



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER ATENDIDA EN EL CONSULTORIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUBCENTRO “LUCHA OBRERA” DE LA CIUDAD DE BABAHOYO EN LA PROVINCIA DE LOS RÍOS.

AUTORA:

NORMA JUDITH VERA APRAEZ

TUTORA:

MSC. NARCISA DOLORES PIZA BURGOS

LECTOR:

MSC. LILA MARIBEL MORÁN BORJA

BABAHOYO - 2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DEDICATORIA

El siguiente proyecto educativo lo quiero DEDICAR a todas las personas maravillosas que me han apoyado a culminar una etapa muy importante en mi vida profesional, en especial lo dedico a DIOS, por regalarme la vida ya que sin ella nada de esto se hubiese concretado.

A mi familia hermosa por estar pendiente de mí, y sobre todo por todo su apoyo incondicional.

A mis hijos que son el motor principal de mi existencia.

A mi esposo por ser mi compañero de vida.

A mis compañeras de aula, gracias por haber compartido conmigo esta linda etapa junto a mí.

NORMA JUDITH VERA APRAEZ
CI. 1204910051



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de este proyecto educativo va dirigido a DIOS, por ser esa fortaleza constante en mi vida, a mis docentes de esta noble institución educativa, por ser guías del saber. A mis hijos porque cada lucha que doy es pensando en nuestro futuro, a mi esposo por estar a mi lado siempre en cada paso que doy, a mis compañeras de aula por siempre ser más que eso, por ser mis amigas, a toda mi familia que me brindaron su apoyo y me alentaron a seguir cumpliendo mis sueños

NORMA JUDITH VERA APRAEZ
CI. 1204910051



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **NORMA JUDITH VERA APRAEZ**, portadora de la cédula de ciudadanía **1204910051**, en calidad de autor (a) del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, previo a la Obtención del Título de **Psicóloga clínica**, declaro que soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

**ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER
ATENDIDA EN EL CONSULTORIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL
SUBCENTRO “LUCHA OBRERA” DE LA CIUDAD DE BABAHOYO EN LA
PROVINCIA DE LOS RIOS.**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.



NORMA JUDITH VERA APRAEZ
CI. 1204910051



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, 27 de septiembre de 2018

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio CPC-083-18, con fecha 15 de septiembre del 2018, mediante resolución N° **CD-FA C.C.J.S.E-SO-008-RES-002-2018**, certifico que el Srta. NORMA JUDITH VERA APRAEZ, ha desarrollado estudio de caso titulado:

**ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER
ATENDIDA EN EL CONSULTORIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL
SUBCENTRO “LUCHA OBRERA” DE LA CIUDAD DE BABAHOYO EN LA
PROVINCIA DE LOS RIOS.**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSc. Nareisa Dolores Piza Burgos
DOCENTE DE LA FCJSE.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCION.**

Babahoyo, 1 de octubre del 2018]

En mi calidad de Lector del Informe Final documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio CPC-083-18, con 15 de septiembre del 2018, mediante resolución N° **CD-FA C.C.J.S.E-SO-008-RES-002-2018**, certifico que el Srta. NORMA JUDITH VERA APRAEZ ha desarrollado el documento probatorio dimensión práctica del examen complejo cumpliendo con la redacción gramatical, formatos, Normas APA y demás disposiciones establecidas:

**ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER
ATENDIDA EN EL CONSULTORIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL
SUBCENTRO “LUCHA OBRERA” DE LA CIUDAD DE BABAHOYO EN LA
PROVINCIA DE LOS RIOS.**

Por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSC. LILA MORAN BORJA
LECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

En el presente estudio de investigación se describe la causa de la violencia física a una mujer atendida en un Subcentro de Salud de la Ciudad de Babahoyo , la cual presentaba sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático y del trastorno depresivo mayor pero al realizar un adecuado psicodiagnóstico se concluyó que lo que padecía la usuaria según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 era Violencia Física por parte del Cónyuge o la Pareja T74.11XD cuya causa era la indefensión aprendida por esta en el transcurso de su aprendizaje psicosocial desde tempranas etapas de su vida, para mejorar la calidad de vida de la misma se desarrolló como solución una propuesta de plan terapéutico enfocada en técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual de Aarón Beck.

Palabras clave: Enfoque psicológico, violencia física, diagnostico, psicoterapia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO
DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO:

ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER
ATENDIDA EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DEL SUBCENTRO “LUCHA
OBRERA” EN LA CIUDAD DE BABAHOYO PROVINCIA DE LOS RIOS

PRESENTADO POR LA SEÑORITA: NORMA JUDITH VERA APRAEZ

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

8,15 (Ocho con quince)

EQUIVALENTE A:

TRIBUNAL:



MCS. NARCISA PIZA BURGOS
DELEGADO DEL DECANO



MCS. JOSELO ALBAN OBANDO
DELEGADO DEL
COORDINADOR DE CARRERA



MSC. VICTOR ROMERO JACOME
DELEGADO DEL CIDE



AB. ISELA BERRUZ
SECRETARIA GENERAL
FAC.CC.JJ.SS.EE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo de la Srta. **NORMA JUDITH VERA APRAEZ** cuyo tema es: **ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA VIOLENCIA FISICA EN UNA MUJER ATENDIDA EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DEL SUBCENTRO “LUCHA OBRERA, EN LA CIUDAD DE BABAHOYO PROVINCIA DE LOS RIUOS** certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de **[8%]**, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
SISTEMA DE EDUCACIÓN CONTINUA Y ESTUDIOS A DISTANCIA LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN EJECUTIVA
TEMA DISEÑO DE UN PLAN DE PROMOCIÓN EN LA CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA NÚCLEO DE LOS RÍOS,
QUE PERMITA EL RESCATE, DESARROLLO Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA EN LA CIUDAD BABAHOYO. AUTORA
GLADYS BEATRIZ OROZCO PAREDES TUTORA Lcda./CPA. GLENDA INTRIAGO ALCIVAR, Msc. LECTOR LCDO.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado


MSc. Nareisa Dolores Piza Burgos
DOCENTE DE LA FCJSE.

