



RESUMEN

Objetivo. Evaluar la eficacia de un programa de intervención para la disminución de las consecuencias emocionales en mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar de Gualaceo.

Material y Métodos. Se ha utilizado un diseño experimental doble ciego de medidas repetidas (antes y después) de pretest- intervención- pos test, con un grupo control, se incluyeron 112 participantes (56 en el grupo experimental y 56 en el grupo control) víctimas de violencia intrafamiliar con presencia de consecuencias emocionales según criterios del Formulario de recolección de datos (SRQ). El programa de intervención, aplicado en formato de talleres grupales, constó de cinco sesiones (2 meses) e incluyó temas como: fortalecimiento de la autoestima, entrenamiento en respiración abdominal, entrenamiento en relajación muscular progresiva, comunicación asertiva y entrenamiento en 5 principales técnicas para solución de problemas.

Resultados. En el pos tratamiento concluido la intervención y mediante la prueba del Chi- cuadrado muestran diferencia estadísticamente significativa con Pearson de 67,08 y test de Fisher valor p 0,000. Lo que indican que las víctimas disminuyeron significativamente las consecuencias emocionales evaluadas: depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas.

Discusión. Los resultados del trabajo confirman totalmente la hipótesis, el programa fue eficaz para las mujeres que participaron en la intervención, con problemas de depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas.

DeCS: EVALUACIÓN DE EFICACIA-EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES, VIOLENCIA DOMESTICA- ESTADÍSTICA & DATOS NUMÉRICOS. MUJERES- MALTRATADAS-ESTADÍSTICA & DATOS NUMÉRICOS, DEPRESIÓN-COMPLICACIONES, ANSIEDAD-COMPLICACIONES, IDEAS SUICIDAS, EMOCIONES, POBLACIÓN INDÍGENA.



ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficiency of an intervention program to reduce the emotional consequences on indigenous women have been victims of domestic violence in Gualaceo town.

Methods and materials: It has been used an experimental design of repeated measures (before and after) of pretest-intervention-posttest, with a control group 112 participants were included (56 in the experimental group and 56 in the control group) who have been victims of domestic violence, with presence of Emotional Consequences according to the criteria of the questionnaire SRQ. The applied intervention program in group format was of five sessions (2 months), and including strengthening self-esteem, breathing, relaxation, assertive communication and techniques to problems solving.

Results: In the post-treatment, completed the intervention and by the Chi-square test it shows statistically with difference of 67.08 and p value of Fisher test of 0.000. Indicated that victims were significantly reduced, evaluated the emotional consequences: Depression, anxiety, suicidal thoughts. The Implications were discussed of this study and findings for clinical practice in the future research.

Discussion: The work results fully confirm the hypothesis, the program was effective for women who participated in the intervention, with problems of depression, anxiety and suicidal thoughts, highlight the therapeutic of this intervention, and reinforce what was described in the written forms in relation to other studies.

DeCS: EFFICIENCY OF EVALUATION-EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS, DOMESTIC VIOLENCE–STATISTICS AND NUMERIC DATA. STATISTICS OF ABUSED WOMAN AND NUMERIC DATA, DEPRESSION-COMPLICATIONS, ANXIETY-COMPLICATIONS, SUICIDAL IDEAS, EMOTIONS, INDIGENOUS POPULATIONS.

**INDICE**

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1	14
Marco Teórico	14
1. Violencia intrafamiliar	14
1.1. Definición y caracterización de la violencia intrafamiliar	14
1.2. Definición de la violencia intrafamiliar	15
1.3. Tipos de violencia intrafamiliar	17
1.4. Comienzo y curso de la violencia intrafamiliar	20
1.5. Patrón de ciclo y escalada de la violencia intrafamiliar	21
1.6. Mantenimiento de la violencia intrafamiliar	23
2. Consecuencias en la salud de la violencia intrafamiliar	24
2.1. Consecuencias físicas de la violencia intrafamiliar	25
2.2. Consecuencias emocionales de la violencia intrafamiliar	26
2.3. Otros problemas psicopatológicos	32
2.4. Factores de riesgo de las consecuencias emocionales en las víctimas de violencia intrafamiliar	33
3. Propuesta de Intervención Grupal para disminuir las consecuencias emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	36
3.1. Metodología de la Intervención	40
CAPITULO 2	43
Metodología de la Investigación	43
1. Hipótesis y Objetivos del Estudio	43
2. Método, Variables y Procedimiento	44
2.1. Diseño	44
2.2. Variables	44
Variable Independiente	44



2.3. Procedimiento.....45

3. Universo y Muestra.....46

4. Instrumento de Recolección de datos49

4.1. Evaluación pretest-postest49

5. Programa de Intervención Grupal.....54

CAPITULO 363

RESULTADOS63

CAPITULO 476

DISCUSION76

RECOMENDACIONES85

Referencias Bibliográficas87

ANEXOS99



Yo, Dolores Amparito Rodríguez Sánchez, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Magister en Investigación de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Yo, Dolores Amparito Rodríguez Sánchez, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN LA INVESTIGACION DE LA SALUD**

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LAS
CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE LAS MUJERES INDÍGENAS VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GUALACEO, 2011.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGISTER EN
INVESTIGACIÓN DE LA SALUD.**

AUTORA: AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR: DR. GUIDO PINOS

CUENCA, 2012.



DEDICATORIA

Tener verdadero éxito en la vida es: reír mucho y muchas veces; ganar el respeto de personas inteligentes; gozar del cariño de niños; ganar el reconocimiento de personas calificadas y saber soportar la traición de falsos amigos; apreciar la belleza; buscar lo mejor en los demás; dejar el mundo un poquito mejor de como lo encontraste con un jardín bonito o una persona más feliz; saber que al menos alguien ha vivido mejor gracias a ti. A mi madre va dedicado este trabajo que desde la plenitud de vida me guía siempre. A mi sobrino Juan Gabriel que con su cariño y amistad ha estado impulsándome siempre a conseguir y luchar por mis ideales. A mi princesa Mayte que con sus travesuras inocentes me ha permitido distraerme y relajarme para conseguir un logro más en mi vida.

LA AUTORA



AGRADECIMIENTO

Dice Paulo Freire “El estudio no se mide por el número de páginas leídas en una noche, ni por la cantidad de libros leídos en un semestre. Estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas”. Por lo tanto la palabra gratitud es el mejor regalo que uno puede dar a quien se esfuerza sin buscar retribución alguna, por tanto mi más sincera gratitud al Dr. Guido Pinos por su invaluable ayuda en la realización de este trabajo, también al equipo de “Las Marías” que nunca se reservaron nada para colaborar y estar pendientes de los detalles más mínimos.

LA AUTORA



INTRODUCCIÓN

En todas las sociedades del mundo incluyendo la nuestra se ha considerado durante mucho tiempo a la mujer como el ser más vulnerable y el sexo débil, quien debe encargarse del esposo y de los hijos, y a soportar desde que nace los malos tratos en el seno familiar por parte del padre y hermanos varones; además de esta situación, también están destinadas a seguir tolerando durante el matrimonio a su maltratante.

La violencia intrafamiliar (violencia emocional, física y sexual) es un problema de salud pública a nivel global. La violencia de pareja o “maltrato a la esposa”, es una faceta del problema global de la violencia intrafamiliar. La violencia en la pareja existe en todas las sociedades, y afecta a mujeres independiente de su nivel socioeconómico, de educación, raza, cultura o edad.

La violencia intrafamiliar (84%) está a la cabeza de las agresiones que se ejercen contra las mujeres. Pero la violencia no sólo es física, sino también psicológica y sexual. La violación sexual es, hasta hoy, el acto más terrible que sufre una mujer y registra el 83% de los delitos sexuales (1).

En Cuenca, la violencia contra la mujer es un problema de importantes dimensiones, el cual requiere de la acción del Estado y de la sociedad civil organizada, para prevenirlo, atenderlo y sancionar a los responsables. Un indicador de la magnitud de este problema, son 6.580 denuncias presentadas por las mujeres contra su pareja en las Comisarías de la Mujer, entre los años 2005 y 2007. A nivel del Estado central, la política que se emprendió para encarar este tipo de violencia, fue la misma que se dio en todo el país, la puesta en marcha de las comisarías de la mujer y la familia (2).

En Ecuador el 95% de violencia contra la mujer ocurre en casa, así un estudio realizado por la Policía Judicial, en el 2008 reveló que el 58% de agresiones contra mujeres se da por el cónyuge; un 23% por el conviviente y un 4% por algún familiar. La violencia intrafamiliar (VIF) alcanza una dimensión alarmante, su promedio anual es de 12.712 denuncias, 1.060 denuncias mensuales y alrededor



de 35 denuncias diarias. En el caso del Distrito Metropolitano de Quito se estima que al menos 7 de cada 10 mujeres han afrontado situaciones de violencia intrafamiliar (1).

