, que se trata de aquellos actos que van dirigidos a destruir tu autoestima, a que aisle a la mujer de las personas que te rodean, recibir comentarios degradantes, amenazas, humillaciones delante de otras personas, destruir objetos que tienen algún valor sentimental, actos de poseerla o de controlarla, etc. Este tipo de violencia suele ser el primer paso que avisa los malos tratos físicos. (Borile; s.f.).

La violencia psíquica es aquella en la cual las actitudes dañan la estabilidad emocional. No es posible medir este tipo de violencia. Se trata del acto realizado con la intención de dañar moralmente. Este tipo de violencia va de lo verbal que se expresa a través de insultos, gritos, palabras hirientes u ofensivas, descalificaciones, humillaciones, amenazas, piropos incómodos, entre otros. Se trata de conductas que muchas veces no son percibidas como tal por ninguno de los miembros de la pareja, ya que lo confunden con expresión de amor e interés de uno por el otro. (Borile; s.f.).

Entre las consecuencias se encuentran la depresión, una baja autoestima, aislamiento, fracaso escolar y bajo rendimiento laboral.

2.3. La violencia de género

Yugueros (2014) señala que:

“Las Naciones Unidas en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada en Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104, del 20 de diciembre de 1993, publicada el 23 de febrero de 1994 (ONU, 1993) en su primer documento a nivel internacional aborda de manera clara y específica esta tipología de violencia, definiéndola en su artículo primero como

la violencia contra la mujer que es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada”. (p. 148).

Los malos tratos de género son mayores que la violencia contra la mujer ya que la violencia contra la mujer representa los tipos más conocidos de agresión, a diferencia de la violencia de género que es más específica. (Straka; 2015; pp. 17-18).

Pérez y Hernández (2009) citado por Alcázar y Ocampo (2015) señalan que:

La violencia de género es aquella violencia que se enfoca en la condición de ser mujer fundamentándose en sus construcciones sociales más que en los actos o características individuales de la mujer lo que refuerza las diferencias entre hombre y mujer. Este tipo de violencia se enfoca en las expectativas que tiene la sociedad con respecto a los roles que debe desempeñar la mujer en su género. Ve a la mujer como un producto de los modelos de género preestablecidos socialmente donde el varón se encuentra en una posición privilegiada, mientras que la mujer se debe subordinar a él lo que le da el derecho de usar la fuerza contra ella como instrumento que le permite corregir la conducta que debe ser corregida según su criterio, típico del modelo patriarcal, hegemónico en la sociedad. (p. 6).

Por tanto, todo lo referido en líneas anteriores constituyen actos que se basan en el simple hecho de ser mujer con el fin de causar la muerte, daño o dolor a la víctima lo cual puede suceder tanto en el contexto público como privado. (CNDH; México; 2017).

2.3.1. La Violencia Psicológica

Las Naciones Unidas (2017) a través de su campaña UNETE refiere que la violencia psicológica o emocional es:

“Una de las modalidades más constantes, efectivas y generalizadas del ejercicio del poder cuyos actos conllevan a la desvalorización y buscan disminuir o eliminar los recursos internos que la persona posee para hacer frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana. Se trata de cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio”.

El acoso afectivo es muy común en la violencia psicológica ya que el acosador se torna dependiente emocionalmente de la persona que acosa lo que le impide a la víctima de lograr su independencia emocional. El acosador invade su intimidad, su tranquilidad y su tiempo. (ONU; 2017).

Se hace difícil demostrar este tipo de violencia ya que sus huellas no son fáciles de percibir perdiéndose la dignidad, seguridad y confianza en sí misma y en los demás. Al final cae en el juego del acosador por lo cual no logra controlar el entorno y los recursos que posee para poder afrontar la situación de violencia que vive desarrollando sentimientos de vergüenza y culpa, miedos, pánico, se vuelve inactivo físicamente, desarrolla conductas suicidas y se auto inflige daño. (ONU; 2017).

Adam A. (2013) señala que:

La muerte de mujeres a manos de sus compañeros sentimentales constituye una alarma social lo cual se encuentra a nivel mundial entre el 10% y el 52%. También los estudios señalan que entre el 10% y el 27% de las mujeres reconocen haber sufrido abusos sexuales y entre el 10% y el 30% dicen haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja. Las mujeres que han provocado algunas lesiones graves en los hombres lo han hecho en su mayoría por autodefensa y relación de pareja donde ambos usan la violencia para resolver sus problemas. Mientras tanto, cuando la lesión que la mujer hace contra su pareja es leve se dice que lo hace para llamar su atención. También se ha dicho que entre el 13-17% de los chicos ha cometido algún tipo de abuso sexual en la relación de pareja. (p. 24).

2.3.2. Invisibilización de la violencia de género

La visibilización de la violencia hacia las mujeres ha implicado, entre otras cosas, el traspaso del límite de lo privado. Pensar los invisibles sociales es inseparable de pensar el problema del poder. Al pensar el problema del poder y que el poder funcione, diversos trabajos han distinguido mecanismos sociales de Invisibilización de la violencia hacia la mujer que operan por medio de mitos sociales. (López; 2011; p.24).

La Invisibilización se puede contemplar en los siguientes aspectos:

- La relativización del daño y sus consecuencias lo que para las mujeres representa una forma de violencia cotidiana;

- La culpabilización a las mujeres por comportamientos violentos de los que son objeto conlleva a una doble victimización lo que trae como consecuencia el silencio de la víctima invisibilizando al agresor en un claro ocultamiento de las relaciones de poder.
- La focalización de la violencia en ciertos grupos de mujeres, limita el alcance de éstas y promueve estereotipos sociales.
- La patologización de la violencia hacia las mujeres ubica a la misma como un fenómeno individual y psicopatológico (el agresor es un enfermo), obturando así la visión de la violencia hacia las mujeres como un fenómeno cultural. (López; 2011; pp. 26 – 27).

La violencia doméstica y de género afecta la integridad biopsicosocial de la víctima, promueve el surgimiento de enfermedades digestivas y circulatorias, dolores y tensiones musculares, desórdenes menstruales, depresión, ansiedad, suicidio, uso de drogas, trastornos de estrés postraumático, lesiones físicas, privaciones y asesinato de la víctima. (Lettiere y Spanó; 2011; p. 3).

La violencia doméstica es una de las manifestaciones de la violencia; abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre sus miembros. (Fontes; 2009; p. 2).

2.3.3. Violencia Familiar

Se trata de una serie de eventos violentos que se dan en el seno del hogar, dañando a cualquiera de sus integrantes y a la vez a otros. Es el espacio propicio para un daño que puede darse con mayor frecuencia hacia mujeres y niños. La violencia familiar ocurre de diferentes formas:

- Puede ser física que es cuando surge un enfrentamiento corporal, pero también puede ser no físico que es cuando se da un enfrentamiento verbal.
- Describe el origen de la violencia que puede ser mental, contra la moral, social y sexual.

- La motivación puede ser de tipo económica, política y/o laboral (Espinosa, Alazales, Madrazo, García y Presno; 2011; p. 100).

2.3.4. Violencia contra la pareja.

La violencia contra la pareja se manifiesta como agresión física como agresión sexual principalmente. La primera se refleja a través de acciones u omisiones violentas que de alguna manera dañan la integridad corporal de la víctima. Mientras tanto, la violencia sexual se manifiesta a través de la imposición que hace el hombre hacia la mujer a través de acciones que la inducen a conductas sexuales sin que sea su voluntad.

El CNDH; México (2017) considera que

La mujer cumple un rol sexual que de alguna manera promueve la masculinidad patriarcal en una sociedad binomial que considera que es normal un cierto trato hacia la mujer de parte de los hombres. Esto ha ido cambiando gracias a que la mujer ha ido ganando espacio en el mundo laboral lo que ha contribuido al surgimiento de grupos que no están dispuestos a permitir la impunidad en aquellos individuos que dañan a la mujer. El nuevo rol de la mujer en sociedad abre espacios al debate sobre el poder del patriarcado por lo que al cambiar los roles atenta contra ese modelo hegemónico de masculinidad. (pp. 10- 12).

2.3.5. Consecuencias de la violencia en la pareja

Entre las consecuencias más frecuentes se encuentran las consecuencias físicas que se manifiestan a través de moretones, heridas, contusiones, desgarros, musculares, esguinces, luxaciones, fracturas, síntomas gastrointestinales (ej. colon irritable, trastornos digestivos), infecciones, dolores crónicos en diversas partes del cuerpo, fibromialgia, traumatismo craneo encefálico, etc. También están las consecuencias en la salud reproductiva y sexual que implica enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, aborto espontáneo o practicado sin consentimiento, complicaciones del embarazo y parto (parto prematuro), enfermedad pélvica inflamatoria, lesiones o infecciones vaginales y anales, etc. Trastornos sexuales (disfunciones sexuales, aversión al sexo, dolor durante la realización de prácticas sexuales), etc. (Proyecto Igualdad entre Mujeres y Hombres; 2010).

Los síntomas psicológicos más comunes son la baja autoestima, sentimientos de soledad, desesperanza, culpa, vergüenza, etc. Trastornos psiquiátricos:

Trastornos depresivos, de ansiedad, del sueño, somatomorfos (múltiples malestares físicos), uso y abuso de alcohol y otras sustancias, ideación e intentos suicidas, etc. También se encuentran las lesiones letales / mortales como son la muerte relacionada con SIDA, mortalidad materna y/o fetal o del recién nacido, suicidio consumado, homicidio de las mujeres, homicidio cometido por las mujeres. (Proyecto Igualdad entre Mujeres y Hombres; 2010).

En el tema de la violencia de género estudios han señalado que las personas homosexuales tienen menos probabilidades de obtener el apoyo social y de organizaciones como los sistemas judiciales o servicios de salud mental de la comunidad. Esto posiblemente se deba a los prejuicios y estereotipos que aún se mantienen enraizados en la consciencia de los ciudadanos. (Saldivia et al; 2017; p. 191).

2.3.6. La violencia en parejas homosexuales

La violencia en parejas del mismo sexo constituye un problema social importante, ya que además de ser invisibilizado doblemente, las minorías sexuales se mantienen bajo perfil en muchos países de la región. Homosexuales y lesbianas en los que aparece el maltrato es poco conocido con relación a la violencia en parejas heterosexuales lo que hace que pasen por alto esta problemática que puede ser mayor a lo que se supone siendo considerado el tercer mayor problema después del VIH y el consumo de drogas (Ortega, 2014). Es importante señalar que son los jóvenes quienes sufren con mayor frecuencia la violencia de pareja. (Saldivia et al; 2017; p. 186).

La violencia psicológica tiene más prevalencia en parejas compuestas por mujeres auto identificadas como lesbianas, sufriendo de humillaciones, críticas no constructivas, gritos, amenazas, etc. (Villalón; 2015; p. 39).

Rey –Anaconda, 2008; Sanhueza, 2016 citados Saldivia et al (2017) señalan que:

Estos tipos de violencia surgen de ciertos factores que pueden influir y/o precipitar su aparición, y que son de tipo individual, relacional y social. Algunos de estos factores son: la observación de violencia entre los padres, la aceptación de la violencia en la relación de pareja, tener amigos o conocidos que han sido víctimas o victimarios de dicha violencia, los roles tradicionales de género y la experiencia de haber sido víctima de violencia por parte de la familia de origen. Los principales factores de riesgo son los factores de interacción social como la relación con los

propios cuidadores, hasta futuras relaciones maduras, la propia cultura patriarcal que implanta la sociedad actual, la aceptación y justificación de la violencia que incrementa la probabilidad de ejecutar actos de maltrato hacia la pareja, tanto si la víctima como el/la victimario/a aceptan su ejercicio como algo natural o posible en la relación de pareja. (p. 189).