INDICE

CONTENIDO	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR	v
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR	vi
RESUMEN.....	vii
RESULTADO DEL INFORME FINAL.....	viii
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND	ix
INDICE.....	x
1. Introducción	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO METODOLÓGICO	2
1.1. Definición del tema caso de estudio.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Justificación.....	3
1.4. Objetivo	4
1.5. Fundamentación teórica.....	4
1.6. HIPÓTESIS	11
1.7. METODOLOGÍA.....	11
Tipo de Investigación	11
Investigación exploratoria	11
Métodos de Investigación.....	11
Método Inductivo	11
Técnicas.....	12
Entrevista estructurada	12
Ficha de Observación clínica.....	12

Reactivos aplicados	12
CAPÍTULO II.....	13
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.1. Desarrollo del caso	13
2.2. Situaciones detectadas	14
2.3. Soluciones planteadas.....	15
2.4. CONCLUSIONES.....	19
2.5. RECOMENDACIONES	20
Bibliografía.....	21
ANEXOS	23

1. Introducción

La violencia hacia la mujer ha sido reconocida como una problemática de los derechos humanos básicos, la cual tiene consecuencias de largo alcance tanto para la mujer como para sus hijos y la sociedad en su conjunto, es una problemática de salud pública y psico-social que tiene un impacto no sólo a nivel físico sino también en el ámbito laboral, económico, social y familiar.

La violencia tiene secuelas adversas sobre la salud de la mujer incluida su salud sexual y reproductiva, sobre su bienestar emocional y dignidad, así como, además, constituye una amenaza directa para el bienestar de sus hijos, las consecuencias de la violencia pueden manifestarse a nivel individual en diferentes áreas como la psicológica, emocional, en la personalidad y en la salud; dentro del contexto social sus repercusiones pueden verse a nivel laboral e incluso económicas.

Este proyecto investigativo tiene como objetivo determinar desde el Enfoque psicológico las Causas de la Violencia física hacia una mujer atendida en el Consultorio de Atención Psicológica del Subcentro “Lucha Obrera” de la Ciudad de Babahoyo para así poder ayudarla a superar esta situación que le venía afectando desde hacía mucho tiempo.

De los resultados obtenidos de las evaluaciones diagnosticas realizadas a la usuaria se pudo determinar que la indefensión aprendida era la principal causa desde el enfoque psicológico que mantenía sumisa a esta mujer frente a las agresiones de su pareja, por lo que se implemente un plan terapéutico encaminado a superar sus temores y fomentar el desarrollo personal.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1. Definición del tema caso de estudio

Enfoque psicológico de la violencia física en una mujer atendida en el Consultorio de Atención Psicológica del Subcentro “Lucha Obrera” de la Ciudad De Babahoyo en La Provincia de Los Ríos.

1.2. Planteamiento del problema

¿Qué causa la violencia física según el enfoque psicológico a una mujer atendida en el consultorio de atención psicológica del Subcentro “Lucha Obrera” de la ciudad de Babahoyo en la provincia de Los Ríos?

El Subcentro comunitario situado en el sector “Lucha Obrera” ubicado en un populoso de la Ciudad de Babahoyo, diagonal al Centro de Atención de Emergencias “911” atiende todo tipo de afecciones de índole física y también psicológica, todo esto de forma gratuita y procurando siempre el interés hacia el usuario, con profesionales plenamente cualificados para el desarrollo de sus actividades

En el sector investigado conocido como Lucha obrera de la ciudad de Babahoyo, el maltrato hacia la mujer es algo “normal” y se origina en el hogar., muchas mujeres son maltratadas por su compañero sentimental, cuando es el quien debe de cuidarlas y protegerlas de cualquier adversidad, son pocas las mujeres que acuden en busca de ayuda, pero este es el caso de una que se atrevió a hablar y no callar ante el vejamen del cual estaba siendo objeto.

1.3. Justificación

La violencia de género en las relaciones de pareja es uno de los problemas sociales más serios con lo que enfrenta nuestra sociedad es por esto de ende la importancia de este proyecto investigativo pues permitió recoger información en el Sector “Lucha obrera” de la ciudad de Babahoyo, desde el enfoque psicológico sobre las diferentes creencias y los distintos roles sociales que se encuentran presentes en las mujeres que son víctimas del maltrato.

La información obtenida ha sido de suma importancia para la protección de las mujeres ante cualquier problema y especialmente para prevenir la violencia física, así como adquirir información relevante para poder orientar a las futuras actuaciones de prevención y sensibilización a las mujeres para que puedan identificar y detectar situaciones de violencia de género y así llevar a cabo estrategias para que detecten el problema.

Los resultados positivos en el estado de ánimo, posterior al ejercicio físico acompañado de aumento de nivel de endorfinas aportan pruebas a favor de esta teoría. Sin embargo, es necesario realizar más estudios para verificar dicha teoría antes de extraer conclusiones definitivas. Existen probabilidades de mejoramiento del estado de bienestar que se debe a una combinación de factores psicológicos y fisiológicos.