En Ecuador la violencia contra las mujeres es un grave problema, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN y CEPAR (3), el 41% de las mujeres alguna vez casadas o unidas entre 15 y 49 años reportó haber recibido maltratos verbales o psicológicos; el 31% violencia física; y, el 12% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja.

En América Latina y el Caribe, el Banco Mundial (4) estima que, según datos disponibles de 15 países, el 69% de las mujeres ha sido objeto de abuso físico por parte de su pareja y que el 47% ha sido víctima de al menos un ataque sexual durante el transcurso de su vida. En Chile una encuesta efectuada en la región metropolitana por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) (5) y el Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile reveló que un 50% de las encuestadas había vivido alguna vez violencia en la relación de pareja. En Costa Rica, el 75% de las encuestadas en el área metropolitana de San José admitió haber sido objeto de violencia psicológica y 10% a mujeres alguna vez casadas o en unión libre revelando que un 41% había sido agredida físicamente por su esposo o compañero, un 34% había sido objeto de situaciones de control psicológico, un 48% de ataques verbales y un 25% de amenazas (6) (7).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, entre un 15% y un 71% (8) de las mujeres de todo el mundo informan haber sido agredidas física o sexualmente por una pareja en algún momento de sus vidas, y cuando se incluyen las amenazas, el abuso económico y emocional, las tasas de prevalencia son aún mayores. Las mujeres víctimas de abuso pueden sufrir lesiones y problemas de salud físicos y emocionales duraderos. Una forma de intervención para ayudar a estas mujeres es la defensa de sus derechos.

Las consecuencias negativas de la violencia intrafamiliar sobre la salud física de las víctimas son importantes, más importantes aún son sus consecuencias emocionales. Se estima que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas



emocionales moderados o graves, predominando los síntomas depresivos, ansiedad generalizada e ideas suicidas, los sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, junto con desconfianza hacia los demás y el trastorno por estrés postraumático (9).

Hoy se sabe que el maltrato incrementa una serie de sintomatología, que van desde la ansiedad, insomnio o baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés postraumático, se encontró que el 13% de las mujeres maltratadas había tenido ideas suicidas, y el 23.7% había intentado suicidarse.

Las mujeres víctimas de violencia desarrollan consecuencias emocionales con altos porcentajes de prevalencia así la depresión va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47.6%. La ansiedad con una prevalencia de violencia intrafamiliar y encuentra que el 46% de ellas desarrollan. La prevalencia de ideas suicidas que van entre un 4.6% y un 77% entre mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, con una media ponderada de 17.9% (9).

Para fines de esta investigación entendemos por violencia intrafamiliar el empleo de fuerza física o violencia psicológica con el propósito de ocasionar daño físico o emocional a la pareja, a los bienes o a las personas a quien esta persona aprecie. Se reconoce como relación de pareja el matrimonio legal (cónyuges), divorciados (excónyuges), personas que cohabitan o han cohabitado, personas que sostienen o han sostenido una relación consensual (no están casados legalmente) y personas que han procreado un hijo o hija.

Las consecuencias emocionales que sufren las víctimas de violencia intrafamiliar se traduce frecuentemente en un grave nivel de inadaptación a las diferentes áreas de la vida y en la pérdida de importantes redes de apoyo social, siendo ésta una de las características más destacables de las consecuencias emocionales en mujeres maltratadas.

Por tanto, teniendo en cuenta las características específicas de las consecuencias emocionales y el grave nivel de inadaptación que manifiestan estas mujeres, es



lógico pensar que el tratamiento para las consecuencias emocionales en víctimas de malos tratos requiera de **programas de intervención específicos ajustados a sus necesidades**. En la actualidad en otros países hay un cierto acuerdo sobre las características que debe tener la intervención en este tipo de víctimas, que incluye:

- La necesidad de intervenir en la disminución de las consecuencias emocionales depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación social y personal.
- La importancia de seleccionar programas de intervención que respondan a un marco teórico sólido, y utilicen técnicas que han demostrado empíricamente su eficacia para este problema.
- La conveniencia de una intervención grupal breve, que logre un alivio rápido del malestar y facilite la readaptación de estas mujeres a la sociedad.
- La importancia de evaluar de forma empírica la eficacia de estos programas (10).

No obstante, son escasos los programas de intervención para disminuir las consecuencias emocionales. A partir de esta realidad, la presente propuesta de investigación titulada “Eficacia de un programa de intervención para disminuir las consecuencias emocionales en mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar de Gualaceo, 2011, surge a partir de las siguientes consideraciones:

1. En **primer lugar**, de la alta prevalencia que el problema de malos tratos tiene en la población de mujeres. En nuestro país, según la última macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer, un 7.2% de las mujeres, sin ser consciente de ello, es víctima de violencia a manos de su pareja (11).
2. En **segundo lugar**, de la gravedad de las secuelas del maltrato en la salud psicológica de estas mujeres, siendo las consecuencias emocionales como depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas las categorías diagnósticas que con mayor frecuencia desarrollan las víctimas.



3. En **tercer lugar**, de la escasez de programas terapéuticos específicos para disminuir las consecuencias emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (por la pareja). En este sentido, la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo con este tipo de víctimas en otros países se han centrado en la mejora de la autoestima, entrenamiento en asertividad, habilidades de comunicación y solución de problemas, pero no en la depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas. Además en el Ecuador no existen estudios que demuestren que se ha realizado intervenciones.
4. En **cuarto lugar**, de los importantes avances tanto en el campo de la formulación teórica como en el de la intervención, en otros países la necesidad de utilizar programas multicomponentes que incluyan aquellas técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de este problema, esto es, la intervención grupal.

Este trabajo se desarrolla en cuatro capítulos que exponen el estudio llevado a cabo. El capítulo 1 presenta la fundamentación teórica del mismo que gira en torno a seis parámetros: definición, tipos, curso, ciclo y mantenimiento de la violencia intrafamiliar. Consecuencias de la violencia intrafamiliar, físicas, emocionales y otras; factores de riesgo de las consecuencias emocionales. Propuesta de intervención grupal para disminuir las consecuencias emocionales.

El capítulo 2 explica todo lo relativo a la investigación realizada: objetivos, hipótesis, diseño, procedimiento, muestra, instrumentos de evaluación, programa de intervención... El capítulo 3 expone los análisis de datos realizados y los resultados obtenidos. En el capítulo 4 se realiza la discusión de los resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones. Posteriormente se detallan las referencias bibliográficas citadas en el trabajo. A modo de anexo se presentan, formulario del consentimiento informado, el formulario de recolección de datos (SRQ), protocolo de intervención (Manual de Intervención y Material utilizado durante las sesiones). para todas las mujeres participantes en el proyecto de investigación.



CAPÍTULO 1

Marco Teórico

1. Violencia intrafamiliar

1.1. Definición y caracterización de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente y todavía encubierto, que afecta a las mujeres con independencia de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico. A pesar de ser un problema con antecedentes históricos y legales, la violencia intrafamiliar ha sido despenalizada e ignorada durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que cualquier intento de actuación sobre ésta sería una intromisión en la intimidad familiar. Ha sido en los últimos 30 años cuando la violencia contra la mujer, en general, y la violencia intrafamiliar, en particular, han dejado de ser una cuestión marginal, para convertirse en la actualidad en una gran preocupación compartida por todo el conjunto de la sociedad. Las mujeres indígenas en Gualaceo no son una excepción, pues el alto índice de violencia y de impunidad en Gualaceo afecta a las mujeres indígenas tanto a niveles económico y sociopolítico como a nivel psicosocial.

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, motivo, en la actualidad, de una importante alarma en la comunidad internacional. Su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, para las víctimas y sus familiares, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos (12).

Sin embargo, con frecuencia es un problema al que se le resta importancia considerando que es algo “raro” o “anormal”, en términos de norma estadística, es decir, poco usual, y que los casos que se dan, pertenecen al ámbito de lo estrictamente personal o privado. De ahí que sean comunes posturas de inhibición o falta de atención, como si bastara con no darle importancia para que por sí mismo se redujera. La realidad es otra, en la medida en que se ignora que



este problema existe, cómo se da y en qué consiste, se puede llegar a ser cómplice, por acción u omisión, de una situación que causa un inmenso sufrimiento a las personas que la padecen.

1.2. Definición de la violencia intrafamiliar

El maltrato a las mujeres por parte de su pareja es una de las formas más comunes de violencia. Es éste un problema que está recibiendo cada vez mayor atención debido al alarmante incremento de las cifras de víctimas mortales y de denuncias por malos tratos. La situación es conflictiva y las medidas sociales y jurídicas no son suficientes para proporcionar seguridad a las víctimas.