2.4. El Femicidio / Feminicidio

Las muertes violentas de mujeres producto de un continuum de violencia, incluye muchas formas que se dan en el ámbito privado o íntimo lo que determina el femicidio lo que es la expresión que evidencia que la mayoría de los asesinatos de mujeres por parte de sus maridos, novios, padres, conocidos y también los cometidos por desconocidos, constituyen, “la forma más extrema de terrorismo sexista, motivada por odio, desprecio, placer o sentimiento de propiedad sobre las mujeres”. (Toledo; 2009; p. 24).

Toledo (2009) refiere que:

El femicidio constituye un continuo de agresiones, tales como violación, tortura, esclavitud sexual (particularmente por prostitución), abuso sexual infantil incestuoso o extra familiar, golpizas físicas y emocionales, acoso sexual (por teléfono, en las calles, en la oficina, y en el aula), mutilación genital (clitoridectomías, escisión, infibulaciones), operaciones ginecológicas innecesarias (histerectomías gratuitas), heterosexualidad forzada, esterilización forzada, maternidad forzada (por la criminalización de la contracepción y del aborto), psicocirugía, negación de comida para mujeres en algunas culturas, cirugía plástica, y otras mutilaciones en nombre del embellecimiento. Siempre que estas formas de terrorismo resultan en muerte, ellas se transforman en femicidio. (pp. 24- 25).

Toledo (2009) señala que:

Mientras tanto, el feminicidio, surge a partir de la insuficiencia que tendría el concepto de femicidio para dar cuenta de dos elementos: la misoginia (odio a las mujeres) presente en estos crímenes y la responsabilidad estatal al favorecer la impunidad de éstos. El concepto de feminicidio, incluye otras conductas delictivas que no necesariamente conducen a la muerte de la mujer, sino a un daño grave en su integridad física, psíquica o sexual. Las definiciones más frecuentes de femicidio y feminicidio se restringen a las muertes violentas de mujeres, consecuencia directa de delitos, excluyendo los decesos que se producen como consecuencia de leyes o prácticas discriminatorias (abortos clandestinos, deficiente atención de la salud de las mujeres, etc.), así como a las manifestaciones de violencia que no conllevan la muerte. (pp. 27- 28).

2.4.1. La violencia contra la mujer en Panamá

Ley 82 de 24 de octubre de 2013 la cual adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma del Código Penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer decreta en su capítulo I de las Disposiciones Generales Artículo 1. Que esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho de las mujeres de cualquier edad a una vida libre de violencia, proteger los derechos de las mujeres víctimas de violencia en un contexto de relaciones desiguales de poder, así como prevenir y sancionar todas las formas de violencia en contra de las mujeres, en cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Estado. (INAMU; 2013).

En su artículo 2 la misma Ley señalada en párrafo anterior refiere que ella se aplica cuando la conducta violenta se da contra una mujer no importa cuál sea su edad, lo que es significativo es que es mujer, no interesa el contexto en el cual se desarrolle, lo que importa es que sea el reflejo de vínculos donde prevalece la desigualdad y el sentido de poderío generalmente, del hombre hacia la mujer en todos los contextos de su vida. (INAMU; 2013)

La misma ley en su artículo 3, indica que se considera violencia contra las mujeres aquella que se manifieste a través de cualquier acción, omisión o práctica discriminatoria que ponga a las mujeres en desventaja con respecto a los hombres. (INAMU; 2013).

Testa (2018) expresa en La Estrella de Panamá:

En Panamá, las estadísticas hablan de un registro de 93 femicidios en los últimos cinco años. Una cifra que se suma a otras 39 mujeres que perdieron la vida como consecuencia de una muerte violenta. De cada cinco casos de homicidios de mujeres cuatro son por femicidio. A pesar de que ha tenido un descenso paulatino desde que se implementó la ley que previene y sanciona la violencia doméstica y tipifica estos homicidios, el femicidio sigue siendo uno de los delitos que preocupa a las autoridades. En los últimos cinco años 93 mujeres han sido asesinadas de la mano de un hombre. Mientras que otras 52 han sido víctimas de un intento de asesinato. Las estadísticas indican que durante el 2014 se produjeron 24 femicidio. Al año siguiente se dieron 27 casos. En 2016, los reportes hacen referencia a 19 casos. Mientras que en 2017 se dieron 18 y en que en lo que va de este año se han dado 4 casos, según datos recogidos por el Ministerio Público, publicados por la revista trimestral del Órgano Judicial. en su edición 76. Estos números se producen después de la entrada en vigencia de la ley 82 del 24 de octubre de 2013, que tipifica el femicidio y la violencia contra la mujer. De cada cinco homicidios que se registran contra las mujeres 4 son por femicidio. Existen otras estadísticas que hacen referencias a muertes violentas de mujeres que no son tomadas en cuenta como femicidios porque se dieron en circunstancias distintas a las establecidas en el Artículo 132 del Código Penal. Estos homicidios suman 39 desde 2014 hasta lo que va de 2018. Los homicidios tienen la característica de que las víctimas no han sido escogidas como blanco de un acto de violencia, explicó la fiscal. Esta es la razón por la que no se le considera como

femicidio, añadió. La mayoría de los homicidios de mujeres a manos de los hombres se producen entre parejas que están a punto de una ruptura sentimental, en casos de violencia doméstica, en donde el hombre se rehúsa a separarse de la mujer, en donde existe la disfuncionalidad, explicó la fiscal. Otros casos, pero en menor grado, son producto de asalto sexual.

2.4.2. Hostigamiento y el acoso sexual

Se trata de ejercer el poder en la relación colocando en condición de subordinación a la víctima en este caso la mujer, en diferentes contextos en los cuales ella se mueve lo que puede darse a través de palabras ofensivas, agresiones físicas o las dos formas, muchas veces se refieren a aspectos sexuales con la intención de hacerle daño. (CNDH; 2017).

Cualquier acción física o verbal de carácter sexual que se dé con el fin de producir daño contra la dignidad de otra persona, particularmente dentro del contexto laboral y cuya conducta sea intimidatoria, degradante u ofensiva es considerada acoso sexual. (CNDH; 2017).

El acoso sexual parte del chantaje sexual o quid pro quo que es aquel que en latín significa algo a cambio de algo. Este se da verbalmente o físicamente y la naturaleza del comportamiento es eminentemente sexual. La persona que lo sufre se siente atentada en su dignidad personal, se siente ofendida. (OIT, 2013).

El acoso sexual explícito representa una especie de propuesta directa y expresa donde el acosador solicita una experiencia sexual con la víctima la coacciona físicamente para lograrlo. Puede ofrecerle aumento de salario, algún tipo de promoción y el logro de su permanencia en el puesto. En cuanto al acoso implícito se dice que es aquel que no necesariamente exige de un requerimiento sexual, es una situación en la cual hay personas que buscan mejorar su categoría o salario por lo cual aceptan un chantaje sexual, lo que implica de manera implícita su aceptación. (OIT, 2014).

Un ambiente laboral hostil es cuando surge un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante. (OIT, 2013 y CNDH; 2017).

En una situación de hostigamiento o acoso sexual participan la víctima que aquella que constantemente es señalada por un estereotipo constante, podría ser la mujer joven, la mujer económicamente dependiente, la soltera o divorciada, la migrante, entre otras. Mientras tanto, si es el hombre la víctima de acoso sexual se trata regularmente aquel de estereotipo joven, homosexual e integrante de minorías étnicas o raciales. El acosador es aquella persona que se manifiesta como el buen compañero o entonces como el superior jerárquico ya que cuando se trata de un motivo de género

o sexual, se da una relación jerárquica donde una se encuentra debajo de la otra, mientras que en los casos de erotización el poder será expresado sobre aquellos débiles o rivales en el poder. (CNDH; 2017).

Las acciones que constituyen hostigamiento o acoso sexual son aquellas de tipo físico como son el tocamiento, los pellizcos, las caricias, los acercamientos innecesarios, abrazos o besos indeseados, familiaridad innecesaria, rozar deliberadamente. entre otras. (CNDH; 2017).

Tales conductas pueden ser verbales también. Ahí se encuentran los comentarios y preguntas sobre el aspecto personal, el estilo de vida, la orientación sexual, puede haber llamadas de teléfono ofensivas, bromas sugestivas, etc. En cuanto a las conductas no verbales estas pueden expresarse a través de silbidos, gestos de connotación sexual, presentación de objetos pornográficos, miradas lujuriosas, fotos, afiches, imágenes en protectores de pantalla, correos electrónicos, mensajes de texto sexualmente explícitos, uso de las diversas redes sociales electrónicas o digitales con fines sexuales, entre otras. (CNDH; 2017).

El acoso sexual y el hostigamiento daña significativamente a las víctimas tanto en lo físico como en lo psicológico provocando en ellas estrés, ansiedad, depresión, frustración, impotencia, insomnio, fatiga, disminución de la autoestima, humillación, cambios en el comportamiento, aislamiento, deterioro de las relaciones sociales, etc. (CNDH; 2017).

En lo social también afecta a la víctima haciendo que se aisle, que se deterioren sus relaciones sociales, que sufra por un estereotipo negativo, que se ausente o renuncie de su trabajo, que tenga un mal desempeño, entre otras. (CNDH; 2017).

A diferencia de la violencia física y psicológica, la violencia económica y patrimonial suele pasar desapercibida. Es entendida como acciones u omisiones que afectan la supervivencia de las víctimas; privándolas de los recursos económicos necesarios para la manutención del hogar y la familia, o de bienes patrimoniales esenciales que satisfacen las necesidades básicas para vivir, como la alimentación, ropa, vivienda y el acceso a la salud. Se cree que se trata de acciones inofensivas que no se trata de violencia; la verdad es que son actos cotidianos que limitan a las mujeres para vivir una vida digna. (ONU; 2017).

Se trata de restringir el manejo del dinero y los bienes patrimoniales que son de la misma mujer lo cual garantiza su autonomía para poder tomar sus propias decisiones con independencia. (ONU; 2017).

La violencia económica surge cuando alguien impide el crecimiento profesional o laboral de las mujeres, como forma de limitar sus ingresos económicos. Cuando se les paga menos que a un hombre a pesar de poseer iguales responsabilidades o desempeñar similares actividades. En el matrimonio o convivencia familiar, se

le impide tomar decisiones sobre la economía del hogar. Cuando tienen que dar cuenta a su pareja acerca de todo lo que se gasta, aun cuando ganen sus propios recursos y cuando se ven obligadas a asumir solas el cuidado y la manutención de los hijos/as. (ONU; 2017).

En la violencia patrimonial se aprecia que sucede cuando dañan los bienes o pertenencias de las mujeres, como ropa u objetos personales de valor, con el objetivo de humillarla o hacerla sentir mal, cuando se les oculta documentos personales como actas de nacimiento, identificación oficial, etc., que son necesarios para realizar trámites de algún tipo, cuando se les quita documentos que comprueban que son dueñas de alguna propiedad, cuando su pareja o familiares disponen de sus bienes sin su consentimiento, cuando se les obliga a escriturar o poner a nombre de otra persona, cosas o propiedades que compraron o heredaron, cuando su pareja controla todos los gastos del hogar y se apropia de todo el patrimonio familiar. (ONU; 2017).

2.5. Trata de personas

La trata de personas es “la acción de captar, transportar, trasladar, acoger o recibir personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación”. (ONU; Oficina contra la droga y el delito; s.f.).

Las Naciones Unidas (s/f) considera que la explotación sexual puede darse prostituyendo a la víctima, a través de trabajos forzados, de una esclavitud que parecía haber desaparecido y lo peor a través de la extracción de órganos.

Este delito afecta a prácticamente todos los países de todas las regiones del mundo ya que entre 2010 y 2012 se identificaron víctimas de 152 nacionalidades diferentes en 124 países. Los estudios refieren que los países más ricos atraen a víctimas de diferentes orígenes, mientras que los países menos prósperos, la trata se da a nivel nacional o subregional. (UNODC; 2010 – 2012).