Para este fin se utilizaron escalas de evaluación diagnóstica de gran aporte para este tipo de investigación pues nos permitió conocer los tipos de violencia recibida por la usuaria, así como los efectos psicológicos en la víctima lo permitió visualizar la realidad y el martirio vivido por esta mujer al interior del hogar.

Para mejorar el estado anímico de la usuaria se implementó un programa terapéutico específicamente diseñado con objetivos y metas para cada área del desarrollo funcional en que la usuaria se había visto afectada principalmente en la autovaloración y en las interacciones familiares y sociales.

1.4. Objetivo

Determinar desde el Enfoque Psicológico la causa de La Violencia Física a una Mujer Atendida en el Consultorio de Atención Psicológica del Subcentro “Lucha Obrera” de la Ciudad De Babahoyo en La Provincia de Los Ríos.

1.5. Fundamentación teórica

Violencia física

Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física (MARTINEZ, 2015) .

Siendo así es aquella acción generada de manera voluntaria y que por lo mismo ocasiona daños no accidentales, utilizando la fuerza física o material (es decir, sirviéndose de objetos) y que tiene como fin fundamental generar un impacto directo en el cuerpo y consecuencias físicas tanto externas como internas.

En el caso de la violencia física se reconoce, una amplia gama de situaciones tales como, castigos corporales (golpes, azotes, pellizcos, palmadas, hasta lesiones penales o la muerte); permanencia forzada en lugares, encerramientos, inmovilizaciones o “amarramientos”, entre otros (MSP, 2014).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2015).

Enfoque psicológico

Para el presente estudio de investigación se ha tomado como causa principal de la violencia física hacia la mujer la indefensión aprendida.

Para (HIMMEL, 2018). “Surgió en reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento”.

Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Indefensión aprendida

La indefensión aprendida (o bien impotencia aprendida) es un tecnicismo que se refiere a la condición de un ser humano o animal que ha "aprendido" a comportarse pasivamente, con la sensación subjetiva de no poder hacer nada y que no responde a pesar de que existen oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas.

La teoría de indefensión aprendida se ha relacionado con depresión clínica y otros trastornos mentales "resultantes" de la percepción de ausencia de control sobre el resultado de una situación. Esto no es del todo cierto ya que no es un buen análogo clínico (no son totalmente comparables ambas situaciones aunque a nivel "sintomático" se parezcan, es por ello que en investigación se ha usado la indefensión aprendida como análogo clínico de la depresión).

El comparar una situación adversa que se percibe como incontrolable (pero que realmente no lo es) con un trastorno o "enfermedad" mental sería una forma de contribuir a crear una indefensión aprendida: implícitamente se está negando la posibilidad activa (sujeto agente) de cambio que la persona tiene pasando de un lugar (locus) de control externo a uno interno en donde la persona acaba asumiendo que la responsabilidad de esa situación es suya y nada puede hacer ("estoy enfermo, deprimido, no puedo hacer nada salvo ser pasivo/paciente", etc.) para cambiar el medio o el contexto y mejorar su situación. A aquellos individuos que han sido ineficaces o menos sensibles para determinar las consecuencias de su comportamiento se dicen que han adquirido indefensión aprendida.

Algunos estudios universitarios (Montero, 2015) han revelado que cuando a una persona se le castiga de manera continua sin importar lo que haga, desarrolla indefensión aprendida, por lo que el sujeto deja de responder e intentar. Suele ser común en personas cuyo régimen de crianza paterna ha sido autoritario.

Según (CAMPS, 2014). "El psicólogo americano Martin Seligman inició una investigación acerca de la indefensión aprendida en 1967 en la Universidad de Pensilvania como una extensión a su interés por la depresión". Esta investigación fue expandida luego por Seligman y otros. Uno de los primeros experimentos fue entre Seligman y Maier: En la parte 1 del estudio, tres grupos de perros fueron puestos en arneses. El grupo 1 fue solamente puesto en los arneses por un tiempo y luego eran liberados.

Los grupos 2 y 3 fueron amarrados en yunta. A los perros en el grupo 2 se les daban choques eléctricos de manera aleatoria y los perros podían presionar una palanca para parar los choques. Cada perro del grupo 3 era juntado con uno del grupo 2, cuando el perro del grupo 2 recibía un choque eléctrico, el perro del grupo 3 también recibía un choque de la misma intensidad y duración, sin embargo, su palanca no hacía nada. Para el perro del grupo 3, el choque parecía que paraba de manera aleatoria porque el perro del grupo 2 al que estaba pareado estaba parando el choque. Por lo tanto, para los perros del grupo 3, el choque era "Inescapable".

En la parte 2 del experimento, los 3 grupos de perros fueron llevados a una habitación que tenía dos compartimientos rectangulares divididos por una barrera de unas cuantas pulgadas de alto. Todos los perros podían escapar del choque eléctrico llendo a la otra parte de la habitación. Los perros del grupo 1 y 2 rápidamente entendieron la tarea y escaparon de los choques eléctricos, sin embargo, la mayoría de los perros del grupo 3 (Que antes habían aprendido que nada de lo que hicieran iba a parar el choque eléctrico) simplemente se quedaron quietos sin hacer nada y solo gemían al recibir los choques.

En un segundo experimento ese mismo año, con nuevos grupos de perros, Overmier y Seligman eliminaron la posibilidad de que, en vez de tener una indefensión aprendida, el grupo 3 haya fallado en aprender la tarea de escapar del choque debido a haber aprendido otro comportamiento que interfería con la tarea de escapar.