Definir un fenómeno tan complejo como es la violencia intrafamiliar resulta complicado. De todos los vocablos utilizados para referirse a la violencia intrafamiliar, el más amplio, al hacer referencia a todas las formas de violencia en contra de las mujeres, es el de violencia de género. Para definir esta forma de violencia es preciso recurrir a la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer* (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994), el primer instrumento internacional de Derechos Humanos que aborda de forma explícita la violencia de género. En su artículo primero ofrece un concepto descriptivo de esta clase de violencia, considerando como tal “...*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada*” (13).

Esta declaración supuso un hito histórico en el reconocimiento de la violencia de género. Tres son las razones que lo explicarían: en primer lugar, porque situó este problema en el marco de los Derechos Humanos, explicitando que la violencia contra las mujeres supone una violación de los derechos y libertades fundamentales. En segundo lugar, porque amplió el concepto de violencia contra las mujeres, al incluir tanto la violencia física, psicológica o sexual, como las amenazas de sufrirla, y tanto en el contexto familiar como en el de la comunidad o el Estado.



Finalmente, porque enfatizo que se trata de una forma de violencia basada en el género, de modo que el factor de riesgo para ser víctima de ella es el hecho de ser mujer. En definitiva, la violencia de género englobaría todas las formas de violencia que se dirigen contra las mujeres como consecuencia de su condición de género, con el objeto de mantener o incrementar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre ellas. Ejemplos de este tipo de violencia serían todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles, el acoso e intimidación sexual, las violaciones, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo y todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de una figura masculina, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte.

Precisamente, por tratarse de un concepto que abarca tantas formas de acción violenta, es preciso utilizar denominaciones específicas para cada una de ellas, que recojan adecuadamente los matices que las diferencian. Se plantea la definición de violencia intrafamiliar como:

- Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
- Practicada por el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental
- El agresor está en una situación de dominio permanente
- Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos (14).

La asamblea general de las naciones unidas adopta en el año de 1993 la Declaración para la eliminación de la violencia contra las mujeres definiendo la violencia contra la mujer, como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como consecuencia 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.



1.3. Tipos de violencia intrafamiliar

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia intrafamiliar es conseguir el control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón, se consideran tres grandes categorías dentro de la violencia intrafamiliar: violencia física, sexual y psicológica. Que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia intrafamiliar.

1.3.1. Violencia o maltrato físico

Se refiere a cualquier conducta por parte del maltratador, que implique el uso de la fuerza física para agredir de manera intencional el organismo de otra persona, exponiéndole a un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. La violencia física puede ser un acto o una omisión. La primera hace referencia a un abuso físico, que incluiría diferentes conductas agresivas, desde empujones y zarandeos, a heridas, quemaduras o fracturas, pudiendo llegar, incluso, al homicidio. La violencia física por omisión, que define la OMS como negligencia o deprivación, se refiere a aquellos casos en los que el maltratador priva a su víctima de los cuidados pertinentes en caso de enfermedad o de manera voluntaria, no le protege de situaciones que entrañan riesgo para su integridad física. El maltrato físico es la forma más evidente de violencia intrafamiliar y el más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal (15).

1.3.2. Violencia o maltrato sexual

Esta es tal vez la forma en que más crudamente se manifiesta la violencia en contra de las mujeres. En la conformación del cuerpo del hombre y de la mujer, se da como un hecho, la mayor fortaleza masculina y, por lo tanto el hombre es quién controla el cuerpo y la sexualidad de la mujer. Muchas veces lo hace a través del miedo, las amenazas, la manipulación de los sentimientos y de la



presión hacia determinados comportamientos. Este tipo de violencia se manifiesta como agresión a través de la fuerza y del poder que atenta contra la integridad de la mujer en contra de su voluntad. Puede decirse, de acuerdo con la Comisión Internacional de Derechos Humanos para América Latina, que la violencia sexual manifiesta un poder a través de la utilización y/o daño de los órganos sexuales y de la sexualidad en general. Al mismo tiempo, a veces el arma para agredir es también el cuerpo o los órganos sexuales del agresor. Su objetivo no es encontrar satisfacción sexual sino humillar, dominar, poseer, desvalorizar (16).

La violencia sexual adopta muchas y variadas formas, pero todas hieren la dignidad de la mujer y se justifican en muchos mitos que pretenden afianzar la superioridad machista y la idea de que la mujer no es más que un objeto que existe para satisfacer sexualmente al hombre y por lo cual las mujeres no pueden caminar libremente por la calle porque siempre están expuestas a este tipo de agresiones.

Algunas formas más comunes en que se manifiesta la violencia sexual son: Piropos ofensivos, manoseo, acoso sexual, seducción, incesto, prostitución, violación. Generalmente, la mujer en la calle está expuesta a agresiones en boca de hombres que hacen referencia al cuerpo de la mujer con frases ofensivas, a los manoseos, sobre todo cuando se está en medio de aglomeraciones, como en los autobuses, etc. El acoso sexual también se manifiesta en esos lugares aunque se da más que nada en los centros de trabajo, donde la mayoría de las veces se presiona a la mujer trabajadora a tener relaciones sexuales contra su voluntad con los patrones o encargados y quién se resiste, es amenazada de perder el empleo. Con esta actitud, el hombre manifiesta su poder y prepotencia sobre la mujer

La imposición de relaciones sexuales o conductas de carácter sexual son percibidas como degradantes por la víctima. A veces es frecuente que el maltrato sexual sea minimizado por las mujeres, al creer que los hombres tienen unas necesidades que deben satisfacer a su manera. En consecuencia, no suele ser denunciado por las propias víctimas, que piensan que, aún sin desearlo, es un deber u obligación implicarse en este tipo de actos (17).



1.3.3. Violencia o maltrato psicológico

Este tipo de violencia no se ve, por lo que también podría llamarse violencia invisible, puesto que no afecta directamente el cuerpo sino la mente, la salud emocional de las mujeres; éste tipo de violencia está presente en cualquier parte es ejercida por toda la sociedad, ya que la idea del escaso valor de las mujeres es sustentada por la mayoría de la gente violencia en contra de la mujer. Lo que sí debe quedar claro es que una agresión a cualquier persona atenta en contra de sus derechos, sin importar el lugar y forma donde se comenta, deberá ser denunciada, pues será con eso y otras acciones la única forma de erradicar esa práctica, lograr que las mujeres se valoricen y luchen porque se cumplan todos los derechos que les corresponden (18).

“Como ya dijimos, esta clase de violencia se manifiesta mediante burlas, ridiculizaciones, insultos, gritos, amenazas de quitarle los hijos e hijas, hasta la amenaza de matar o matarse sí mismo por parte del hombre, pudiendo decirse que es la más frecuente y que causa serios daños emocionales a la persona que la sufre: está presente en la violencia física, económica, sexual y psicológica. Unidas provocan un estado emocional que aniquila poco a poco a las mujeres. Maltrato psicológico se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización.

Este tipo de maltrato se caracteriza por frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras) y por último la culpabilización a la víctima de los episodios violentos (19).

En ocasiones, el maltrato social y el maltrato económico se han considerado como dos categorías distintas, entendiéndose por maltrato social el aislamiento de la víctima de su entorno social, a través del control de sus relaciones familiares y de amistad, por maltrato económico el control absoluto de los recursos materiales compartidos (dinero, bienes, valores). Sin embargo, se prefiere considerar estos



dos tipos de violencia como subcategorías del maltrato psicológico, ya que ambas modalidades tienen como objetivo el control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión (20).

1.3.4. Violencia patrimonial

Violencia económica. Actos u omisiones deliberados para someter mediante el control de recursos como el dinero, bienes y valores de parte de la pareja. Generándose situaciones de dependencia económica que obligan a la sumisión y obediencia. Se observa

- La mujer siempre tiene que dar explicaciones y presentar cuentas del dinero que necesita y utiliza.
- El hombre siempre da menos dinero que el que necesita la mujer culpándola a la vez de no administrarlo adecuadamente para que le alcance.
- Inventar que no hay dinero para los gastos de ella.
- Disponer del dinero de la mujer.
- Privar a la mujer de ropa, comida, transporte, vivienda.
- Que el hombre tenga a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio (21).

1.4. Comienzo y curso de la violencia intrafamiliar

Una de las características principales de la violencia intrafamiliar es su instauración temprana en la relación de pareja, durante el noviazgo o en los primeros años de convivencia con el agresor, aunque es frecuente que todavía la víctima no la perciba o sea minimizada. En estudios realizados en México y España con 212 mujeres maltratadas, un 73% de ellas refirió que la violencia había comenzado durante el noviazgo o en el primer año de matrimonio, en otra investigación llevada a cabo con 142 mujeres maltratadas, se encontró que en más del 60% de las víctimas la violencia se había establecido durante los dos primeros años de la relación (21). En un trabajo reciente con 270 víctimas de



violencia intrafamiliar, la mitad de ellas manifestó haber comenzado a ser agredida antes de los 23 años y un 25% antes de los 19 años (22). En las primeras etapas la violencia intrafamiliar suele ser de tipo psicológico y con el paso del tiempo, es frecuente que aparezcan los primeros episodios de violencia física, así como las agresiones de tipo sexual.