2.6. La Terapia Cognitivo – Conductual

Antes de entrar en el modelo cognitivo – conductual propiamente dicho se hará un recorrido histórico por los diferentes modelos que le antecedieron.

El tratamiento conductual se fundamenta en el autocontrol que no son más que las habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de antecedentes y consecuencias. (Torres, Castro, Matarán, Peñarocha, Palomo, Aguilar y Moreno; 2011; p. 1020).

Botella, Baños y Perpiña, (2003) refieren que, dentro de los tratamientos psicológicos, están aquellos que se basan en técnicas cognitivo - conductuales que incluyen técnicas de relajación, de exposición, en solución de problemas, de afrontamiento, de procesamiento emocional, de reestructuración cognitiva, de identificación y detención de pensamiento. (Acevedo y Romel; 2014; p.163).

González y Duarte (2014) señalan

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en los últimos 30 años en la orientación psicoterapéutica con mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en diversos problemas, generando un aumento de sus ámbitos de aplicación. Resulta rentable en términos coste-beneficio, siendo una intervención de tiempo limitado que puede ser aplicada tanto de forma individual como en grupo. Engloba un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diferentes contextos. Ayuda a modificar los pensamientos, los sentimientos, las actitudes, las emociones y los comportamientos negativos. No sólo es utilizada en términos de patología sino también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. Diversos estudios afirman que su aplicación disminuye la utilización del tratamiento farmacológico, aumenta el afrontamiento de los pacientes hacia el estrés y disminuye la ansiedad, mejorando la calidad de vida.

Landa, Greer, Vite, Sánchez y Riveros; (2014) señalan que con la TCC se busca que los pacientes identifiquen la relación que existe entre sus pensamientos, comportamientos, emociones y síntomas físicos, donde los componentes cognitivos son muy importantes permiten identificar y modificar pensamientos irracionales, irreales, reales o negativos. (p.153).

Las intervenciones cognitivo-conductuales han sido útiles en el tratamiento de casos de depresión, ansiedad y estrés. Lo anterior lo apoya el trabajo de Beck, como resultado de años de investigación y práctica clínica. Para el autor, la terapia cognitiva refleja una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta, por ejemplo, la elaboración de varias técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencias, que han servido para el

desarrollo y mejoramiento de la intervención cognitivo conductual. (Rodríguez, Aguilera, Rodríguez, López y García; 2011; p. 96).

La Terapia Cognitivo-Conductual en el ámbito de la violencia se ha desarrollado en una nueva concepción que es aquella que se focaliza en el Trauma (TCC-FT) sobre todo las intervenciones derivadas de las tradiciones cognitivas y conductuales. (Prieto Larrocha, M.; 2015). Diversos estudios han mostrado la existencia de pensamientos mal adaptativos, como la culpa.

Los modelos racionalistas y los constructivistas son el soporte de la TCC y se basan en las respectivas teorías sobre realidad/verdad, conocimiento y cambio. (Travé y Pousa; 2012; pp. 50- 51).

Trull y Phares, (2003) citados por Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, J. (2010) señalan que la terapia cognitivo-conductual busca modificar cogniciones y conductas corrigiendo patrones de pensamiento y creencias irracionales.

Olivares y Méndez, (2008) citados por Riaño (2010) señalan que:

El modelo A→B→C (Ellis y Harper, 1962), permite una comprensión del modelo cognoscitivo-conductual, ya que se establece una relación entre acontecimientos antecedentes (A), creencias o pensamientos (B), y sentimiento o conducta consecuente (C), donde el pensamiento influye sobre la conducta y por ende la intervención debe estar orientada a la modificación del mismo. En este sentido, Beck, (1983) y Ellis, (1980) citados por Olivares y Méndez, (2008) asumen que las percepciones, creencias, auto instrucciones y esquemas cognitivos pueden ser responsables de diferentes problemas de los individuos, en tanto que “Los trastornos emocionales y/o conductuales son resultado de una alteración en el procesamiento de la información, fruto de la activación de esquemas latentes” (p.26).

La TCC tiene un éxito probado en la terapia de parejas, específicamente en el tratamiento de los celos.

Los celos patológicos presentan manifestaciones clínicas en el nivel emocional donde es frecuente la ansiedad y/o agresividad, en el nivel cognitivo, donde los pensamientos intrusivos se relacionan con la infidelidad y, en el nivel conductual, las demandas de seguridad o rituales compulsivos (motores y verbales) con el objeto de controlar al cónyuge lo que lleva a que se aborde esta temática desde una perspectiva cognitiva – conductual. La utilización específica de la técnica de reestructuración cognitiva, han probado su eficacia a través de una mejoría significativa en los pacientes tras su aplicación. Por otro lado, la aplicación de técnicas conductuales tiene como objetivo modificar el comportamiento dirigido a comprobar las ideas de engaño que presenta la persona celosa utilizando la técnica de exposición y de prevención de respuesta la cual consiste en hacer que el sujeto se enfrente gradualmente a las situaciones temidas, tanto en su imaginación como en vivo. El objetivo es conseguir que la persona celosa, al

pensar en dichas situaciones, reviva, incluso con una intensidad mayor, los sentimientos de celos, y que estos pensamientos pierdan su capacidad evocadora de emociones desagradables para que, en último término, desaparezcan los sentimientos de celos para luego, intentar evitar que el sujeto lleve a cabo conductas rituales, en este caso de comprobación, y para ello se aplica la técnica de prevención de respuesta. (Carlen, Kasanzew, y López; 2009; pp. 176-177).

La TCC ha demostrado ser muy eficaz en la formulación de caso, buscando causas, detonadores o factores que mantienen problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales y describiendo los síntomas del paciente. (Nezu, Nezu, y Lombardo; 2006).

La TCC también ha sido administrada en formato grupal en numerosos trastornos y problemas el cual posee gran aceptación dado que no están dirigidas en las personas aquejadas por un trastorno mental y no presentan problemas clínicos de una gravedad que justifique una atención individual. (Garay, Korman, y Keegan; 2008; p.63).

Se ha optado por la TCC para el tratamiento de víctimas de género porque se considera que es un modelo que puede ser útil a la mujer que sufre de violencia por el simple hecho de ser mujer y que gran parte del éxito de su tratamiento radica en que ella sea capaz de modificar conceptos, sentimientos y conductas.

Varona et al (2015) señalan que son víctimas aquellas personas que hayan sufrido un daño o perjuicio, en especial lesiones físicas o mentales, daños emocionales o un perjuicio económico, causado por una infracción penal. Son víctimas también aquellos familiares que sufran el daño o perjuicio como consecuencia de la muerte de dicha persona; los familiares, el cónyuge, la persona que convive con la víctima y mantienen una relación personal íntima y comprometida, en un hogar común y de manera estable y continua, los familiares en línea directa, los hermanos y hermanas, y las personas a cargo de la víctima también son víctimas. (p. 28).

Los síntomas psicológicos más significativos presentes en víctimas son la sensación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal, entre otros, que hace que reaccione cubriendo al maltratador, creyendo que así se protege del maltrato y la depresión y sentimientos de baja autoestima (Golging, 1999; Echeburúa y Redondo, 2010; Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2009).

Varona (2015) señala que

Cada víctima es un mundo por lo que la victimización primaria puede producir pérdida de seguridad o control y/o humillación o sensación de injusticia. Las víctimas pueden revivir involuntaria e intensamente el suceso, por ejemplo, mediante pesadillas o los denominados flashbacks; puede originar conductas de evitación (de lugares, actividades, contacto con personas, objetos...), así como sentimientos de ira y/o venganza. El impacto implica diferentes tipos de daños, dependiendo de cada víctima y victimización, y puede conllevar síntomas, secuelas o consecuencias a corto, medio y largo plazo. Se diferencia entre el daño psicológico, el cual abarca sufrimiento (dolor), soledad, temor, inseguridad o desconfianza, tristeza, injusticia, falta de autoestima, culpabilidad, etc. y, en su caso, puede diagnosticarse un estrés postraumático y un daño físico y daño material o económico. (p. 62).

2.6.1. La Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión

La terapia Cognitiva-Conductual influye en los pensamientos, las acciones y los sentimientos identificando aquellos que influyen en sus emociones y aprendiendo a controlarlas. (Rosselló y Bernal.; 2007).

Coryell (2018) señala que

“los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electroconvulsiva”

Existe la terapia cognitiva de Beck que hace intervención sobre todo en casos de trastornos depresivos. Dicha terapia tiene el propósito de que los pacientes logren superar los síntomas depresivos y evitar recaídas. Es importante que el paciente identifique y modifique cogniciones desadaptativas que promueven emociones negativas. Para ello propone técnicas cognitivas y conductuales. En las sesiones se revisan tareas para casa y se analizan los problemas que vayan surgiendo. (Roca, s/f, p.2).

2.6.2. La TCC en la atención de víctimas de violencia psicológica

Existen posibilidades de curar el trauma, incluso cuando la sintomatología que se presenta es severa; lo que se busca es que la víctima comprenda los procesos del trauma y su cura, el reconocimiento de las relaciones que existen entre emoción, sensación y cognición entendiendo al cuerpo y la mente como una unidad y que sea capaz de ver el evento traumático como aquello que procedió de parte de la pareja.

Es importante que la víctima trabaje en el cambio de manera a que no se sienta responsable de las agresiones de las cuales fue víctima ya que dicha actitud obstaculiza la elaboración de la experiencia traumática. (México; 2010).

La curación del trauma dependerá del reconocimiento de los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales y así poder definir el plan de intervención adecuado a cada caso. No habrá ningún cambio emocional sin un cambio cognitivo.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo abarca el proceso metodológico que siguió la presente investigación.

3.1. Diseño de investigación

El estudio realizado tiene un enfoque preexperimental donde se aplica un Pre- test y un Post - test con un solo grupo, el cual pertenece al siguiente diagrama: (Hernández, Fernández, et al, 2010c, p. 136)

$$0_1 \quad X \quad 0_2$$

Donde 0_1 es la pre prueba, X el proceso terapéutico al cual es sometido el grupo y 0_2 la post prueba.

El estudio recoge datos cuantitativos, los analiza y los vincula con datos cuantitativos y así dar respuesta a los objetivos planteados.

Se aplicó un diseño pre experimental con el propósito de probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables, que son la terapia cognitivo conductual y la violencia psicológica y la depresión. La recolección y el análisis de datos se mueven entre los eventos y su interpretación.

Se aprecia entonces que se evaluaron las variables que son las terapias cognitivo conductual aplicadas a mujeres que sufren violencia psicológica y su efectividad en el mejoramiento de su trastorno, la variable de violencia psicológica para determinar de dónde proviene los factores que dan origen a esa situación y por último la variable de la depresión que es una de las consecuencias de las situaciones que vive la mujer.

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, exploratorio dado que se evaluaron los niveles de depresión que presentaron los sujetos en estudio, así como las manifestaciones de violencia psicológica a la que fueron expuestos.

3.2. Población o universo

3 mujeres que asisten al CINAMU de Los Santos.

Sujetos o muestra

3 mujeres que asisten al CINAMU de Los Santos con diagnóstico de depresión

Tipo de muestra estadística

La muestra implementada en este trabajo científico fue de tipo no probabilística ya que no se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionados. (Espinoza Salvadó, s.f.).

Se trata de una muestra por conveniencia porque selecciona los casos que son accesibles al investigador. Otzen y Manterola, 2017, p. 230).