Para prevenir ese comportamiento que "interfería", los perros del grupo 3 fueron inmovilizados con una droga de parálisis (curare) y tuvieron un procedimiento similar que en la parte 1 del experimento de Seligman y Maier. Cuando llegaron a la parte 2 del experimento, el grupo 3 exhibió el mismo comportamiento de indefensión aprendida. Este resultado sirvió para eliminar la hipótesis de la interferencia.

De estos experimentos, se creía que solo había una cura para la indefensión aprendida. En la hipótesis de Seligman, los perros no trataban de escapar porque ellos creían que nada de lo que hicieran haría que los choques pararan. Para cambiar este pensamiento, los investigadores tenían que tomar las patas de los perros y moverlas replicando las acciones que el perro debía realizar para escapar de la zona de choques eléctricos. Esto se tuvo que hacer al menos 2 veces antes de que los perros empezaran a saltar por si mismos la barrera. De cualquier otra forma como, amenazas, premios y demostraciones visuales no tenían efecto en la indefensión del grupo 3.

Experimentos posteriores

Experimentos posteriores han servido para confirmar el efecto depresivo de sentir una falta de control en un estímulo aversivo. Por ejemplo, en un experimento, pusieron a personas a hacer tareas mentales con la presencia de un sonido distractivo. Las personas que se les dió la posibilidad de apagar el sonido raramente se levantaron a hacerlo, aun así, exhibieron mejores resultados que aquellas personas que no tenían la posibilidad de pararlo. Con solo tener la noción de poder apagar el sonido era suficiente para contrarrestar los efectos del sonido.

En 2016, (Jaramillo, 2015) un estudio en animales encontró que los animales con control sobre los estímulos estresantes exhibían cambios en la excitabilidad de ciertas neuronas en la corteza prefrontal. Los animales que no tenían control de estos estímulos no exhibían este efecto y mostraban signos consistentes con la indefensión aprendida y la ansiedad social.

Este fenómeno también ha sido estudiado y demostrado en situaciones en las que las consecuencias eran apetitivas (comida); y además se ha demostrado que el efecto es generalizable a través de distintos reforzadores (Maier, 2014) El fenómeno de la Indefensión Aprendida se manifiesta a través de tres déficits: ·

A nivel motivacional, se observa un retraso en la iniciación de respuestas voluntarias. Si un organismo espera que sus respuestas no afecten a las consecuencias, la probabilidad de emitir tales respuestas disminuirá en el futuro. ·

A nivel cognitivo, se da una dificultad en aprender posteriormente que una respuesta controla una consecuencia, cuando previamente no la ha controlado. Aprender que una consecuencia no está relacionada con sus respuestas interfiere proactivamente con el aprendizaje futuro de que la consecuencia es ahora dependiente de sus respuestas.

· Finalmente, a nivel emocional, cuando las consecuencias durante la fase de pre-tratamiento son suficientemente aversivas, se producen una serie de desórdenes conductuales y fisiológicos característicos de un estado de ansiedad y miedo seguido de depresión.

Contingencia e indefensión aprendida

El concepto de Contingencia hace referencia al grado de relación entre dos acontecimientos cualesquiera, si los dos acontecimientos son respuestas del individuo y consecuencias ambientales, la relación que se establece entre ellos es de controlabilidad o incontrolabilidad.

Las respuestas individuales ejercen algún o ningún control sobre los resultados. Según Seligman la indefensión es un "estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables".

Una consecuencia es incontrolable cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma ocurra o no una determinada respuesta voluntaria por parte del organismo. Por el contrario, si cuando ocurre una respuesta la probabilidad de que se dé una consecuencia es diferente de su probabilidad cuando la respuesta no ocurre, entonces la consecuencia es dependiente de esa respuesta y dicha consecuencia se dice que es controlable. Para Seligman, un organismo llega a estar indefenso frente a una determinada consecuencia cuando ésta ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias.

Cuando una persona percibe que las consecuencias son incontrolables hace una atribución causal (MORELATO, 2013) respecto al por qué de esa carencia de control y en función de tal proceso atribucional desarrollará la expectativa de no-contingencia futura que

será responsable de los efectos de la indefensión aprendida. La atribución causal varía a lo largo de tres dimensiones: a. Interna-Externa.

El grado en el que la causa es debida a algo relacionado con uno mismo o con otra persona o circunstancia. b. Estable-Inestable: El grado en el que la causa es constante o variable en el tiempo. c. Global-Específico: El grado en el que la causa sea generalizable a través de diferentes situaciones, o sea específica a una situación concreta.

La reformulación asigna papeles particulares a cada dimensión: Así, pues, para (CAMPS, Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas., 2014). “La atribución interna de las creencias causales afecta a la pérdida de autoestima que sigue a la experiencia con acontecimientos negativos e incontrolables”. Si una persona explica un acontecimiento negativo mediante factores o causas internas, la pérdida de autoestima es más probable que ocurra que si lo explica mediante factores externos.

La estabilidad afecta a la cronicidad de la indefensión; si consecuencias negativas son para (PAZMIÑO, 2016) explicadas mediante una causa persistente, los efectos de la exposición a dichas consecuencias persistirán más tiempo que si son explicadas mediante causas menos persistentes. La globalidad está relacionada con la generalidad del déficit de indefensión. Si los malos acontecimientos son atribuidos a causas globales, los efectos de la exposición a los mismos tenderán a ocurrir en una mayor variedad de situaciones diferentes, que si son atribuidos a causas específicas.

Una distinción que realiza esta reformulación, es la de indefensión universal: una persona cree que sus respuestas no son contingentes con las consecuencias deseadas y que ningún otro sujeto posee esas respuestas; frente a indefensión personal: el sujeto cree que él no tiene respuestas adecuadas, pero otros sí que las tienen.