La violencia intrafamiliar tiene un curso crónico en la mayoría de los casos. Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, la probabilidad de nuevas agresiones por motivos cada vez más insignificantes es mucho mayor. El maltratador aprende que la violencia es una estrategia eficaz y efectiva para controlar a la víctima, que experimenta como cada vez es maltratada más frecuentemente; su sufrimiento y su estado de indefensión, lejos de conmover al agresor, funcionan para este último como una constatación de la eficacia de sus actos para lograr la conducta de sumisión de la víctima (22).

1.5. Patrón de ciclo y escalada de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar tiende a cursar, aunque no siempre, siguiendo un patrón de ciclo y escalada. La “Teoría del Ciclo de la Violencia” desarrollada por Walker describe las tres fases que marcarían el desarrollo del maltrato en la mayoría de los casos.

La primera fase, denominada **fase de acumulación de la tensión**, se caracteriza por una formación gradual de tensión en la relación ante pequeños incidentes cotidianos, que aumentan la fricción y los conflictos entre los miembros de la pareja. Este aumento progresivo de la tensión puede, incluso, comenzar a manifestarse en esta fase a través de agresiones de tipo psicológico e incidentes menores de malos tratos físicos, como bofetadas o empujones.

En esta fase la víctima percibe que puede evitar o retrasar la ocurrencia de las agresiones si acepta las exigencias del maltratador, se muestra sumisa o ignora sus insultos y descalificaciones. La víctima cree que puede controlar la situación, aunque, realmente, con su conducta de aceptación pasiva sólo consigue reafirmar o legitimizar la postura del maltratador, que obtiene una constatación de que el



abuso es una forma efectiva para que ella se muestre sumisa, y se siente con el derecho de maltratarla (23).

La segunda fase, denominada **fase de explosión**, se caracteriza por la liberación abrupta de niveles elevados de tensión acumulada, en forma de episodios graves de maltrato, ya sean de tipo físico, sexual y/o psicológico. La violencia es ejercida por el maltratador como un castigo ante la conducta de la mujer, que percibe que ha perdido totalmente el control sobre la ocurrencia de los actos violentos, ya que tanto el inicio como el fin de las agresiones es impredecible. Este periodo es el más corto; su duración oscila, habitualmente, entre las dos y las veinticuatro horas, pero es el que produce un mayor daño en la víctima (23) (24).

La tercera fase, conocida como **fase de arrepentimiento o reconciliación**, se caracteriza por un estado temporal de aparente calma y relativa tranquilidad, en el que la violencia desaparece y el maltratador muestra conductas reparadoras, pide perdón y promete que no volverá a suceder. Es frecuente que el agresor trate de justificar el maltrato, aludiendo a factores externos, como el alcohol, el exceso de trabajo u otros problemas, o, lo que es más grave y frecuente, descargando la responsabilidad sobre la mujer, por no haber hecho algo o haberlo hecho en contra de su voluntad.

El maltratador, por un lado, puede realmente creer que nunca más volverá a maltratarla y que será capaz de controlarse y, por el otro, que ya no será necesario recurrir a la violencia, ya que, dada la lección que ella ha recibido, no volverá a mostrar comportamientos que merezcan ser castigados. La víctima cree, sinceramente, que han sido determinadas circunstancias las que han llevado a su pareja a maltratarla y que no volverá a repetirse. Además, identifica las conductas de ternura y arrepentimiento que el agresor muestra en esta fase, y no su comportamiento violento de las fases anteriores (23) (24).

Una vez perdonado por la víctima, el ciclo iría evolucionando progresivamente hacia la primera fase. Empieza de nuevo la irritabilidad, la tensión aumenta y acaba esta etapa relativamente tranquila. De esta forma, la violencia repetida e



intermitente se asocia a un refuerzo inmediato y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio en su comportamiento), contribuyendo al mantenimiento de la víctima en la situación de malos tratos. A medida que aumenta la frecuencia y severidad de los incidentes agresivos, la fase de acumulación de tensión se hace más breve, la de explosión más larga e intensa y la de reconciliación menos frecuente, llegando incluso a desaparecer, lo que coincide en ocasiones con el momento en el que la mujer decide pedir ayuda o separarse.

En la mayoría de los casos, la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona con indefensión y sumisión ante el amor y la violencia, que son percibidos como acontecimientos que ocurren al azar. Serían estas respuestas de indefensión y sumisión de la víctima las que estarían reforzando el comportamiento agresivo del hombre, que percibe que su conducta consigue el resultado esperado, y contribuyendo, en consecuencia, al mantenimiento de la violencia. Así pues, este patrón de comportamiento, agresión-indefensión-sumisión, se alimenta progresivamente, dando lugar a una espiral de violencia, denominada escalada de la violencia, en la que los episódicos agresivos son cada vez más frecuentes y peligrosos (24).

1.6. Mantenimiento de la violencia intrafamiliar

Algunas de las macro encuestas de orientación sociológica estiman que en más del 70% de los casos, las mujeres maltratadas permanecen en el contexto intrafamiliar en el que están expuestas a violencia durante un periodo de cinco años. No obstante, en la última de las macro encuestas, llevada a cabo en 2008 (25), se detecta un descenso en el tiempo de permanencia de la mujer maltratada en la relación violenta. Sin embargo, los estudios realizados en entornos clínicos señalan que, por término medio, estas mujeres permanecen en la relación violencia durante un periodo inferior a cinco años, antes de adoptar algún tipo de medidas.

Existen diversos condicionantes socioeconómicos, emocionales y psicopatológicos implicados en la permanencia de la víctima en la relación violenta. La escasez de recursos económicos en la víctima para alcanzar la autonomía, que la hacen, en



la mayoría de los casos, dependiente económicamente del agresor, sería uno de los factores, aunque no el más relevante, asociados a su permanencia en la relación violenta. Por lo tanto son las mujeres dependientes económicamente del maltratador las que tienen mayor probabilidad de mantener una relación violenta durante un largo tiempo (25)

Resumiendo diríamos que predomina el auto concepto negativo, creen que sus maridos se van a corregir; situación económica difícil, hijos que necesitan soporte económico del padre; dudan de poder salir adelante solas; creen que el divorcio estigmatiza; difícil encontrar trabajo; ama al hombre y siente que no podrá sobrevivir emocionalmente; miedo a que la mate, lastime a los hijos, a los familiares o a él mismo; no tiene apoyo de familiares o amigos.

2. Consecuencias en la salud de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía. En un intento de establecer el impacto real de los efectos de la violencia intrafamiliar sobre la salud individual, se ha podido determinar el número de pérdidas de años de vida saludable que se producen como consecuencia de la agresión a la mujer y saber a qué se deben estas pérdidas. En este sentido, la violencia intrafamiliar se sitúa en tercer lugar como causa de pérdida de años de vida (26).

Es decir, el maltrato intrafamiliar es la tercera causa que está provocando más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas en las mujeres, por encima de las cardiopatías isquémicas y los accidentes de tráfico. Con este mismo enfoque, se ha determinado que los daños físicos suponen el 55% de los años de vida saludable perdidos, mientras que los no físicos, aludiendo a los psicológicos y a la salud reproductora, dan lugar al 45% de pérdidas. Al estudiar las consecuencias que la violencia intrafamiliar tiene en la salud de las víctimas, se desprenden las siguientes conclusiones: (27).



1. Las consecuencias pueden persistir cuando el maltrato ha desaparecido.
2. Mientras más severo es el maltrato, mayor es el impacto en la salud física y mental de las víctimas.
3. El impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

En Sevilla se llevo a cabo un estudio sobre el impacto de la violencia en la salud mental, donde se comparó la frecuencia de maltrato entre mujeres consultantes a los servicios de salud mental con la frecuencia en mujeres no consultantes. Los resultados muestran una frecuencia mucho más elevada entre las mujeres consultantes (42% versus 8.33% de maltrato físico, y 52% versus 21.66% de maltrato psicológico) (27) (28).

2.1. Consecuencias físicas de la violencia intrafamiliar

Si bien la violencia intrafamiliar puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro. Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida. Lamentablemente, la muerte de las víctimas de violencia intrafamiliar es la peor consecuencia de este problema. Estudios de Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, muestran que entre un 40% y un 70% de las mujeres asesinadas fue víctima de su marido o novio, frecuentemente en el contexto de relaciones abusivas.