3.3. Variables

Cuadro N°3. Cuadro de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Terapia cognitiva conductual	Se trata de un modelo que permite entender cómo piensa el paciente acerca de sí mismo, de los demás y de su entorno, y cómo las actuaciones que asume afectan sus pensamientos y emociones. Esta terapia podrá ayudar a que el paciente modifique sus ideas, sus	Se trata de un plan terapéutico de 12 por sesiones el cual se ejecutará en un horario de atención de 45 a 60 minutos máximo por sesión. En dicha terapia se utilizan técnicas como: Reestructuración Cognitiva Identificación de pensamientos distorsionados

	acciones y sus sentimientos. Es un modelo psicológico que se enfoca en los problemas y dificultades basándose en una filosofía del "aquí y ahora". No se centra en causas, ni en el pasado. (Sociedad española de psiquiatría, s/f).	Debate de Pensamiento Técnicas de Relajación y Respiración Entrenamiento de Resolución de Problemas.
Violencia psicológica	"Comportamiento que castiga a una persona o la hace víctima repetidamente dentro de una relación romántica o íntima. dañando a la persona a la que va dirigido". (Salinas; 2014).	Escala de desesperanza de Beck Los ítems que evalúan la variable son: 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20
Depresión	Se trata de un trastorno del estado del ánimo constituido por una serie de síntomas entre los cuales se encuentra la tristeza patológica, la desesperanza, la apatía, la anhedonia, la sensación subjetiva de malestar acompañados de síntomas cognitivo, volitivo y físicos. (Guíasalud.es, 2018, p. 49).	Test de Depresión de Beck El instrumento evalúa la presencia y gravedad de depresión en las mujeres adultas,

Fuente: Elaboración propia, 2019

3.4. Instrumentos y/o técnicas

Entrevista clínica ofrece información sobre la historia clínica de la paciente

Test de Depresión de Beck buscaba medir los niveles de depresión en las mujeres participantes de la muestra que eran víctimas de violencia psicológica que participaron en la investigación. Escala de Desesperanza de Beck Se trata de una escala auto administrada de respuestas dicotómicas. Consta de 20 afirmaciones. Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se

sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto. No tiene tiempo límite de aplicación. El puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. Sólo estima la severidad de la desesperanza. Se considera de 0-3 rango normal o asintomático, de 4- 8 leve, de 9-14 moderado y 15- 20 severo. (Tovar, Rodríguez, Ponce, León y Vereau, 2006, pp. 71-72).

- Terapia Cognitivo- Conductual plan terapéutico de 12 por sesiones a aplicar en horario de atención de 45 a 60 minutos por sesión.

3.5. Procedimientos

Una vez especificado el tema de investigación se procedió a buscar y examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema con el material bibliográfico. Se llevará a cabo la construcción del marco teórico.

Se investigaron los datos generales de la población de 3 mujeres que presentaban violencia doméstica en el CINAMU de los Santos, se les entrevistó con el fin de obtener los datos de su historia clínica, luego se procedió a la aplicación de instrumento (test) de forma individual, cuestionarios para el diagnóstico de depresión y por último se implementó una terapia.

Finalmente, se procedió a ordenar los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados, cuestionarios y terapias, se analizaron, se clasificaron y diseñaron las tablas y gráficas mostrando de manera clara los resultados. Se presenta la propuesta de la inclusión de programas para mujeres víctimas de la violencia psicológica, la discusión, las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Este capítulo contiene el plan terapéutico de intervención el cual se fundamenta en el modelo cognitivo – conductual y está dirigido a mujeres víctimas de violencia de parte de sus parejas.

4.1. Intervención terapéutica

Esta propuesta está basada en una intervención cognitivo conductual dirigida a mujeres que han sufrido violencia psicológica provocando en ellas depresión y que asisten al CINAMU - Los Santos. El modelo cognitivo – conductual permite modificar los pensamientos irracionales en las pacientes que, producto de las agresiones a las que han estado sometidas han desarrollado depresión.

La propuesta se enfoca en mujeres que asisten a CINAMU y que han sido diagnosticadas con depresión.

Se describe en detalles las acciones que se querían desarrollar en el plan terapéutico y qué criterios buscaba cumplir:

Cuadro N° 4. Encuadre Terapéutico

Normas	
Tipo de Atención	Individual
Número de sesiones	12 sesiones
Tiempo de cada sesión	Cada sesión tendrá una duración de 45 minutos
Cantidad de Participantes	3 mujeres
Horario	A partir de las 8:00 A.M. hasta las 4:00 P.M.
Normas	Se le explica a la paciente las normas y reglas que paciente y terapeuta deben cumplir. Se realizarán dos intervenciones de 45 minutos cada una, dos veces por semana. De tener inconvenientes para asistir a la atención psicológica debe avisar con una (1) hora de anticipación; para coordinar otra cita. Debe ser puntual con la hora pactada, de llegar tarde a la sesión se restará la tardanza a los cuarenta y cinco (45) minutos de la sesión.

	Las atenciones se realizarán en el Centro del Instituto Nacional de la Mujer, ciudad de Las Tablas; edificio del Juzgado de Niñez y Adolescencia calle Ramón Mora.
--	--

Fuente: Elaboración propia, 2018

Plan Terapéutico

Sesión N°. 1: Bienvenida

Objetivos:

- Hacer Psicoeducación acerca del tema de la violencia
- Revisar el problema principal
- Realizar el encuadre terapéutico
- Hacer el consentimiento informado

Contenidos a tratar en la sesión:

- 1.- Bienvenida / Presentación
- 2.- Encuadre
- 3.- Pretest

Técnicas

Aplicación de Pruebas psicológicas

- Escala de Desesperanza de Beck
- Inventario de Depresión de Beck

Psicoeducación

Se le informa a la paciente sobre el ciclo de la violencia y las fases que lo componen. Se presenta la triada cognitiva de Beck.

Actividades

Control del Estado de Ánimo, guarda relación con la aplicación de las pruebas psicológicas y los avances que tendrá la usuaria a través de la terapia.

Termómetro del estado de ánimo

Tarea

Trate de considerar todos los números, no solamente 1, 5, ó 9.

- Lo más fácil es guardar el Termómetro del Estado de Ánimo cerca de su cama. Al final del día, antes de acostarse, puede pensar en su día y marcar su estado de ánimo.
- Mientras más practique usar el Termómetro del Estado de Ánimo más natural lo sentirá.
- Solo(a) Ud. sabe cómo se ha sentido durante el día. Por lo tanto, no hay una respuesta correcta. El número que escoja solo debe reflejar como se sintió.
- Si quiere seguir anotando su estado de ánimo podría ser útil marcarlo en un calendario. (Muñoz, Ghosh-Ippen, Valdes Dwyer, Rao, Le e Ippen, 2003, p. 19).

Cuadro N°4. Termómetro del estado del ánimo

DIA							
MEJOR ESTADO DE ANIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
ESTADO DE ANIMO REGULAR	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ANIMO	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Muñoz, et al, 2003, p. 19.

Número de pensamientos _____
dañinos

Número de pensamientos _____

Saludables

Resultados de la Sesión: Durante la primera sesión las usuarias conocieron a profundidad sobre el tema de violencia doméstica, situación que se les hizo difícil de identificar por la falta de conocimiento. Aprendieron a monitorear su estado anímico a diario y sentir la mejoría que tendrán con la utilización de dicha técnica.

Sesión N°.2 y 3: Iniciación en la terapia cognitivo conductual

Objetivos

- Explorar el proceso de agresión
- Instruir e identificar sobre las distorsiones cognitivas
- Proporcionar a la paciente la revelación de sentimientos y emociones reprimidos.

Contenidos a tratar en la sesión

- 1.- Revisión de la tarea, termómetro del estado de ánimo y sus avances
- 2.- La Agresión
- 3.- Las distorsiones cognitivas

Técnicas

Catarsis Emocional

Se promoverá en las pacientes que confiesen, que hablen de cosas, que saquen situaciones que le causan tensión emocional con el objetivo de proporcionarles beneficios que conseguirá a través de la revelación de sentimientos y emociones reprimidos.

Distorsiones Cognitivas

Se llevará a la paciente a que tome consciencia de los esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas. Entre ellas: filtro mental, conclusiones apresuradas, pensamiento catastrófico, pensamiento mágico, pensamiento de todo o nada, lectura de la mente, generalización excesiva, descalificación de lo positivo, magnificación o minimización, pensamientos “debería”, etiquetación, pensamiento perfeccionista, personalización. De esta manera se hace un recuento de las distorsiones; para que el paciente comprenda cómo identificarlas dentro de sus pensamientos.

Detención del pensamiento

Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos irracionales. Esta técnica se utiliza, por lo tanto, para cambiar este hábito, pues es sólo eso, un hábito, y como cualquier otro, dedicándole tiempo y paciencia, lo podemos cambiar.

Tomar en cuenta los siguientes pasos:

- Toma de conciencia de lo que estás haciendo: tus pensamientos disfuncionales, causan daño a tu salud mental.
- Detén tu pensamiento: Cuando se identifica el pensamiento, puedes gritar interiormente “BASTA”, STOP, etc....
- Sustitúyelo: por una actividad que te genere distracción, reemplazarlos por pensamientos positivos, etc....

Actividades

Cuadro N°5. Formulación de Creencias más funcionales

Antiguas Creencias	Creencias más funcionales

Fuente: Terapia cognitivo conductual de Beck; p. 189

Tareas

Completar formulación de creencias más funcionales

Resultados de la Sesión: en la segunda y tercera sesión las usuarias aprendieron el proceso de catarsis, para conseguir la liberación de tensión emocional; carga que llevaban durante muchos años sin poder aflorar su sentir.

Conocimiento acerca de los pensamientos distorsionados y cómo influyen en su proceso conductual, utilizaron la técnica de detención del pensamiento para lograr disminuir la frecuencia de los mismos.

Sesión: N°.4 y 5: Pensamientos disfuncionales y sus efectos

Objetivos

- Identificar las emociones como la tristeza, el miedo, la vergüenza, el enojo y la culpa
- Promover el deseo por la realización de actividades agradables que le permitan visualizar cosas por encima de la violencia.

Contenidos a tratar en la sesión

- 1.- Revisión de la tarea el termómetro del estado de ánimo y formulación de creencias más funcionales
- 2.- Actividades gratificantes

Técnicas

Reestructuración Cognitiva: ABC de A. Ellis

Figura N°1. El ABC de Ellis



Fuente: Terapia cognitivo conductual de Beck

Actividades

Cuadro N°6. Registro de Pensamientos Disfuncionales

Día/ Hora	Situación	Pensamiento	Emoción	R. Adaptativa	Resultado

Fuente: Terapia cognitivo – conductual de Beck

Tareas

Completar el registro de pensamientos disfuncionales

Resultados de la Sesión: en la cuarta y quinta sesión se realizó la iniciación de la técnica de reestructuración cognitiva, dando un giro en la vida de las usuarias; al llegar a la comprensión, que no es el evento el accionante de sus conductas, sino el pensamiento o la interpretación a nivel cognitivo que se le da al evento. Debido a que el evento no lo podemos cambiar, sin embargo, se puede adaptar los pensamientos distorsionados, condición que enlazamos con las sesiones anteriores, donde ellas aprenden cuales son las distorsiones del pensamiento.

Sesión N°.6: Pensamientos Adaptativos

Objetivos

- Generar cambios en pensamientos desadaptativos

Contenidos a tratar en la sesión

- Revisar el termómetro del estado de ánimo, formulación de creencias más funcionales y registro de pensamiento disfuncional.

Técnicas

Dialogo Socrático: el terapeuta inserta dudas en el sistema de creencias perjudiciales del paciente a fin de modificarlas. Normalmente, las áreas de exploración se centran en aspectos tales como: Demostración mediante pruebas reales de la idea disfuncional. Alternativas interpretativas de esas creencias erróneas. Reconocer y analizar los efectos emocionales de mantenerlas. Examinar la trascendencia de las profecías negativas. Precisar las conceptualizaciones ambiguas o confusas.

Actividades

Cuadro N°7. Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos

1	¿Cuál es la evidencia? ¿Cuál es evidencia a favor del pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra?
2	¿Hay alguna explicación alternativa?
3	¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la posibilidad más realista?
4	¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5	¿Qué debo hacer al respecto?
6	¿Qué le diría a una amiga si estuviese en esta misma situación?