En el primer caso los sujetos atribuyen las causas a factores externos, específicos e inestables, con lo cual no se generalizará. En el segundo caso, las atribuciones son a causas internas, globales y estables y la indefensión será crónica generalizándose a otras situaciones. Podemos observar como esta reformulación ha implicado un proceso mediador específicamente humano; lo que ha supuesto un distanciamiento de los estudios sobre Indefensión Aprendida humana de los trabajos sobre aprendizaje animal.

1.6. HIPÓTESIS

Si se determina las causas de la violencia física desde el enfoque psicológico a una mujer atendida en el consultorio de atención psicológica del Subcentro “Lucha Obrera” de la ciudad de Babahoyo en la Provincia de Los Ríos se implementaría un programa psicoterapéutico para evitar que se continúen manteniendo estas actitudes hacia la usuaria.

1.7. METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Investigación exploratoria

El presente estudio de investigación es de tipo exploratoria porque fue realizada con el propósito de establecer las causas desde el enfoque psicológico de la violencia física ejercida sobre una mujer del Sector “Lucha obrera” del Cantón Babahoyo.

Métodos de Investigación

Método Inductivo

Se utilizó por excelencia en los trabajos de estudio de casos ya que permitió formular la hipótesis a problemáticas generales desde casos particulares. Además, dio lugar a la formulación de la posible solución ya que al observar el objeto de estudio se identifica y analiza la clasificación de los hechos que acontecen el problema.

Técnicas

Entrevista estructurada

En el campo de investigación y recolección de datos en psicología clínica es un elemento fundamental pues nos permite recolectar información de primera sobre los pormenores de la usuaria y como estos pueden de una u otra manera afectar su estado emocional en el presente.

Ficha de Observación clínica

Es el instrumento de investigación y evaluación y recolección de datos, que se usó para registrar datos a fin de brindar recomendaciones para la mejora correspondientes, en este caso sobre el comportamiento de la usuaria durante la entrevista psicológica.

Reactivos aplicados

Escala de Severidad de Violencia Contra las Mujeres de Marshall

Se utilizó este test para evaluar el grado de las agresiones que se encontraba padeciendo la usuaria que acudió al consultorio psicológico entre estas: conductas amenazantes, violencia física media, violencia física severa y violencia sexual.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés posttraumático de Echeburúa

Se aplicó este test en la usuaria para establecer si esta se encontraba padeciendo secuelas traumáticas de la violencia ejercida sobre ella y hasta que grado estaban afectando su vida cotidiana.

CAPÍTULO II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Desarrollo del caso

Se investiga a un usuaria de 32 años de edad con estudios secundarios quien llega a consulta derivada por la trabajadora social del Subcentro que a su vez recomendó que acudiera al área de psicología, la investigada había acudido la semana anterior al Subcentro porque “había sufrido una caída” y presentaba hematomas en diferentes partes del cuerpo, además manifestaba síntomas de angustia y pánico excesivos al indagársele “está bien la relación en su hogar”, a lo que ella respondía temblorosa que si “todo está normal”, el médico general que la trato notifico de esta novedad pues por su experiencia profesional presumía que tras de esta “caída” se escondía mucho más, la historia de lo ocurrido a “Luisa” narrado por versión de ella, empieza así:

Conocí a mi pareja cuando tenía 17 años y estaba terminando mis estudios secundarios, cuando le conocí él laboraba como chofer de una distribuidora de productos muy conocida en esta localidad, él es mayor que mi por 18 años, y en aquel entonces se presentó como una persona respetuosa y caballerosa, nada podía sospechar del infierno que deparaba el futuro.

Al año de estar como enamorados me fui a vivir con él, para este entonces me encontraba embarazada de 2 meses, en aquel entonces el alquilaba un departamento en el centro de la ciudad, pero desde aquel momento comencé a notar cosas que no me había fijado en el tiempo de novios, regresaba tarde, recibía llamadas en la noche decía el “que todo era por el trabajo”, escribía mensajes a escondidas, cuando le pregunte del porqué de su actitud fue el preámbulo de lo me sucedería con cotidianidad, la respuesta de el fue de forma agresiva me insulto y me recrimino que “no tenía que darme explicaciones de nada”, y me puse a llorar, fue en esta parte que le enseñe una técnica de relajación de fácil aplicación y le reserve cita para la siguiente semana.

En la segunda entrevista ella presentaba huellas nuevas de moretones que, aunque los había maquillado se hacían visibles pues comprometían partes como la cara y los brazos, aquí ella me narro que había crecido en un hogar disfuncional, que su padre se fue del hogar cuando ella tenía cinco años y su madre se hizo de otro compromiso quien bebía alcohol y cada vez que lo hacía agredía a su madre y también le insultaba a ella, acota que nunca la trato como hija y en parte fue esto lo que la impulso a separarse de su entorno familiar.

Después de dar a luz su primer hijo las agresiones continuaron e inmediatamente volvió a salir embarazada, para este entonces se habían mudado a una casita de caña en la Muñoz Rubio, lugar en que luego construyeron la casa que habitan en la actualidad que es de una planta y de bloque y cemento, aquí agrega la relación se convirtió en un calvario, no le ha dejado salir de casa, ni tener amistades, su familia la rechaza, se volvió tan sinvergüenza que hasta con una vecina se paseó en la moto que tiene delante de sus ojos, y al reclamarle paso de las palabras a los golpes y esto ha sido así por ocho años.