En la Unión Europea, las mujeres entre 15 y 44 años tienen más probabilidades de morir o quedar gravemente heridas a causa de la violencia intrafamiliar que por el cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria juntos. En el Reino Unido se calcula que muere una mujer cada tres días por esta causa. En España, se estima que muere una mujer cada 5 días por violencia intrafamiliar y que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año, ha sufrido malos tratos por parte de su pareja (29).



2.2. Consecuencias emocionales de la violencia intrafamiliar

La vivencia de violencia intrafamiliar causa distintas consecuencias emocionales en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas emocionales moderados o graves. Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático, sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato intrafamiliar desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias. A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar a consecuencia de la situación que viven (30).

2.2.1. Síndrome de la mujer maltratada

Este síndrome describe las secuelas psicológicas de la violencia intrafamiliar. Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida, reformulada en términos de la depresión humana. El Síndrome de la Mujer Maltratada puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones. Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo (31).

Además de estas distorsiones cognitivas, las mujeres maltratadas, pueden cambiar la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, y desarrollan la mayoría o todos los síntomas que se presentan en el trastorno de estrés postraumático (TEP), por lo que se ha llegado a considerar que el Síndrome de la Mujer Maltratada sería equivalente a este trastorno o que habría razones de orden político y clínico para utilizar este diagnóstico y no el de Síndrome de la Mujer Maltratada.



2.2.2. Depresión

De las entidades nosológicas reconocidas en las clasificaciones internacionales, es sin duda la depresión la que hasta hace poco era usada con más frecuencia en el diagnóstico de las víctimas de violencia intrafamiliar. En un meta-análisis, revisa 18 estudios que relacionan depresión y violencia intrafamiliar (exclusivamente maltrato físico), encontrando una prevalencia de este cuadro clínico que va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47.6%. La variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas puede deberse a la diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados (32).

La severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión. En tres de los estudios se encuentra que la depresión es precedida por la vivencia de violencia intrafamiliar. En un estudio con 50 mujeres víctimas de maltrato físico o psicológico severo, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor, con tasas de depresión significativamente más altas para aquellas mujeres que vivieron maltrato psicológico, que para las que padecieron maltrato físico. Otros investigadores norteamericanos afirman que más del 50% de las muestras de mujeres maltratadas cumplen criterios para depresión mayor, con tasas que alcanzan hasta el 80% (33).

En España, en un estudio con 126 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, ya sea física sexual o psicológica, se encuentra que un 64% en el Inventario de Depresión de Beck y un 68% en la Escala de Depresión de Hamilton, superan los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión, sin que existan diferencias significativas entre aquellas mujeres que padecían maltrato psicológico y las que padecían maltrato físico. En un estudio más reciente en el que participaron 70 víctimas de violencia intrafamiliar, encontraron que un 84.2% presentaba depresión, siendo en más del 50% de nivel moderado o grave (34).

Un estudio con 80 mujeres maltratadas que se encuentran en casas de acogida, encuentra que el tiempo de permanencia en la casa de acogida, la exposición general al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, son variables predictoras del desarrollo de depresión.



Específicamente, el tiempo de permanencia correlaciona de manera negativa con la depresión y la exposición al maltrato en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlaciona de manera positiva (34) (35).

En este sentido, el tipo de atribución que hace la víctima de la ocurrencia del maltrato ha sido relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos en mujeres maltratadas. Así pues, la autoculpabilización sobre lo sucedido está relacionada con la aparición de depresión en estas víctimas. Un dato relevante es que la depresión no sólo la padecen las mujeres que permanecen en la relación violenta, sino que también aparece muchas veces y con mayor intensidad en aquellas mujeres que ya han abandonado al agresor, la percepción de falta de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador y de su incapacidad para salir de la situación de violencia explicarían el estado depresivo en el que están inmersas estas víctimas, señalan que la ausencia de una red de apoyo social, familiar e institucional aumenta la gravedad de la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (35).

La explicación del desarrollo de un cuadro de depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar puede encontrarse tanto en las teorías del estrés como en las teorías cognitivas de la depresión. Las teorías del estrés plantean que los trastornos del estado de ánimo son una de las posibles respuestas de la persona a los eventos vitales estresantes, siendo el maltrato intrafamiliar uno de aquellos eventos. Que la violencia intrafamiliar se convierta en un suceso estresante depende de cómo interprete la víctima la situación que vive, ya sea en términos de las demandas de la situación, que claramente en este caso es de daño, pérdida y amenaza, y de la evaluación que haga acerca de sus propios recursos para hacerle frente.

Por otra parte, las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida en que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas. También se plantea desde este grupo de teorías, que una variable crítica en el desarrollo de la depresión es un auto esquema



negativo, la tendencia a verse a sí mismo como perdedor, tendencia presente en las mujeres que sufren violencia intrafamiliar debido a que se ven sometidas constantemente a las críticas del agresor, sumadas al aislamiento y, por tanto, privación de otras fuentes de refuerzo social (36).

En suma, la violencia intrafamiliar podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive.

En definitiva, la depresión es una de las categorías diagnósticas que con mayor frecuencia presentan las mujeres maltratadas. La situación de aislamiento y cautiverio a la que se ven sometidas estas víctimas, la ruptura de su marco de referencia previo, la pérdida de refuerzos positivos y actividades gratificantes y la sensación de indefensión ante la percepción de falta de control sobre la violencia y de recursos para enfrentarla son factores que están explicando el desarrollando el cuadro clínico en este tipo de víctimas.

En el Ecuador las mujeres que viven violencia intrafamiliar desencadenan cuadros depresivos y sentimientos de culpa, debido a la indefensión que sufren, considerando su situación como incontrolable y que nada de lo que haga va a modificar los acontecimientos, dejando de defenderse y de actuar. La depresión también se relaciona con la falta de actividades lúdicas. Existe una falta de alicientes en su medio, ya que los agresores fomentan el aislamiento social. No suelen presentar conductas de auto cuidado, ni comportamientos auto gratificante. La apatía, la indefensión, la pérdida de esperanza y la sensación de culpa, pueden dificultar aún más la decisión de buscar ayuda o de adoptar las medidas adecuadas (36) (37).

2.2.3. Ansiedad

Según estudios, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático serían los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia aparecen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Así pues, la tasa de prevalencia de la fobia específica era de un 80% en las mujeres maltratadas en casa de acogida y de un 63% en las víctimas que vivían en su casa, frente a una prevalencia de un 15% en mujeres no maltratadas. Por otro lado, el 30% y 28% de las mujeres maltratadas en casa de acogida y en su propio domicilio, respectivamente, cumplían criterios para el diagnóstico de agorafobia según criterios DSM III, frente a un 8% de las mujeres de la muestra epidemiológica. Respecto a la ansiedad generalizada, la tasa de prevalencia era de un 38% en las mujeres de refugio, de un 47% en las víctimas que vivían en su casa y de un 6% en la muestra epidemiológica. Finalmente, la tasa de prevalencia del TOC era algo inferior, 33%, 44% y 3% en las mujeres de casa de acogida, en las mujeres en su domicilio y en las mujeres del estudio epidemiológico, respectivamente (37).

En otro estudio se compara la presencia de trastornos mentales según criterios DSM III, entre 62 mujeres maltratadas 30 se encontraban en refugios y 32 en sus propias casas, viviendo con o sin el agresor, y 10.953 mujeres de un estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Estados Unidos. En relación a los trastornos de ansiedad, se encuentra que la fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático, presentan una prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres maltratadas que en la muestra epidemiológica.

Las mismas variables predictoras encontradas para la depresión, predicen el desarrollo de este trastorno en mujeres maltratadas, esto es, el tiempo de permanencia en una casa de acogida correlaciona de manera negativa con el desarrollo de trastorno obsesivo compulsivo, y la exposición al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, correlacionan de manera positiva explica la agorafobia como el resultado de la



asociación entre la ansiedad y las percepciones negativas acerca de sí mismas desarrolladas por las mujeres maltratadas, y como un esfuerzo por reducir la ansiedad al mantenerse alejadas de cualquier estímulo que puede resultar peligroso. Del mismo modo, el trastorno obsesivo compulsivo es explicado como un esfuerzo por defenderse de la ansiedad a través de las conductas compulsivas y como un intento por dominar la situación abusiva por medio de los pensamientos obsesivos acerca del agresor (38).

Las Conductas de ansiedad extrema en el Ecuador debidas a la amenaza sobre la vida y la seguridad personal, la mezcla con períodos de arrepentimiento y calma, suscita en la mujer una respuesta de alerta y sobresalto permanentes. En algunas ocasiones, para conseguir reducir estos estados de ansiedad se recurre a la ingesta de psicofármacos (ansiolíticos principalmente) o al consumo de alcohol u otros tóxicos. Se piensa continuamente en las situaciones vividas, aparece preocupación, miedo y sentimientos de culpa, con mucha frecuencia. Ante las situaciones de ruptura con el agresor, también aparece ansiedad debido a la responsabilidad que conlleva hacerse cargo de los hijos e hijas, la soledad, las consecuencias económicas de la marcha.