Fuente: Beck, J., 1993

Tareas

Completar Interrogatorio

Resultados de la Sesión: sexta sesión se implementó el diálogo o debate socrático, donde las usuarias ponen a prueba la veracidad y magnitud de sus

pensamientos distorsionados. La técnica mencionada les ayudara a generar nuevas respuesta o alternativas.

Sesión N°. 7: Confrontando el problema

Objetivos

- Confrontar a la usuaria con su baja autoestima y su auto concepto

Contenidos a tratar en la sesión

Iniciar a la usuaria en estas nuevas técnicas para que las mismas conozcan sus cualidades y sus limitaciones, en función de la continuación de su vida; superando las dificultades vividas en un algún momento.

Técnicas

Verbalizaciones

Ejercicios de escritura

Ambas técnicas permitirán que la usuaria de una manera auténtica y positiva relate sobre sus cualidades, habilidades, fortalezas y destrezas.

Trabajar la diferencia entre ser víctima y ser sobreviviente.

Actividades

Desarrollar un escrito personal "YO SOY"

Tareas

Desarrollar un escrito personal "YO SOY"

Resultados de la Sesión: la finalidad de esta sesión es que las usuarias hablen y escriban acerca de si mismas, ya que después de haber pasado por una situación de violencia, es complejo que las víctimas visualicen cualidades, habilidades, virtudes entre otros aspectos positivos de su personalidad.

Sesión N°. 8: HOY SOY...

Objetivos

- Identificar las razones por las cuales la paciente llega a la situación de violencia
- Promover en la usuaria responsabilidad por si mismas

Contenidos a tratar en la sesión

Revisar y discutir el escrito “YO SOY”

Incorporar las actividades de autocuidado

Técnicas

Registro de Actividades de auto cuidado:

Con esta técnica se pretende desarrollar habilidades en lo que respecta a prácticas saludables, de manera que aprenda a valorar sus propias capacidades, potenciando la toma de decisiones que mejoren su vida y su salud. Es importante que la paciente reflexione acerca de su estilo de vida que permitirán que presente salud o enfermedad. (Arango Panesso, 2007).

Resulta importante también que la paciente elabore un inventario de actividades que pretenda realizar con el fin del auto cuidado de su salud, creando alternativas que atiendan diferentes áreas y que jerarquicen las prioritarias o aquellas que sean necesarias en la recuperación de su salud, lo que ayude a mejorar su auto estima. (Arango Panesso, 2007).

Actividades

Cuadro N°8. Registro de actividades de autocuidado

	Actividad	Grado de satisfacción
1.	Sueño y descanso	
2.	Alimentación	
3.	Ejercicio físico	
4.	Recreación	
5.	Espiritualidad	

Fuente: Arango Panesso, 2007

Tareas

Completar el registro de actividades de autocuidado

Resultados de la Sesión: se implementan las actividades de autocuidado, porque es necesario que las usuarias sobrevivientes de violencia, tomen su tiempo, dedicación y cuidados para sí mismas. Porque durante el maltrato vivido, las usuarias se abandonaron grandemente, es hora de retomar.

Sesión N°.9: Equilibrio interno

Objetivos

- Liberar tensiones

Contenidos a tratar en la sesión

Verificar el registro de actividades de autocuidado y ver si la usuaria tiene un balance conforme a sus necesidades.

Técnicas

Terapia de Relajación

Explicar a la usuaria cómo la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas que aparecen.

Respiración abdominal

Respiración equitativa:

Actividades

- Coloca una mano encima de tu pecho y otra en el abdomen. El diafragma deberá inflarse con suficiente aire ayudando a los pulmones a ensancharse lo más que puedan. Haz el ejercicio de 6 a 10 veces respirando lentamente por minuto. Hazlo diariamente y mejorará el estado general, la presión sanguínea y cardíaca.
- Deberás inhalar por la nariz contando hasta cuatro y exhalando por la nariz también contando hasta cuatro también. Practíquelo varias veces y vaya aumentando cinco, seis o diez. El propósito es calmar el sistema nervioso, aumentar la concentración y reducir el estrés. Se recomienda hacerlo siempre antes de dormir.

Tareas

Se realizan ejercicios de respiración profunda: para disminuir el nivel de activación general. Realizar mínimo 10 repeticiones del mismo ejercicio.

Resultados de la Sesión: novena sesión se brindó la técnica de relajación que será funcional a corto, mediano y largo plazo debido a los momentos de tensión surgirán en cualquier momento.

Sesión N°. 10: Reorganizándome

Objetivos

- Revalorar la propia persona.
- Prepararse para el cierre y despedida

Contenidos a tratar en la sesión

Revisión de la tarea

Técnicas

Entrenamiento en Asertividad

Se busca que la paciente entienda que existen alternativas que pueden permitirle resolver los conflictos que surgen en sus relaciones personales expresando sus

deseos, sus derechos, sus puntos de vista, sus emociones, respetándose y respetando al otro.

Actividades: Elabore un formulario que refleje la solución de problemas

Nombre:

Fecha:

- 1- Problema
- 2- Significado particular: pensamientos automáticos y creencias
- 3- Respuesta al significado particular
- 4- Soluciones posibles

Tareas

Completar el formulario para resolución de problemas

Resultados de la Sesión: la herramienta que se brinda a la usuaria en esta sesión es como resolver problemas de ahora en adelante, ya que los problemas forman parte de la vida de todas. La misma fue muy bien aceptada y de utilidad, porque no tenían un modelo que les facilitara resolver sus problemas.

Sesión N°. 11: Plan de vida

Objetivos

- Reforzar habilidades que contribuyan a la solución de problemas
- Planear metas a corto y mediano plazo.
- Fomentar una actitud de solución de problemas
- Preparándose para el cierre y despedida

Contenidos a tratar en cada sesión

Revisión del Formulario para la Resolución de Problemas

Técnicas

En la toma de decisiones el especialista deberá pedirle a la paciente que elabore una lista de ventajas y desventajas que la ayude a valorar cada ítem y a llegar a conclusiones que sean las más adecuadas. Terapia cognitiva, (Beck; p. 238).

Actividades

Cuadro N°9. Ventajas y Desventajas

Ventajas	Desventajas

Fuente: Terapia cognitivo conductual de Beck

Resultados de la Sesión: en la penúltima sesión las usuarias aprenden a sopesar las ventajas y desventajas de cada situación, de esta manera poder ver todo lo que suceda en un momento crucial, con el lente de la objetividad y beneficio propio.

Sesión N. 12: Despedida

Objetivo

- Cierre y evaluación
- Evitar recaídas

Contenidos a tratar en la sesión

Revisar tareas

Post Test:

Aplicación de Pruebas psicológicas

Escala de Desesperanza de Beck

Inventario de Depresión de Beck

Despedida

Actividades

Al finalizar la intervención se hace un recordatorio de la importancia de que creen alternativas usando ideas racionales para la toma de decisiones analizando todas las alternativas posibles. Se les explica que hay que tener en cuenta que los problemas hacen parte de la vida normal que a veces no sabemos cómo solucionar lo que nos provoca estrés, tristeza y sentimientos de indefensión.

Se abre espacio al debate y reflexión haciendo un balance de la experiencia que vivieron en las sesiones terapéuticas en las que participaron.

Motivo del cierre

Se aprecia un significativo progreso en el tratamiento, se observa disminución en la sintomatología depresiva y una mayor consciencia de la problemática de violencia psicológica por la cual llegó a consulta.

Recomendación

Volver en 3 meses para dar seguimiento y valorar posibles recaídas.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados alcanzados en la presente investigación.

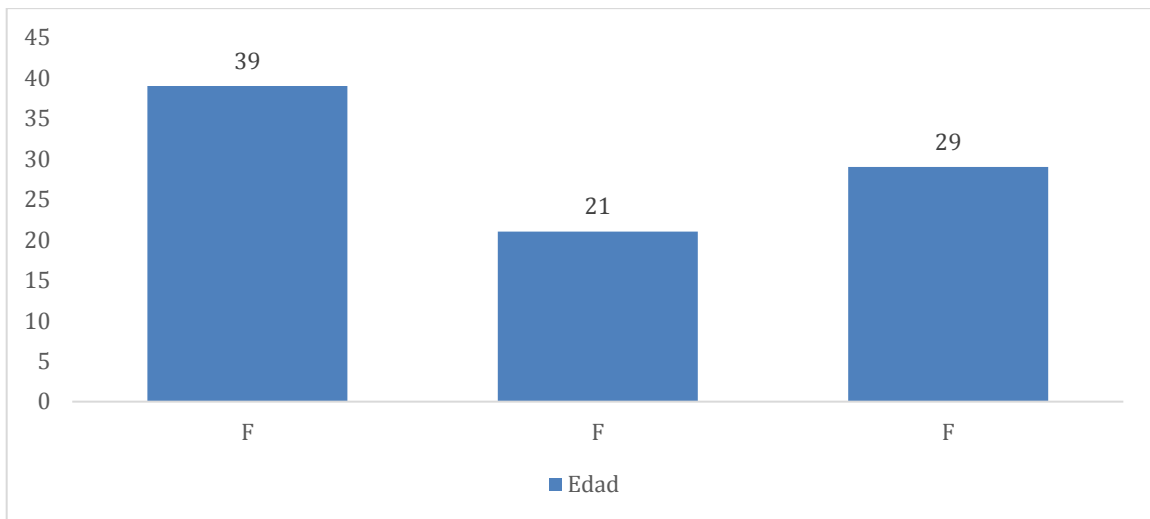
5.1. Datos Generales de la muestra

Cuadro N°10. Población de pacientes atendidas por sexo y edad, 2018

Sexo	Cantidad	%	Edad
Total	3	100%	
F	1	33,3%	39
F	1	33,3%	21
F	1	33,3%	29

Fuente: Pacientes atendidas por la investigadora; INAMU, 2018.

Gráfica N°1. Población de pacientes atendidas por sexo y edad, 2018



Fuente: Cuadro 10

Se puede apreciar en el cuadro 10 que la media en la edad, siendo esta calculada a través de la suma de los datos dividido entre la cantidad de pacientes, o sea:

$$\underline{39 + 21 + 29} = 29.6$$

3

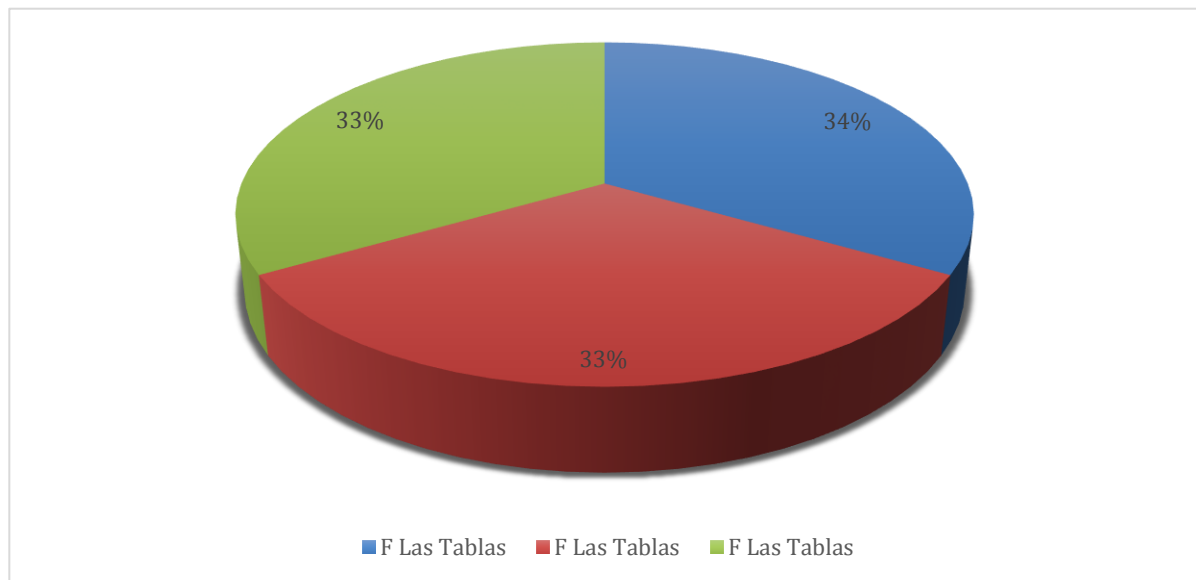
Este dato indica que la media de las mujeres atendidas se encuentra en la etapa adulta, en edad activa, de producción por lo cual encontrándose en condición de víctima es probable que se pierda la capacidad de aportar positivamente a la familia y a la comunidad.