Añade que se siente cansada de tanto maltrato pero que no tiene donde ir, y sobre todo se pregunta “y mis hijos”, pues él le recalca constantemente que no tienes “ni donde caerte muerta” eres peor que un perro de la calle, muchas noches no duerme, y pierde el apetito, acota que hasta sus hijos la irrespetan, se siente como basura y ha llegado a pensar hasta en acabar con su vida.

2.2. Situaciones detectadas

Como resultado de las técnicas e instrumentos de valoración psicodiagnóstica aplicados a la usuaria se pudo establecer que esta se encontraba pasando por una situación de violencia extrema, y que podía peligrar hasta su vida de continuar esto se obtuvo mediante el análisis de lo manifestado en entrevista clínica, de lo anotado en las fichas de observación clínica y del puntaje obtenido en Escala de Severidad de Violencia Contra las Mujeres de Marshall.

Por esto procedí a aplicarle adicionalmente la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés postraumático de Echeburúa en el cual también se obtuvo un alto puntaje lo que daba reflejo que la usuaria se encontraba padeciendo criterios diagnósticos del TEPT además de indicios de un Trastorno Depresivo Mayor.

2.3. Soluciones planteadas

En el mundo existen tantos instrumentos internacionales como leyes y programas nacionales, pero prevalece la concepción de que la violencia intrafamiliar es una manifestación de abuso de poder que deriva de la desigualdad de género y de la situación de dependencia de los niños, niñas y adolescentes respecto de los adultos y tutores.

Para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas en el sector, sería reunir al gobierno, a las organizaciones de mujeres y a otras organizaciones de la sociedad civil, a los medios de comunicación y al sector privado en un frente coordinado y colectivo que luche contra dichas violaciones de los derechos humanos.

Colaborar con el gobierno local, organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones para promover el fin de la violencia, aumentar la sensibilización sobre sus causas y consecuencias y fortalecer las capacidades de nuestras contrapartes para su prevención y respuesta. También promovemos la necesidad de cambiar normas y el comportamiento de hombres y niños, y abogamos por la equidad de género y los derechos de las mujeres.

Por lo que como objetivo principal se determinó que Luisa debería trabajar en modificación acerca de lo que piensa sobre ella misma, primero refutando las ideas autodesvalorizadoras, incentivándole al desarrollo personal, enseñándole técnicas de relajación y como último punto fomentando el restablecimiento de las relaciones interpersonales que se encontraban deterioradas por el estado de sumisión en que se encontraba la misma, todo esto en el curso de 11 sesiones terapéuticas en las cuales se amoldo la intervención psicoterapéutica acorde al siguiente esquema terapéutico.

Evaluación

1. Acogida de la paciente. Entrevista semiestructurada.

Se recibió a la paciente se le indico el procedimiento a seguir todo esto brindándole afecto y comprensión para fomentar el rapport paciente-terapeuta, y se procedió a realizar la entrevista clínica.

2. Evaluación psicológica.

Se aplicaron los reactivos a la paciente para corroborar el diagnóstico clínico del cuadro sintomatológico de la paciente.

Desarrollo de sesiones

Modificación de ideas desvalorizadoras

3. Reestructuración cognitiva

Es importante que la paciente identifica que ideas subyacen tras las emociones y sentimientos negativos manifiestos, para esto se hace necesario la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional, a medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.

4. Psicoeducación

Esta técnica se utilizó para explicar a al paciente en qué consiste el trastorno que le afectaba, como estaba afectando su vida, cuáles eran los síntomas más habituales, y sobre todo como este tratamiento podía ayudarle a mejorar su situación actual.

Disminuir las reacciones fisiológicas producto del estado emocional de la paciente

5. Ensayo de inervación vagal y respiración diafragmática

Se le enseña a la paciente esta técnica de relajación porque si se practica de una forma regular y constante puede conseguir que, aunque mentalmente siga preocupada o con cierta alerta, sus respuestas físicas sean menos intensas.

6. Exposición en imaginación.

Este tipo de exposición consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívidamente posible que se están experimentando las situaciones o estímulos temidos. La exposición en imaginación es útil cuando se emplea sola, pero es menos eficaz que la exposición en vivo, necesita ser complementada con práctica en la vida real y tiene la desventaja de que muchas personas tienen dificultades para imaginar con detalle las situaciones o escenas e implicarse en ellas.

Se utiliza esta técnica para que ella traiga al momento imágenes dolorosas y traumatizantes y que aplique la técnica de relajación enseñada con antelación, este tipo de exposición consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívidamente posible que se están experimentando las situaciones o estímulos temidos.

7. Exposición en vivo.

Se hizo un acompañamiento a la paciente para que encare al agresor y que ponga en claro su situación actual y le comunique su decisión de separarse de continuar con el trato denigrante hacia ella y sino busca asesoría psicológica para mejorar su comportamiento.

Fomentar el restablecimiento de las relaciones sociales

8-9. Entrenamiento en comunicación

A través del modelado y de ensayos conductuales se le enseñó a la paciente la forma adecuada de interaccionar socialmente devolviéndole la confianza en sí misma y en la gente.

10. Terapia de grupo

Se motivó a la paciente a que participe en una sesión grupal que sirvió para que sintiera identificada con otras mujeres que había o estaban pasando situaciones parecidas a la suya y que mecanismo de afrontamiento habían utilizado para superar estas, entre estas las vías legales, además sirvió para fortalecer la confianza en sí misma al no sentirse sola.

11. Cierre de sesiones, repaso

Como último, se hizo con la paciente un repaso de todo el procedimiento terapéutico llevado a cabo para evaluar si esta ha aprendido el uso adecuado de las técnicas inculcadas en las sesiones de terapia.