2.2.4. Suicidio o ideas suicidas

En un análisis de 13 estudios, se encuentra tasas de prevalencia de suicidio que van entre un 4.6% y un 77% entre mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, con una media ponderada de 17.9% (38). Los malos tratos son la causa del 25% de las ideas suicidas en mujeres. Las ideas suicidas y el suicidio se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo.

Ser o haber sido víctima de malos tratos es una de las causas de intento auto lítico entre las mujeres. En un estudio realizado en México encontraron que un 29% del total de mujeres ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital por presentar ideas suicidas eran maltratadas, habiéndolo sido ese mismo día la mitad de ellas, y el 75% restante durante los seis meses anteriores al ingreso. En un estudio posterior, añadieron que uno de cada cuatro intentos de suicidio entre



las mujeres es causado por los malos tratos (39).

En España se entrevistó a un grupo de mujeres maltratadas y se encontró que un 32.5% de ellas había intentado o planeado suicidarse a lo largo de la relación abusiva. De manera más reciente, Lorente (2001) ha sugerido que en nuestro país entre el 20% y el 40% de las mujeres que se suicidan cada año tienen antecedentes de malos tratos (40).

Según datos sobre el suicidio potencial en Ecuador, el 13% de las mujeres maltratadas había tenido ideación suicida, y el 23.7% había intentado suicidarse. Esta asociación entre la violencia intrafamiliar y la ideación e intento de suicidio, al igual que en el caso de la depresión (41).

2.3. Otros problemas psicopatológicos

2.3.1. Baja autoestima

El estudio realizado en España con 126 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar al que ya se ha hecho alusión, encuentra que su grado de autoestima es escaso, por debajo de la población normal, sin existir diferencias significativas entre las mujeres que han vivido maltrato físico o las que exclusivamente han padecido maltrato psicológico, un estudio en el que comparan 57 mujeres que han vivido maltrato en el último año, 40 mujeres que han vivido maltrato alguna vez en su vida. La violencia psicológica y la autoafirmación, predicen de manera significativa el nivel de autoestima de las mujeres que actualmente viven maltrato. La violencia física no actúa como predictor en este grupo de mujeres (42).

Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia intrafamiliar, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas. A esto pueden sumarse las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte del agresor y el aislamiento que suelen padecer, que las priva de relaciones con otras fuentes de refuerzo social (43).



2.4. Factores de riesgo de las consecuencias emocionales en las víctimas de violencia intrafamiliar.

En líneas generales, las consecuencias emocionales pueden llegar a ser especialmente graves o duraderas cuando el agente estresante se prolonga en el tiempo. Además, la probabilidad de desarrollar problemas emocionales aumenta cuanto más intenso es o más cerca físicamente se halla el agente estresante. En el caso de las víctimas de maltrato no sólo se dan todas estas circunstancias agravantes, sino que más allá de eso, el abusador es o ha sido una persona querida por la víctima, siendo, precisamente, esa cercanía emocional uno de los agravantes más importantes para el desarrollo de consecuencias emocionales, ya que el carácter intencionado que subyace a la violencia y que la distingue de otros sucesos traumáticos, como los accidentes o las catástrofes naturales, es un agravante del daño psicológico (44).

Además ante un suceso provocado deliberadamente las estrategias de afrontamiento son más escasas en comparación con un suceso negativo de carácter fortuito, frente al que se podrían establecer estrategias basadas en la resignación o en aspectos religiosos para sentirse reconfortado. Si además el acontecimiento traumático provoca heridas físicas concomitantes, como ocurre frecuentemente en las víctimas de violencia intrafamiliar, la probabilidad de desarrollar consecuencias emocionales y la gravedad de las mismas aumentan significativamente.

La mayoría de los estudios sobre factores predictores de las consecuencias emocionales en víctimas de violencia intrafamiliar se han centrado en el maltrato físico, concretamente en aspectos como la frecuencia, severidad, proximidad en el tiempo de las últimas agresiones, duración del maltrato y grado de amenaza a la integridad física percibido por la víctima. Algunos de ellos han sido recogidos a continuación (45).

En un estudio con 77 mujeres maltratadas de casas de acogida analiza la relación entre las características del maltrato en términos de gravedad (severidad y frecuencia de las agresiones), duración de la relación violenta y malestar



experimentado por la víctima y el estrés vivido. Los resultados indicaron que el grado de malestar experimentado durante el maltrato era el factor, que de manera más fuerte, correlacionaba con el desarrollo de las consecuencias emocionales. Las características del maltrato en términos de frecuencia y severidad, pero no así de duración, fueron también variables predictoras de la sintomatología. En un estudio más reciente, con un grupo de 160 mujeres maltratadas se encontró que las consecuencias emocionales están correlacionadas significativamente con la severidad y frecuencia de la violencia experimentada (45) (46).

Otro estudio realizado en España afirma que el carácter reciente de los episodios violentos está asociado con la sintomatología ansiosa y depresiva que manifiestan las víctimas. En este sentido, las mujeres maltratadas que continuaban conviviendo con el agresor o que se había separado recientemente mostraban una mayor gravedad de la sintomatología. Sin embargo, como ya se ha comentado, es frecuente que aún cuando ha finalizado la relación, la mujer maltratada continúe manteniendo contacto con el agresor, durante el proceso de separación o el régimen de visitas a los hijos, siendo el maltrato, que generalmente sigue sufriendo en estos encuentros, un importante agravante de la sintomatología. Por lo tanto cuanto más reciente haya sido el último episodio de maltrato mayor es la intensidad del trastorno de las consecuencias emocionales, sobre todo si durante el mismo la mujer había sido forzada a establecer relaciones sexuales, ya que afirman que la violencia intrafamiliar que incluye abuso sexual aumenta la probabilidad de desarrollar consecuencias emocionales y se correlaciona positivamente con la gravedad de las mismas (46) (47).

Una investigación reciente por Goodman, donde participaron 406 mujeres, Dutton et. Al (2005) encontraron una mayor prevalencia de depresión en mujeres expuestas a niveles graves de violencia física, psicológica y sexual en comparación con mujeres expuestas a la misma gravedad de violencia física y psicológica, pero que no habían sufrido malos tratos sexuales. En cuanto al tipo de maltrato experimentado, es el maltrato psicológico en comparación con el maltrato físico el que guarda más relación con la respuesta más grave de la sintomatología de depresión que lleva al suicidio (48).



Recientemente se han llevado a cabo una investigación con 96 mujeres maltratadas para estudiar aquellos aspectos del maltrato psicológico que pudieran estar relacionados con el riesgo de consecuencias emocionales. Encontrando que es el comportamiento denigrante el más fuertemente asociado a la sintomatología de las consecuencias emocionales en mujeres maltratadas. La disponibilidad de redes de apoyo, el aislamiento social y familiar de la víctima, la falta de apoyo institucional es otro de los factores que agravarían la sintomatología.

En definitiva, los resultados obtenidos hasta el momento sobre factores predictores de las consecuencias emocionales son concluyentes. En relación con la violencia, el maltrato psicológico, la severidad y frecuencia de los episodios violentos, la cercanía en el tiempo de la última agresión y el haber sido forzada a establecer relaciones sexuales son los predictores más fuertes de la respuesta a la gravedad de las consecuencias emocionales. La falta de redes de apoyo social y familiar es también un factor significativo en el desarrollo de este cuadro clínico. Sin embargo, son necesarias líneas futuras de investigación que aclaren el papel que podrían estar jugando otros aspectos como la extensión del maltrato a los hijos, la experiencia de violencia durante el embarazo o las amenazas de muerte en el desarrollo de las consecuencias emocionales (49).

En resumen el maltrato contra la mujer por la pareja él que conlleva una serie de trastornos y problemas de carácter psicológico que no deben ser ignorados. Hoy se sabe que la frecuencia y severidad del maltrato físico, psicológico y sexual incrementa una serie de sintomatología que van desde la ansiedad, insomnio o baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés. Es un hecho constatado la frecuencia de depresión en las mujeres, que la mayoría de ellas les puede llevar a ideas suicidas sin importar la clase, la etnia ni la cultura a la que pertenecen. Un 60% de mujeres que viven violencia presentan consecuencias emocionales entre las principales Depresión, Ansiedad e Ideas Suicidas.