Cuadro N°11. Población de pacientes atendidas por sexo y residencia, 2018

Sexo	Cantidad	%	Residencia	Cantidad	%
F	1	33,3%	Las Tablas	1	33,3%
F	1	33,3%	Las Tablas	1	33,3%
F	1	33,3%	Las Tablas	1	33,3%

Fuente: Pacientes atendidas por la investigadora; INAMU, 2018.

Gráfica N° 2. Población de pacientes atendidas por sexo y residencia, 2018



Fuente: cuadro 11

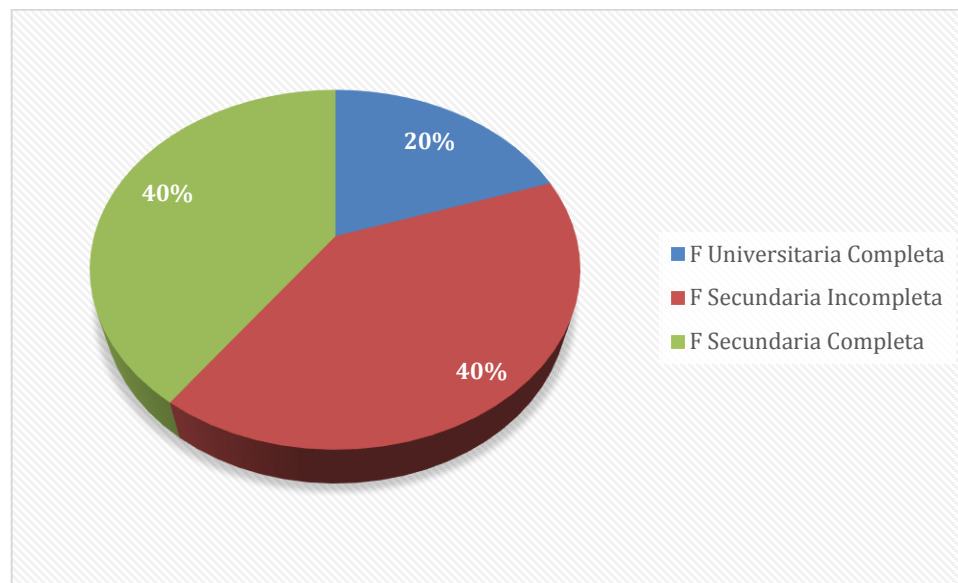
Son todas las mujeres que participan de la investigación, residentes de la ciudad de Las Tablas. Esto se justifica ya que las mismas asisten a los servicios de atención a la mujer en dicha localidad.

Cuadro N°12. Población de pacientes atendidas por nivel de escolaridad, 2018

Sexo	Nivel de escolaridad	%
F	Universitaria completa	33.3%
F	Secundaria incompleta	33.3%
F	Secundaria completa	33.3%

Fuente: Pacientes atendidas por la investigadora; INAMU; 2018.

Gráfica N° 3 Población de pacientes atendidas por nivel de escolaridad, 2018



Fuente: cuadro 12

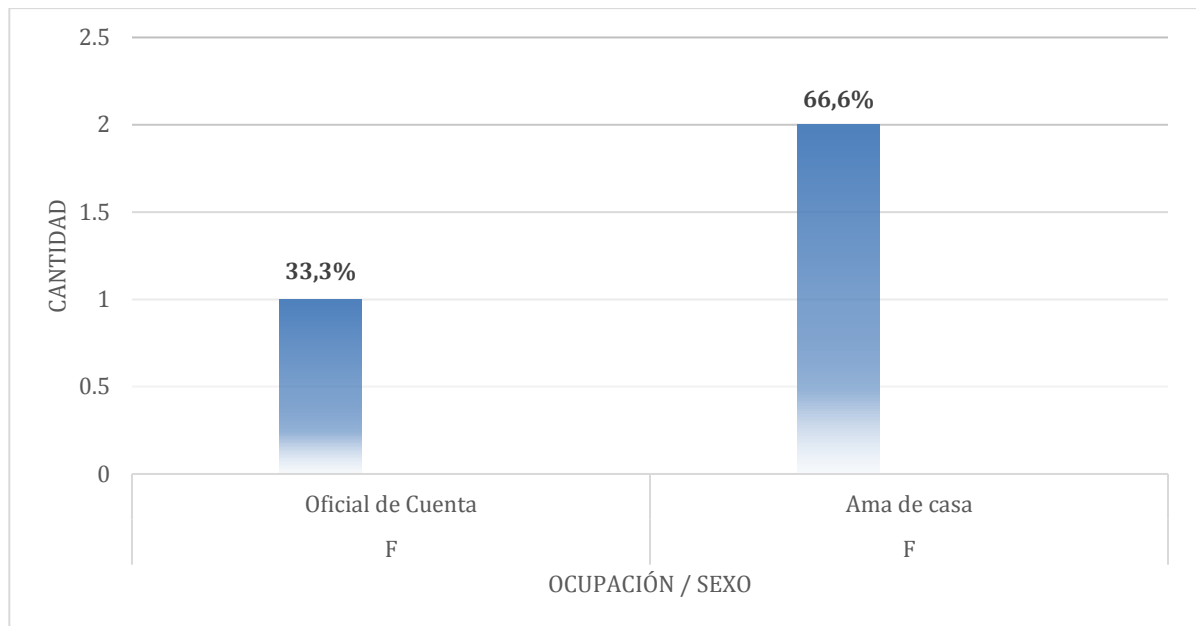
En general se puede decir al observar esta gráfica que las mujeres de la muestra poseen un nivel de escolaridad medio como mínimo lo que, en principio, podría darle la información básica y necesaria con respecto a la violencia contra la mujer.

Cuadro N°13. Población de pacientes atendidas por ocupación

Sexo	Ocupación	Cantidad	%
F	Oficial de Cuenta	1	33,3%
F	Ama de casa	2	66,6%

Fuente: Pacientes atendidas por la investigadora; INAMU; 2018.

Gráfica N° 4. Población de pacientes atendidas por ocupación



Fuente: Cuadro 13

Se observa que el 66,6% de la muestra son amas de casa. A diferencia del nivel de escolaridad se podría decir que su condición socio profesional de dependencia la coloca en condición de vulnerabilidad ante la posibilidad de ser víctima de violencia.

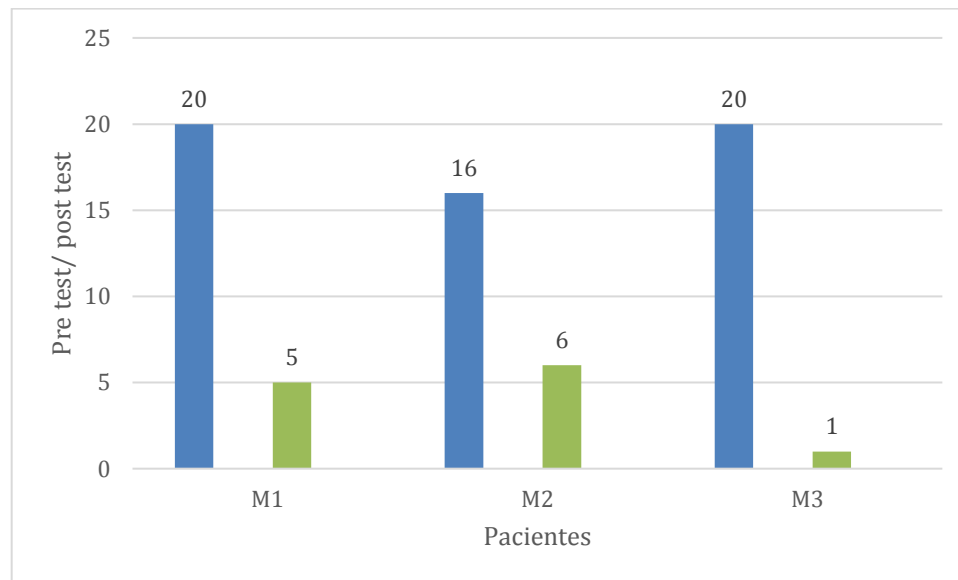
5.2. Escala de Desesperanza de Beck

Cuadro N°14. Puntuaciones T de la Escala de Desesperanza de Beck

Sujeto	T	Pre test	T	Postest
M1	20	Severa	5	leve
M2	16	moderada	6	leve
M3	20	Severa	1	Normal

Fuente: Resultados de la Escala de desesperanza de Beck aplicada a mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión en CINAMU, Los Santos

Gráfica N° 5. Puntuaciones T De la Escala de Desesperanza de Beck



Fuente: cuadro 14

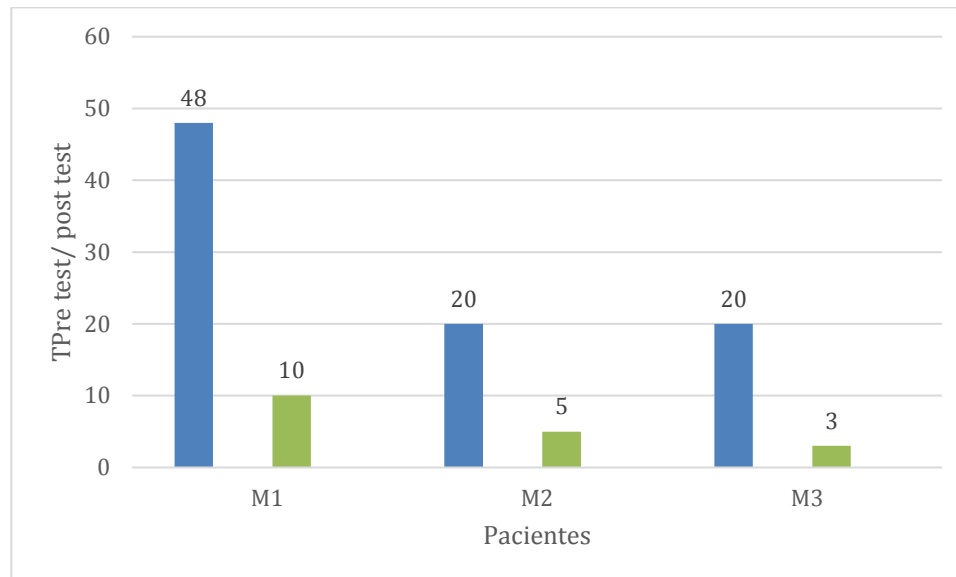
5.3. Escala de Depresión de Beck

Cuadro N°15. Puntuaciones T De la Escala de Depresión de Beck

Sujeto	T	Pre test	T	Postest
M1	48	Severa	10	leve
M2	20	moderada	5	leve
M3	20	moderada	3	Sin depresión

Fuente: Resultados de la Escala de depresión de Beck aplicada a mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión en CINAMU, Los Santos

Gráfica N°6. Puntuaciones T De la Escala de Depresión de Beck



Fuente: Cuadro 15

Con la TCC se aprecia una disminución en los niveles depresivos en las mujeres que participaron en este estudio lo que indica que el modelo cognitivo conductual utilizado en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión demuestra ser eficaz al tratamiento de ello. Esto se evidencia al aplicar la escala de desesperanza y depresión de Beck en modalidad pre test y post test.