2.4. CONCLUSIONES

No es fácil encontrar en la práctica modelos de cómo construirla en la formulación de proyectos, programas, planes de mitigación, respuesta y recuperación, aplicando la EQUIDAD de Género, porque sí coincidimos en el "debe ser".

Las consideraciones de equidad de género son decisivas para lograr la eficiencia en todas las actividades, vincular los planes perspectiva en equidad de género es fundamental, no solo reconociendo a las mujeres, sino priorizándolas. Siendo así, si los hombres recibieran una capacitación que les permita comprender el lugar que las mujeres ocupan en su sociedad y convencerse de los enfoques que las dominan a ellas y también a ellos, es más fácil que “permitan” que las mujeres participen; ello también ayuda a los hombres a sentirse menos amenazados por los cambios.

Por todo lo anteriormente descrito puedo asumir que en la permisividad de la usuaria a recibir agresiones y maltrato tanto psicológico como físico yace una historia de aprendizaje que la hicieron ser sumisa ante su agresor, en este caso su conviviente quien se aprovechó de estas actitudes y prácticamente la convirtió en su prisionera y peor aun, de un objeto de la cual podía disponer en cualquier momento para lo que el quisiera, valiéndose de las necesidades que ella pensaba no podía satisfacer por sus propios medios o por vías legales.

La indefensión aprendida fue el resultado, desde el enfoque psicológico, de un largo proceso de agresiones que recibió esta usuaria y comenzó en su entorno familiar, y se reforzó en la relación conflictiva que mantuvo con su pareja, poniendo como pretexto soportar todo por el bien de sus hijos, en curso de las sesiones terapéuticas aprendió que no merecía ser tratada peor castigada de esa manera y que no estaba sola que habían personas e instituciones que velan por procurar la integridad física y mental de la mujer y que inclusive es un derecho innato de todos los seres humanos el vernos libres de cualquier tipo de agresiones desde nuestro nacimiento.

2.5. RECOMENDACIONES

Aunque la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta a ella requiere un enfoque multisectorial, el sector de la salud tiene una importante función que desempeñar, los trabajadores del área de Salud Mental podemos:

- Concienciar para que la violencia contra la mujer se considere inaceptable y sea tratada como un problema de salud pública.
- Prestar servicios integrales y sensibilizar y capacitar a los prestadores de atención de la salud para que atiendan las necesidades de los supervivientes de manera holística y empática.
- Prevenir mediante campañas de prevención la recurrencia de la violencia mediante la identificación temprana de las mujeres que están sufriendo violencia y la prestación de un apoyo y de servicios de derivación apropiados.
- Promover normas de género igualitarias como parte de las aptitudes para la vida y la incorporación de una educación integral sobre sexualidad en los planes de estudio dirigidos a los jóvenes.

Idealmente, las relaciones humanas debieran tender a basarse en el compromiso y el respeto mutuo, sea cual sea el orden cotidiano establecido, ambas partes deben aprender a convivir erradicando creencias obsoletas y buscando conformar una unidad familiar sólida y basada en el sentimiento del hogar como refugio y no, convertirlo en un campo de batalla, donde las víctimas siempre terminan por ser los más frágiles.

Bibliografía

APA. (2014). *DSM V*. Arlington: APA.

CAMPS, P. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Revista Clínica y salud*, 1.

CAMPS, P. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Revista Clínica y salud*, 25.

Censos, I. N. (20 de marzo de 2012). 6 de cada 10 mujeres tuvieron algún maltrato, según INEC. *6 de cada 10 mujeres tuvieron algún maltrato, según INEC*, pág. 14.

HIMMEL, E. (2018). Modelo de análisis de la deserción estudiantil en la educación superior. *Revista Calidad en la Educación*, 17.

Hobbes, T. (Agosto de 2000). El problema de la condición natural del género humano. pág. 12.

INEC. (2016). *Estudio de Violencia de Genero*. Quito: INEC.

Jaramillo. (2015). *La violencia de genero, una realidad puertas adentro*. Bogota: Arco Iris.

MARTINEZ, A. (2015). *El maltrato, la realidad de la invisibilidad de la mujer*. Bilbao: Steeilas.
Recuperado el 13 de agosto de 2018

Miranda. (2015). *Trastornos de la Infancia*. Bogota: ESpejo.

Montero. (agosto de 2015). *El Silencio de los Corderos, la verdad oculta tras el maltrato intrafamiliar*. Bogota: Norma.

MORELATO, G. (2013). Creatividad gráfica y atención focalizada en niños víctimas de maltrato infantil. *Revista Liberabit*, 19.

MSP. (11 de febrero de 2014). *Programa Nacional de Convivencia en Centros Educativos*.
Recuperado el 12 de agosto de 2018, de Protocolo específico sobre violencia física y sexual:
http://crianzarespetuosa.paniamordigital.org/sites/default/files/prevencion_del_abuso_y_la_violencia/violencia_fisica_sicologica_y_sexual_protocolo.pdf

OMS. (2014). *Violencia de genero*. New York: OMS.

OMS. (2015). *Violencia y Salud*. Londres: 2016.

OMS. (2015). *Violencia y Salud Mental*. New York: OMS. Recuperado el 13 de agosto de 2018

ONU. (2013). *Violencia contra las mujeres*. New York: ONU.

Painter, D. y. (2015). *El Vinculo Traumatico*. Los Angeles: Masson.