La depresión es una consecuencia emocional frecuente, principalmente caracterizado por tristeza permanente, con pérdida del interés o placer en la mayoría de las actividades (50). **La ansiedad** es una afección neurótica, se



asocia al temor, caracterizando la vida de la persona insegura, dependiente o amenazada (51). **Las ideas suicidas y el suicidio** (acto de quitarse la vida) se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo. Haciendo necesario trabajar para disminuir las consecuencias emocionales ya que la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad (52).

3. Propuesta de Intervención Grupal para disminuir las consecuencias emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Si bien las consecuencias emocionales como depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas son los diagnósticos que mejor predicen el conjunto de síntomas que presentan las mujeres maltratadas, actualmente son escasos los programas de intervención para víctimas de violencia intrafamiliar que aborden la sintomatología de manera específica. Por lo general, las intervenciones llevadas a cabo con este tipo de víctimas han estado dirigidas al tratamiento de la culpabilidad, el deterioro de la autoestima, la mejora de la red social, así como la expresión adecuada de la ira. Fundamentalmente, su objetivo ha sido el aprendizaje de habilidades de afrontamiento que ayudaran a estas mujeres a recobrar el control sobre su propia vida y el fomento de su autonomía e independencia, pasando por alto la evaluación y el tratamiento específico de las consecuencias emocionales (53) (54).

Por otro lado, las características específicas de la violencia intrafamiliar, esto es, su carácter crónico y repetido, los tipos, su frecuencia y severidad en el lugar más seguro para la víctima y a manos de la persona supuestamente de mayor confianza, explicarían que las consecuencias emocionales, que frecuentemente sufren estas mujeres, presente asimismo una sintomatología específica.

Teniendo en cuenta las consecuencias emocionales específicas en la salud mental de las mujeres que viven violencia, es lógico pensar en propuestas de intervención ajustadas a sus necesidades. El desarrollo de programas de intervención para los problemas psicológicos derivados de la exposición



prolongada a este tipo de violencia es relativamente frecuente. En la actualidad son todavía escasas las investigaciones empíricas sobre tratamientos eficaces para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y los pocos trabajos publicados presentan a menudo grandes problemas metodológicos destacando como importantes debilidades metodológicas de las investigaciones, la diversidad de instrumentos de evaluación utilizados para medir una misma variable, la aplicación de los tratamientos a muestras poco representativas de la población de mujeres maltratadas y la ausencia de grupos de control y de seguimientos que evalúen la eficacia de las intervenciones a largo plazo. (55).

Se toma como base estudios de otros países, ya que en el Ecuador no existen intervenciones específicos. Un programa ejecutado en México de entre 8 y 11 sesiones, de hora y media de duración, se aplicó de forma grupal, temas relacionados con el maltrato; psicoeducación sobre los problemas mentales, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en auto cuidado y autodefensa y entrenamiento para evitar la revictimización. Se constató una mejora significativa en todas las medidas evaluadas, esto es, depresión, ideas de culpa, vergüenza y autoestima, así como ansiedad, en el 87% de las participantes en el programa (56).

Un programa de terapia desarrollado por Harris, en EEUU, donde asignaron a 68 mujeres maltratadas y sus parejas, a dos condiciones experimentales: a) Terapia de grupo (N = 23) y b) Terapia de pareja (N = 35), y a una condición de control de ausencia de tratamiento (N = 10)). El programa se llevó a cabo en 10 sesiones de periodicidad semanal con una duración de 3 horas para los grupos y variable para las parejas. Todos los participantes mostraron cambios significativos tanto en la reducción de los niveles consecuencias emocionales a causa de la violencia física como en la mejoría del bienestar general, independiente del grupo de tratamiento asignado en comparación con el grupo control. Los participantes asignados a terapia de pareja tuvieron cuatro veces más probabilidad de abandonar el tratamiento que los asignados a terapia grupal (57).

En España desarrollaron y aplicaron un programa de tratamiento a 37 mujeres



víctimas de violencia intrafamiliar que desarrollaron consecuencias emocionales, que no se encontraban viviendo con el agresor ni en contacto con él y que no habían experimentado ningún episodio de violencia en el último mes, estudio que lo realizó (Grijalba, 2007), se basó en el estudio de Labrador y Amón. Se asignó de manera aleatoria a las participantes al mismo tratamiento, pero en dos modalidades temporales: 1) Inmediata y 2) Demorada. A las participantes asignadas a la modalidad de tratamiento demorada, que empezó 6 semanas después de la evaluación pre tratamiento, se les realizó una segunda evaluación pre tratamiento.

El programa constó de entre 7 y 13 sesiones individuales de 90 minutos de duración y fue llevado a cabo por un doctor en psicología clínica. Los componentes del programa fueron a) Psicoeducación acerca de las consecuencias emocionales y de las técnicas que se emplearían en la terapia, b) Psicoeducación en manejo de las consecuencias emocionales y entrenamiento en relajación muscular progresiva, c) Exposición, d) Terapia cognitiva, e) Entrenamiento en asertividad, f) Entrenamiento en manejo de encuentros con el agresor, g) Entrenamiento en auto cuidado y autodefensa, y h) Entrenamiento en evitar la re victimización (58).

Los resultados indican que no hubo mejoría significativa en las variables evaluadas (depresión, autoestima, vergüenza y culpa) entre la primera y la segunda evaluación pre tratamiento. El 94% de las participantes no presentó consecuencias emocionales al pos tratamiento, y hubo mejorías clínicas y estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas, manteniéndose los cambios a los 3 meses de seguimiento (58).

Otro estudio de Labrador y Rincón (59) llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia empírica de un programa grupal de intervención breve para el tratamiento de las consecuencias emocionales en víctimas de violencia intrafamiliar. El programa, de 8 sesiones de duración, incluía psicoeducación, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia cognitiva y terapia de exposición. La intervención fue aplicada a 9 mujeres víctimas de malos tratos y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (7 mujeres), que



recibió el tratamiento dos meses más tarde (60).

Un programa de intervención realizado en Brasil que tuvo una duración de 8 sesiones de periodicidad semanal y estaba formado por los siguientes componentes: (61).

- Psicoeducación: el objetivo es que la víctima comprenda lo que le está pasando. Para ello se les informa sobre las características de la violencia intrafamiliar, sus consecuencias y las reacciones normales ante este tipo situaciones. También se les explican los objetivos terapéuticos y el programa de tratamiento que se va a llevar a cabo.
- Entrenamiento en control de la activación: el objetivo es disminuir la hiperactivación fisiológica constante que presentan estas víctimas y mejorar así su calidad de sueño, su capacidad de concentración y reducir los niveles de irritabilidad y las respuestas de alarma. Para ello se explica y entrena a las participantes en la técnica de control de la respiración.
- Terapia cognitiva: está dirigida al trabajo de aquellas emociones secundarias, esto es, ideas de culpa, de baja autoestima y de indefensión, que han surgido de la evaluación consciente de la experiencia de maltrato, así como a facilitar la readaptación de las víctimas a su nuevo entorno. En este programa de intervención se ha trabajado con parada de pensamiento, reevaluación cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.
- Terapia de exposición: está dirigida a la exposición en imaginación y por escrito a los recuerdos del suceso traumático, con el objeto de extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante los episodios violentos, principalmente el miedo, y favorecer el reprocesamiento a nivel verbal de las memorias traumáticas (62).

Este programa de intervención basada en la modalidad de Paulo Freire estuvo dirigido a paliar las consecuencias que a nivel psicológico ha provocado la



violencia intrafamiliar en estas mujeres, esto es, a reducir las consecuencias emocionales, la sintomatología asociada, y a conseguir que las participantes disminuyan su sensación de malestar subjetivo, favoreciendo su readaptación a la vida cotidiana. También se pretende la rehabilitación psicosocial de las mujeres, esto es, conseguir una mejora funcional de las participantes.

Los resultados mostraron una reducción de la sintomatología de las consecuencias emocionales (depresión, ansiedad generalizada, ideas suicidas, expresión de la ira y una mejora en el nivel de adaptación a la vida cotidiana al pos tratamiento), tanto en las participantes asignadas a exposición como las asignadas a habilidades de comunicación. En el seguimiento a los doce meses, ambos programas resultaron igual de eficaces, excepto en el tratamiento de la ira, en el que resultó superior la exposición (62) (63).

3.1. Metodología de la Intervención

Si bien algunas investigaciones de tratamiento para víctimas de violencia intrafamiliar se llevan a cabo en modalidad individual, la mayoría de los investigadores recomiendan el formato grupal para trabajar con mujeres maltratadas, por ser considerada una de las más efectivas estrategias de tratamiento con este tipo de víctimas. Las intervenciones para mujeres maltratadas van desde grupos de autoayuda hasta grupos terapéuticos. (63).