Relato de la historia

Paciente 1

“con A.V tuve tres (3) años de novia y dos (2) años unidos. Tenemos un hijo en común de tres (3) años A.V, entre nosotros como pareja todo marchaba bastante bien; no sé en qué momento pasó, pero las cosas se fueron complicando, ya la comunicación no era igual, él pensaba más en sus necesidades que en la de nuestra familia, era indiferente, frío casi ni me tocaba, me comenzó a decir palabras ofensivas y obscenas; yo llegué a sentir que mi presencia le molestaba.

Cuando tomaba licor se ponía peor, me llegó a exhibir en fiestas con amistades, diciéndome palabras obscenas y siendo grosero. Considero que ante todos estos problemas traté de buscar soluciones, lo conversaba con él, tratamos de levantarnos, pero no funcionó.

Evitaba que nuestras discusiones la escucharan los niños, pero en ocasiones era imposible. Mi idea era que esta relación fuera duradera y estable; porque como no pude lograrlo con el papá de la niña, pensé en ofrecerle algo más estable a los dos niños.

La verdad no sé qué sucedió, he pensado mucho, no sé si soy yo la del problema o es él. Haber fracasado con mi primer esposo y ahora con el segundo también, estoy triste, impotente, en ocasiones siento ira, lloro” ...

Paciente 2

Actualmente tengo muchos problemas, un proceso por violencia doméstica con él papá de mi hijo, yo lo denuncié porque él me golpeaba, me trataba mal; después de la denuncia, lo cogieron preso por robo, todavía está encerrado. Los abuelos paternos tienen el niño, ahora se han puesto en el plan que no me lo dejan ver, mi niña está donde mi mamá no tengo la estabilidad económica para tenerlos conmigo.

Últimamente la estoy pasando muy mal, no tengo ánimos de nada, ni para ir a trabajar, lloro todos los días, he llegado a pensar que no tengo salida de mis problemas, casi ni duermo porque no concilio el sueño, veo un futuro. Necesito ayuda” ...

Paciente 3

Yo busco ayuda porque no puedo sola, viví quince (15) años unida con el padre de mis hijos.

Él comenzó a ser agresivo después que nos unimos, mientras fuimos novios no vi nada raro.

Pero cuando nos fuimos a vivir juntos, me celaba por todo, me gritaba, me insultaba. Con el paso de los años la situación empeoró, porque me llegó a pegar en varias ocasiones.

Nunca se disculpó que era lo peor del caso. Pero yo si lo disculpaba, porque pensaba que él perdía el control y que bueno, que cambiaría.

Aguanté tantos años porque para mí la familia era lo primero que mis dos hijos vivieran con papá y mamá. Pero me equivoqué porque la violencia de la que ellos fueron testigo los marcó; llegó un punto donde me di cuenta de que me hacía daño y también a mis hijos. Decidí ponerle fin a mi matrimonio, él no quería, pensaba y me decía que era porque yo tenía otro hombre. Me fui de la casa con mis hijos él me seguía molestando y persiguiendo. Tuve que poner este caso en manos de la ley y se ha quedado tranquilo porque tenemos una medida de protección.

Actualmente mis hijos reciben atención psicológica y yo estoy comenzando “

Interpretación de los resultados de la Escala de Desesperanza de Beck y de la Escala de Depresión de Beck después de la intervención terapéutica.

Se reunieron los resultados de los 3 sujetos, víctimas de violencia psicológica que inicialmente (pre test) habían sido diagnosticadas con depresión y la presencia de síntomas de desesperanza.

Se tabularon los puntajes por resultados alcanzados en cada una de las escalas y de acuerdo a su nivel de severidad.

En los resultados se evidenció una disminución de la sintomatología total en todas las participantes en la investigación.

Los cambios más evidentes se observaron en las áreas de la desesperanza y depresión. En los resultados de la escala de Depresión de Beck se observó una disminución de sintomatología y el puntaje al final del proceso no fue clínicamente significativo.

CONCLUSIONES

Considerando el análisis e interpretación de los resultados en la presente investigación se concluye lo siguiente:

- La violencia psicológica es uno de los tipos de maltrato, en particular contra la mujer que mayormente afecta a estas, ya que su impacto es poco visible por lo cual resulta complejo medirla.
- La terapia cognitivo conductual resultó ser eficaz al manejo de la depresión en mujeres víctimas de violencia psicológica; sin embargo, este modelo no puede ser exclusivo de cualquier intervención en este tema; un modelo humanista debe acompañar todas las sesiones de trabajo con la paciente.
- A través del pre y post test se puede apreciar la modificación que se opera en el padecimiento de la depresión en las pacientes atendidas con la investigación.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Concluida la investigación se presenta una reflexión sobre las principales limitaciones encontradas a lo largo del presente estudio y algunas recomendaciones que parecen ser oportuna a la problemática de la violencia contra la mujer.

Limitaciones:

- Dificultades en poder captar mujeres víctimas de violencia psicológica lo que puede deberse a la falsa creencia de que sólo hay maltrato cuando deja secuelas físicas.
- El tiempo y la disponibilidad para el cumplimiento continuo de las sesiones.

Recomendaciones:

- Continuar profundizando y perfeccionando en un plan de intervención terapéutico para la mujer
- Contemplar a los hijos víctimas indirectas de la violencia en cualquier intervención terapéutica.
- Hacer del conocimiento de las instituciones que trabajan el tema de la violencia contra la mujer esta investigación para que se siga estudiando otras variables vinculadas a la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA

INFOGRAFÍA

Acevedo, A.; Romel Yáñez, Ch. (2014). *Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales*. Obtenido de <file:///139031679013.pdf>.

Adam, A. (2013). Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. Recuperado de <file:///A1 Adam GICF 09.pdf>

Alcázar, L., Ocampo, D. (2015). Consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer sobre el progreso escolar de los niños y niñas del Perú: Un estudio a nivel nacional diferenciando por género. Recuperado de <file:///informe final. la violencia domestica sobre el desarrollo escolar.pdf>

Beltrán, M., Freyre, M. A. y Hernández-Guzmán, L.; (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523000001.pdf>

Borile, M. (s.f.). *Hablemos de Violencia*. Obtenido de file:///Violencia.Dra_.%20Monica%20Borile.pdf.

Cáceres Ortiz, Labrador Encina, Ardila Mantilla y Parada Ortiz; (2011). *Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado En El Trauma De Mujeres Víctimas De Violencia De Pareja*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S190023862011000200002&script=sci_abstract&tlng=es

- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J.M. y Wood, C.M. (2011). *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización*. Obtenido de file:/// 63-213-1-PB.pdf.
- Calvo González, G. y Camacho Bejarano, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Recuperado de file:/// http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf
- CNDH (2017) Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual. México. Recuperado de http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Hostigamiento-Acoso-Sexual.pdf
- Cuervo Montoya, E. (2016). Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. Recuperado de <file:///intencionalidad.pdf>
- Cuervo Pérez, M.M.; Martínez Calvera, J. F.; (2013). *Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja*. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/1390/139029198007.pdf
- Domenech, M. y Iñiguez, L. (2002). *La construcción social de la violencia*. Obtenido de file:///Sin%20título.pdf.
- EviMed (2009). Violencia doméstica: definiciones y clasificación. Recuperado de <file:///def-clasif-2.pdf>
- Espinosa Morales, M.; Alazales Javiqué, M.; Madrazo Hernández, B.; García Socarrás, A.M.; Presno Labrador, M.C. (2011) Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer latinoamericana. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n1/mgi11111.pdf
- García Azorza, G. N. (2013). Antecedente de violencia doméstica y actitud violenta en hombres residentes en Manchay, Lima. Recuperado de file:/// /Garcia_gn.pdf
- Gema Varona Martínez, G., de la Cuesta Arzamendi, J. L., Mayordomo Rodrigo, V. y Pérez Machío, A.; (2013). *Victimología*. Obtenido de

<https://www.ehu.es/documents/1736829/2010409/Manual+de+Victimologi%CC%81a+2015.pdf>.

- González Oddera, M.; Delucca, N.E. (2011) El concepto de violencia: Investigación sobre violencia vincular. Recuperado de file:///ev.1541.pdf
- INAMU, (2013). Ley 82 Tipifica el femicidio y la violencia contra la mujer. Recuperado de file:///2013_pan_ley82.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz (2010) Violencia hacia la pareja. Recuperado de file:///violencia_pareja_2012.pdf
- Instituto De Investigación Jurídica De La Facultad De Derecho Y Ciencia Política (2017) Violencia contra la mujer. Recuperado de file:///violencia1.pdf
- Jaen Cortés, C.I., Rivera Aragón, S., Amorin de Castro, E.F., Rivera Rivera, L. (2015) Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649010.pdf>
- Jiménez-Bautista, F.; (2012). *Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad*. Obtenido de file:///v19n58a1.pdf.
- Lettiere, A. y Spanó Nakano, A. M. (2011) Violencia doméstica: las posibilidades y los límites de enfrentamiento. Recuperado de file:///es_20.pdf
- Leyton Leyton, I. A. R.; Toledo Candia, F. I.; (2012). A propósito de la violencia: reflexiones acerca del concepto. Obtenido de file:///http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116376/MEMORIA%20FINAL%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y pdf.
- López Avendaño, O.; (2004). La agresividad humana. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, vol. 4, núm. 2, Obtenido de file:///44740216.pdf.
- López, C. J. (2011) Dispositivos de visibilización / invisibilización de la violencia hacia las mujeres. Recuperado de file:///ev.4914.pdf

- Martínez Pacheco, A. (2016). *La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio*. Obtenido de <file:///violencia.pdf>.
- México (2010) Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual. Recuperado de <file:///tlaxmeta8.pdf>
- Montoya, E. C. (2016). *Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación*. Obtenido de <file:///intencionalidad.pdf>.
- Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. (s/f). Trata de personas. Recuperado de file:///HT_GPATleaflet07_es.pdf
- OMS (s/f) Violencia contra la mujer respuesta del sector de la salud. Recuperado de <file:///OMS.pdf>
- Pazos Gómez, M.; Oliva Delgado, A.; Hernando Gómez, Á. (2014). Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80533065002.pdf>
- Rosselló, J., Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual*. Obtenido de <file:/TCC%20depresion%20.pdf>.
- Saldivia Mansilla, C., Faúndez Reyes, B., Sotomayor Llanos, S., Cea Leiva, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v25n46/0718-2236-udecada-25-46-00184.pdf>
- Straka, U. (2015). Violencia de género. Recuperado de <file:///genero.pdf>
- Torres, V.; Castro Sánchez, A. Ma.; Matarán Peña rocha, G. A.; Lara Palomo, I.; Aguilar Ferrándiz, Ma. E.; Moreno Lorenzo, C. (2011). *Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado*. Obtenido de <file:///309228876015.pdf>.
- Tovar et al. (2006). *Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas*. Obtenido de <file:///Dialnet-escalaDeDesesperanzaDeBeckBHSadaptacionYCaracteris->

Toledo Vásquez (2009). Feminicidio. Recuperado de file:///15.pdf

UIG (2017). Violencia patrimonial y económica contra las mujeres. Recuperado de file:///6_Enterate_Violencia_economica_y_patrimonial_contra_las_mujeres_junio_170617.pdf

UNODC (2014). Informe mundial sobre la trata de personas. Recuperado de file://GLOTIP14_ExSum_spanish.pdf

Villalón Ordax, L. (2015). La violencia en parejas homosexuales. Recuperado de file:///TFM_lourdes%20villalon.pdf

Yugueros García, A. J. (2014,). *La violencia contra las mujeres: conceptos y causas*. Obtenido de file:///322132553010.pdf

ZÚÑIGA, A. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático resultados de un estudio piloto*. Obtenido de file:/// <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

**ANÁLISIS GENERAL DE LA
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

Anexo N°1.