PAZMIÑO, R. (2016). Abuso sexual y factores emocionales que afectan a los niños y adolescentes de la Fundación Niños Queridos de la Parroquia Virginia del Cantón Babahoyo Provincia de los Ríos. *Revista Bachelor's thesis*, 10.

TURIEL, E. (2011). *El desarrollo del conocimiento social. Moralidad y convención*. Madrid: Debate.

Walker, L. (2011). *Al interior del corazon de una mujer maltratada*. Boston: Simpson.

ANEXOS

Escala de Severidad de Violencia Contra las Mujeres
(Marshall 1992)

Usted probablemente ha experimentado la ira o violencia de su compañero. Debajo hay una lista de conductas que usted puede haber padecido durante los últimos 12 meses. Para cada afirmación, describa cuán a menudo ha sucedido, rodeando el número correspondiente.

- 1 nunca
- 2 una vez
- 3 unas veces
- 4 muchas veces

1. Golpeó o dio puntapiés a una pared, puerta, o mobiliario	1	2	3	4
2. Tiró, quebró, o rompió un objeto	1	2	3	4
3. Manejó peligrosamente con usted en el coche	1	2	3	4
4. Le tiró un objeto	1	2	3	4
5. La señaló con el índice	1	2	3	4
6. Le hizo gestos amenazantes o muecas	1	2	3	4
7. La amenazo con un puño	1	2	3	4
8. Actuó como un matón	1	2	3	4
9. Destruyó algo que le pertenecía a usted	1	2	3	4
10. Amenazó dañar o dañó cosas por las que usted se preocupa o quiere	1	2	3	4
11. Amenazó destruir su propiedad	1	2	3	4
12. Amenazó a alguien que usted quiere	1	2	3	4
13. Amenazó hierirla	1	2	3	4
14. Amenazó matarse	1	2	3	4
15. Amenazó matarla	1	2	3	4
16. La amenazó con una arma	1	2	3	4
17. La amenazó con un palo o similar	1	2	3	4
18. Actuó como si quisiera matarla	1	2	3	4
19. La amenazó con un cuchillo o arma	1	2	3	4
20. La sujetó fijamente en su lugar	1	2	3	4
21. La sacudió o la empujó	1	2	3	4
22. La agarró de repente o con brusquedad	1	2	3	4
23. La zarandeó rudamente o la sacudió	1	2	3	4
24. La arañó	1	2	3	4
25. Le tiró del pelo	1	2	3	4
26. Le torció el brazo	1	2	3	4
27. Le pegó con un cinturón o similar	1	2	3	4
28. La mordió	1	2	3	4
29. La abofeteó con la palma de su mano	1	2	3	4
30. La abofeteó con dorso de su mano	1	2	3	4
31. La golpeó en la cara y cabeza	1	2	3	4
32. Le pegó con un objeto	1	2	3	4
33. La apuñaló o lastimó con un cuchillo o similar	1	2	3	4
34. La dio puntapiés	1	2	3	4
35. La atropelló pasando por encima suyo	1	2	3	4
36. La ahorcó	1	2	3	4
37. La quemó con algo	1	2	3	4
38. Le pegó con un palo o similar	1	2	3	4
39. Le dio puñetazos	1	2	3	4
40. Usó un cuchillo o arma con usted	1	2	3	4
41. Le exigió sexo sin importarle si usted lo deseaba o no	1	2	3	4
42. Le hizo tener sexo oral contra su deseo	1	2	3	4
43. Le hizo mantener relaciones sexuales contra su deseo	1	2	3	4
44. La forzó físicamente para que tuviera sexo	1	2	3	4
45. Le hizo tener sexo anal contra su deseo	1	2	3	4
46. Usó un objeto en usted de una manera sexual	1	2	3	4

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, (1997)

NOMBRE:

Nº

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

- 0: Nada
- 1: Una vez por semana o menos/poco
- 2: De 2 a 4 veces por semana/bastante
- 3: 5 o más veces por semana/mucho

SUCESO TRAUMÁTICO:

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió? (meses/años)

¿Desde cuándo experimenta el malestar?

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

Puntuación de síntomas de reexperimentación (rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamiento, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o la participación en actividades significativas?
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?

6. ¿Se siente limitado por la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

Puntuación de síntomas de evitación (rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?

2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?

3. ¿Tiene dificultades de concentración?

4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?

5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

Puntuación de síntomas de activación (rango 0-15)

Puntuación total de la gravedad del trastorno de estrés postraumático (rango 0-51)

FICHA DE TRABAJO N° 01.

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre : _____
Sexo : _____
Edad : _____
Instrucción : _____
Tiempo de Observación : _____ Minutos. Hora de Inicio: _____ Hora final: _____
Fecha : _____
Tipo de Observación : _____
Nombre del Observador(a) : _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

COMENTARIO:

FICHA DE SEGUIMIENTO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Nombre:

Edad:

Estado civil: Soltera Ocupación: Era Contadora

Escolaridad: Universidad

Religión: Adventista

Vive con: Otros pacientes y enfermeras

Reside en: El hospital

Tiempo de residencia: Alrededor de 5 años

Estado de salud: Estable

Servicio médico: Vive en el hospital

Enfermedades recientes: Presión alta

	FECHA	ACTIVIDAD REALIZADA
SESIÓN # 1	Febrero 7, 2014	Nos presentamos
SESIÓN #2	Febrero 8, 2014	Le leímos la Biblia
SESIÓN #3	Febrero 10, 2014	Le hicimos manicura
SESIÓN #4	Febrero 14, 2014	La sacamos a pasear por el campus
SESIÓN #5	Febrero 21, 2014	Le leímos un libro