Análisis general de la intervención terapéutica realizada a tres mujeres (usuarias) víctimas de violencia psicológica, Los Santos.

De acuerdo con las necesidades de cada una de las usuarias, se desarrolló un plan terapéutico con el fin de poder estabilizar el estado emocional y generar nuevas respuestas adaptativas.

Se pudo apreciar en las pacientes atendidas esquemas de pensamientos desadaptativos; sentimientos de desesperanza, culpa, tristeza, llanto frecuente, inutilidad, ideas suicidas producto del maltrato psicológico al cual habían estado sometidas.

De acuerdo con el cuadro clínico, presente en cada mujer; se trabajaron aspectos como manejo de las emociones, de pensamientos desadaptativos, plan de vida y prevención de recaídas.

Se implementaron estrategias terapéuticas, como, por ejemplo: actividades de autocuidado, adaptar pensamientos y generarlos de manera positiva, afrontamiento y resolución de problema.

Se pudo lograr con la intervención que las mujeres se vieran y se aceptaran en primer lugar, como víctimas para que al final logaran retomar el control de sus vidas y establecer un nuevo plan de vida y así dejar atrás lo sucedido.

Se consiguió que las pacientes logaran dominar los pensamientos y a partir de allí; tener emociones y sentimientos más adaptados.

También se les concedió prevención de recaídas, que suele ocurrir ante este tipo de situaciones.

ANEXO N° 2

ENTREVISTAS CLÍNICAS

Anexo N°2

Entrevista Clínica N°1

1. Datos Generales

Nombre: A.B.E

Sexo: F

Edad: 20 años

Fecha de Nacimiento: 2-4-1998

Dirección y teléfono: Bda Kathia, Las Tablas

Situación socioeconómica: Baja

Estado civil: Soltera

Ocupación y profesión: Planchadora, no tiene

Personas con quien convive: Vive sola,

2. Motivo de Consulta

La joven relata “actualmente tengo muchos problemas, un proceso por violencia doméstica con él papá de mi hijo, yo lo denuncié porque él me golpeaba, me trataba mal; después de la denuncia a él lo cogieron preso por robo, todavía está encerrado. Los abuelos paternos tienen el niño, ahora se han puesto en el plan que no me lo dejan ver, mi niña esta donde mi mamá no tengo la estabilidad económica para tenerlos conmigo.

Últimamente la estoy pasando muy mal, no tengo ánimos de nada, ni para ir a trabajar, lloro todos los días, he llegado a pensar que no tengo salida de mis problemas, casi ni duermo porque no concilio el sueño, veo un futuro. Necesito ayuda” ...

3. Historia de la enfermedad actual

- Cuando aparecieron los primeros síntomas:

Hace un mes

- Circunstancias en la que aparecieron los primeros síntomas:

Cuando comenzó el maltrato verbal

- Reacciones personales a los primeros síntomas:

Sentimientos de tristeza

- Evolución de los síntomas en el tiempo:

Se agravaron los síntomas

- Remisiones parciales o completas:

No hay remisiones

- Tratamientos recibidos y reacciones a dichos tratamientos:

4. Anamnesis personal y familiar:

- Enfermedades pasadas y presentes:

Diabetes, hipertensión

- Enfermedades Familiares:

Diabetes, hipertensión

- Dinámica del funcionamiento familiar:

Los dos primeros años vivió con su mamá y abuelos maternos

Después de los dos años viví con mi mamá y mi padrastro, la relación fue muy buena con mi padrastro; en cambio con mi mamá las cosas fueron diferentes. A los trece (13) años me fui de la casa unida con el papá de mi primer niño, viví con él hasta los quince (15) años. A mis diecisiete años tuve a mi segunda hija

5. Personalidad premórbida

Era una persona alegre

6. Episodio Psicopatológico actual

¿Cuándo se manifestó?

Hace un mes

¿Cuánto tiempo duro?

Continúan los síntomas

7. Episodio psicopatológico actual

Cuando inicio la sintomatología actual

Hechos significativos que han precedido el episodio actual

Características de la sintomatología actual

- Tristeza
- Impotencia
- Llanto frecuente
- Intranquilidad
- Insomnio

Entrevista Clínica N°2

1. Datos Generales

Nombre: G.C

Sexo: Mujer

Fecha de Nacimiento y edad:

29 años

14-7-1989

Dirección y teléfono: La Laja, Las Tablas

Situación socioeconómica: Baja

Estado civil: Soltera

Ocupación y profesión:

Administradora del hogar

Personas con quien convive: con dos hijos; L.F de 10 años, E.F de 6 años.

Motivo de Consulta

La usuaria refiere” Yo busco ayuda porque no puedo sola, viví quince (15) años unida con el padre de mis hijos.

Él comenzó a ser agresivo después que nos unimos, mientras fuimos novios no vi nada raro.

Pero cuando nos fuimos a vivir juntos, me celaba por todo, me gritaba, me insultaba.

Con el paso de los años la situación empeoró, porque me llegó a pegar en varias ocasiones.

Nunca se disculpó que era lo peor del caso. Pero yo sí lo disculpaba, porque pensaba que él perdía el control y que bueno, que cambiaría.

Aguanté tantos años porque para mí la familia era lo primero que mis dos hijos vivieran con papá y mamá. Pero me equivoqué porque la violencia de la que ellos fueron testigo los marcó; llegó un punto donde me di cuenta de que me hacía daño y también a mis hijos. Decidí ponerle fin a mi matrimonio, él no quería, pensaba y me decía que era porque yo tenía otro hombre. Me fui de la casa con mis hijos, él me seguía molestando y persiguiendo. Tuve que poner este caso en manos de la ley y se ha quedado tranquilo porque tenemos una medida de protección.

Actualmente mis hijos reciben atención psicológica y yo estoy comenzando”

Historia de la enfermedad actual

- Cuando aparecieron los primeros síntomas:

Hace aproximadamente 8 meses

- Circunstancias en la que aparecieron los primeros síntomas:

Cuando vi que mi matrimonio no tenía marcha atrás,

- Reacciones personales a los primeros síntomas:

Tristeza y llanto

- Evolución de los síntomas en el tiempo:

El llanto se hizo frecuente

- Remisiones parciales o completas:

Sin remisiones

- Tratamientos recibidos y reacciones a dichos tratamientos:

Ninguna

2. Anamnesis personal y familiar

- Enfermedades pasadas y presentes:

No presenta

- Enfermedades Familiares:

Hipertensión ambos padres

- Dinámica del funcionamiento familiar:

Refiere una buena relación con sus hijos, en ocasiones el mayor se pone rebelde

3. Personalidad premórbida:

Yo era alegre

4. Episodio Psicopatológico actual:

¿Cuándo se manifestó? Hace aproximadamente ocho meses

¿Cuánto tiempo duro? Los ocho meses

5. Episodio psicopatológico actual

Cuando inicio la sintomatología actual:

Hechos significativos que han precedido el episodio actual:

Maltrato físico y verbal por parte de la pareja

Características de la sintomatología actual

- ✓ Tensión muscular
- ✓ Llanto frecuente
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Insomnio
- ✓ Aumento del apetito

Entrevista Clínica N°3

1. Datos Generales

Nombre: J.M.C

Sexo: Mujer

Fecha de Nacimiento y edad:

39 años

26-12-1978

Dirección y teléfono: El Cocal De Las Tablas, Bda La Arboleda, casa #33

Situación socioeconómica: Baja

Estado civil: Soltera

Ocupación y profesión:

Licenciada en Contabilidad

Oficial de cobro

Personas con quien convive: Hija de 14 años, R.R y el niño de 3 años, A.V

2. Motivo de Consulta

La usuaria refiere "con A.V tuve tres (3) años de novia y dos (2) años unidos. Tenemos un hijo en común de tres (3) años A.V, entre nosotros como pareja todo marchaba bastante bien; no sé en qué momento pasó, pero las cosas se fueron complicando, ya la comunicación no era igual, él pensaba más en sus necesidades que en la de nuestra familia, era indiferente, frío casi ni me tocaba, me comenzó a decir palabras ofensivas y obscenas; yo llegué a sentir que mi presencia le molestaba.

Cuando tomaba licor se ponía peor, me llegó a exhibir en fiestas con amistades, diciéndome palabras obscenas y siendo grosero. Considero que ante todos estos

problemas traté de buscar soluciones, lo conversaba con él, tratamos de levantarnos, pero no funcionó.

Evitaba que nuestras discusiones la escucharan los niños, pero en ocasiones era imposible. Mi idea era que esta relación fuera duradera y estable; porque como no pude lograrlo con el papá de la niña, pensé en ofrecerle algo más estable a los dos niños.

La verdad no sé qué sucedió, he pensado mucho, no sé si soy yo la del problema o es él. Haber fracasado con mi primer esposo y ahora con el segundo también, estoy triste, impotente, en ocasiones siento ira, lloro” ...

3. Historia de la enfermedad actual

- Cuando aparecieron los primeros síntomas:

Hace aproximadamente dos meses

- Circunstancias en la que aparecieron los primeros síntomas:

Cuando vi que no podía resolver mis problemas familiares, de pareja

- Reacciones personales a los primeros síntomas:

Sentí que la situación se estaba saliendo de mis manos, me estaba descontrolando

Frustración

- Evolución de los síntomas en el tiempo:

No han evolucionado

- Remisiones parciales o completas:

Sin remisiones

- Tratamientos recibidos y reacciones a dichos tratamientos:

Ninguna

4. Anamnesis personal y familiar

- Enfermedades pasadas y presentes:

No presenta

- Enfermedades Familiares:

Diabetes, hipertensión, derrame cerebral, cáncer (familiares abuelos, tíos)

- Dinámica del funcionamiento familiar:

Manifiesta que llevan una buena relación

5. Personalidad premórbida

Era igual, no lloraba con frecuencia, me concentraba

6. Episodio Psicopatológico actual

¿Cuándo se manifestó? Hace aproximadamente dos meses

¿Cuánto tiempo duro? Aproximadamente mes y medio

7. Episodio psicopatológico actual

Cuando inicio la sintomatología actual:

Hechos significativos que han precedido el episodio actual: problemas con la pareja

Características de la sintomatología actual

- ✓ Náuseas
- ✓ Tensión muscular
- ✓ Ansiedad
- ✓ Llanto frecuente
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Pérdida de apetito

ANEXO N°3

INDICE DE CUADROS , GRÁFICAS Y

FIGURAS

ÍNDICE DE CUADROS

N°	Descripción	Página
1	Tipos De Violencia	11
2	Tipos de maltrato	25
3	Cuadro de Variables	49
4	Encuadre Terapéutico	53-54
5	Termómetro del estado del ánimo	56
6	Formulación de creencias	58
7	Registro de pensamientos disfuncionales	60
8	Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos	61
9	Registro de actividades de autocuidado	63
10	Ventajas y desventajas	66
	Población de pacientes atendidas por sexo y edad, 2018	69
11	Población de pacientes atendidas por sexo y residencia	70
12	Población de pacientes por nivel de escolaridad	71
13	Población de pacientes atendidas por ocupación	72
14	Puntuación T de la Escala de Desesperanza de Beck	73
15	Puntuaciones T De la Escala de Depresión de Beck	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

N°	Descripción	Página
1	Población de pacientes atendidas por sexo y edad, 2018	69
2	Población de pacientes atendidas por sexo y residencia, 2018	70
3	Población de pacientes atendidas por sexo y nivel de escolaridad, 2018	71
4	Población de pacientes atendidas por ocupación, 2018	72
5	Puntuaciones T De la Escala de Desesperanza de Beck	73
6	Puntuaciones T De la Escala de Depresión de Beck	74

ÍNDICE DE FIGURAS

N°	Descripción	Página
1	El ABC de Ellis	59

ANEXO N° 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N°5
ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

ANEXO N°6
ESCALA DE DESESPERANZA DE
BECK