Los tratamientos en modalidad grupal, ofrecen ventajas frente a la intervención individual, como: poder desahogarse emocionalmente con mujeres que han vivido la misma situación, comprobar que no son las únicas en experimentar esas reacciones y comprender que no son culpables del maltrato que han sufrido; aprender estrategias de afrontamiento, a partir de la experiencia de personas que sufren el mismo tipo de dificultades; motivarse para el cambio, a través de los logros de las demás que demuestran que el éxito es posible, aumentando así la confianza en los propios recursos. Además ofrece la posibilidad de construir una red de apoyo social que ayude a la víctima a romper su aislamiento.



Finalmente, les permiten aprender de la experiencia de otras participantes sobre estrategias específicas que pueden utilizar para hacer frente al problema y llegar a independizarse del agresor (64).

La propuesta de intervención de esta investigación se enfoca y se basa en la línea y metodología de trabajo desarrollada por Paulo Freire, (Diálogo de Saberes) es una técnica liberadora que busca y respeta la libertad de la persona, consiste en la formación de grupos de mujeres que han vivido violencia donde se interviene para elevar sus recursos psicológicos, para mejorar su auto cuidado, recobrar la confianza en sus percepciones y juicio, aumentando sus habilidades específicas de afrontamiento, de interrelación y recuperar así sus redes de apoyo, reconstruyendo su autoestima para recuperar el control de su vida y permitiendo la adherencia terapéutica y desarrollando la sororidad que se traduce en hermandad, confianza, fidelidad, apoyo y reconocimiento entre mujeres para construir un mundo diferente; desde esta perspectiva la eficacia del programa de intervención en Brasil tuvo una significancia del 80%, donde se supero significativamente las consecuencias emocionales y se fortifico las redes sociales de mujeres que participaron y para las demás, recordando siempre que todas somos diversas y diferentes (65).

Además se toman como base estudios Labrador y Rincón, aparecieron cambios significativos en la sintomatología de consecuencias emocionales como la depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas, además trabajan en la autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas, dándose cambios significativos en el grupo experimental. No aparecieron diferencias en ninguna de estas variables en el grupo control de lista de espera, que recibió el tratamiento dos meses más tarde.

Para evaluar la eficacia de la intervención se comparó el grupo experimental con un grupo control de lista de espera, que recibió el tratamiento dos meses más tarde y con el que se llevó a cabo una segunda evaluación pre tratamiento. Los resultados mostraron una remisión de las consecuencias emocionales en el 100% de las participantes al pos tratamiento y en el 88% en el seguimiento a los seis meses (66).



El programa de intervención tiene una duración de 5 sesiones de periodicidad semanal y está formado por los siguientes componentes:

- **Psicoeducación:** el objetivo es que la víctima comprenda lo que le está pasando. Para ello se les informa sobre las características de la violencia doméstica, sus consecuencias y las reacciones normales ante este tipo situaciones. También se les explican los objetivos terapéuticos y el programa de intervención que se va a llevar a cabo.
- **Relajación Muscular Progresiva:** Permitir la liberación y control de la ansiedad, mediante la respiración profunda y la relajación muscular progresiva.
- **Fortalecimiento de la Autoestima:** Lograr la valoración personal, mediante la definición, formación y etapas.
- **Comunicación Asertiva:** Mejorar el diálogo mediante técnicas asertivas que permitan una comunicación eficaz.
- **Entrenamiento en 5 habilidades de Afrontamiento:** Permitir su liberación y decisión de cambio por medio de las cinco fases de resolución de problemas.

El fenómeno de la violencia tienen hondos raíces que deterioran la salud mental de las mujeres, por eso en la Constitución de la República del 2008, en el Capítulo Sexto, Artículo 66, literal tres, inciso b) Dice que el Estado adoptara las medidas necesaria para prevenir, eliminar y sancionar, toda forma de violencia, en especial la ejercida en contra de las mujeres. Solo cuando se logre cumplir con lo escrito en las leyes, daremos un paso adelante para el cambio; pero lo más importante de todo es que se ha observado que en las sociedades o comunidades donde las mujeres mantiene firmes lazos y actividades entre ellas hay menos o casi inexistente violencia intrafamiliar.



CAPITULO 2

Metodología de la Investigación

1. Hipótesis y Objetivos del Estudio

En la investigación se planteó una hipótesis sobre los efectos del programa en las variables depresión, ansiedad e ideas suicidas, además sobre los efectos de la intervención en las participantes que antes del programa tengan presencia de altos niveles de consecuencias emocionales. Desde el inicio del análisis, el estudio propone como hipótesis que el programa de intervención va a disminuir las consecuencias emocionales de depresión, ansiedad e ideas suicidas. Se considera que la intervención afectará positivamente en las mujeres. En concreto se plantea. Las mujeres indígenas de Gualaceo de 18-49 que reciben el programa de intervención desde la perspectiva de (Paulo Freire) Revalorización de la personalidad de la mujer agredida y conquista de su autoestima, disminuirán de manera significativa las consecuencias emocionales de depresión, ansiedad e ideas suicidas después de la exposición y participación en el programa; en relación a aquellas mujeres que no reciben el programa de intervención.

En este trabajo de investigación se propone que el programa de intervención va a ser más eficaz, más beneficioso para las mujeres del grupo experimental que antes de la intervención manifiesten presencia de Consecuencias Emocionales.

El Estudio tiene un objetivo general. Evaluar la eficacia de un programa de intervención para la disminución de las consecuencias emocionales en las mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar de Gualaceo. Y tres específicos: 1) Determinar los tipos de violencia física, psicológica, sexual y las consecuencias emocionales depresión, ansiedad e ideas suicidas de las mujeres que asisten al Centro las "Marías". 2) Desarrollar un programa de intervención para disminuir las consecuencias emocionales como depresión, ansiedad e ideas suicidas de las mujeres que viven violencia. 3) Evaluar los cambios en las consecuencias emocionales depresión, ansiedad e ideas suicidas de las mujeres que reciben la intervención.



2. Método, Variables y Procedimiento

2.1. Diseño

El estudio empleó un diseño experimental doble ciego, de medidas repetidas pretest- posttest con un grupo control.

2.2. Variables

Variable Independiente

La variable independiente es la intervención grupal, esto es, el tratamiento para disminuir las consecuencias emocionales y sintomatología asociada en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Esta variable adopta dos niveles:

- Intervención grupal (grupo experimental).
- No intervención grupal (grupo control).

Dado la gravedad de las consecuencias emocionales que presentan las víctimas de violencia intrafamiliar y la necesidad urgente de ser atendidas, resultó imprescindible desde un punto de vista ético. El grupo de no intervención continuó con las terapias habituales del Centro de Apoyo a la Mujeres y la Familia. Por tanto, las medidas de ambos grupos (intervención y no intervención) fueron independientes. Hay que señalar que estas mujeres que no participaron en el programa de intervención, no recibieron ningún otro tipo de atención grupal durante el lapso temporal entre la primera y la segunda evaluación. Una vez transcurrido este tiempo, fueron atendidas de manera individual por el personal especializado del Centro las “Marías”.

VARIABLES DEPENDIENTES

Consecuencias emocionales

- Depresión (cualitativa categórica dicotómica binomial)
- Ansiedad (cualitativa categórica dicotómica binomial)
- Ideas Suicidas (cualitativa categórica dicotómica binomial)



Variables de Control

Violencia Intrafamiliar

- Tipos de violencia (cualitativa categórica dicotómica binomial)
- Severidad (cualitativa categórica politómica)
- Episodio de violencia (cualitativa categórica politómica)

Variables Modificadoras

- Edad (cuantitativa continua)
- Instrucción (cualitativa categórica dicotómica binomial)
- Ocupación (cualitativa categórica dicotómica binomial)
- Relación de Pareja(cualitativa categórica dicotómica binomial)

2.3. Procedimiento.

En la fase pretest, realizada durante las primeras semanas del mes de septiembre del 2011, se aplicó el formulario de recolección de datos (SRQ) con la finalidad de medir las variables dependientes sobre las que se suponía que el programa iba a tener efectos positivos en consecuencias emocionales como depresión, ansiedad e ideas suicidas. El instrumento aplicado a las mujeres del grupo experimental y de control fue administrado por una Psicóloga clínica, la misma que se formó en seminarios sistemáticos previos a la administración de los test, lo que facilitó la homogeneidad en la recogida de datos.

Los instrumentos fueron completados por las mujeres de los dos grupos, en la mayoría de los casos de forma individual lo que posibilitó captar información de las mismas de forma más adecuada. Posteriormente, las participantes del grupo experimental asistieron al programa de intervención grupal, que consistió en la realización de un taller grupal de sesión semanal de dos horas de duración durante todo el curso del programa. La sesión se estructuró con una secuencia de actividades y sus subsiguientes reflexiones, en un espacio libre de obstáculos, y el mismo día y hora de la semana, ya que era el tiempo que disponían las



mujeres. La intervención la dirigió la Psicóloga Clínica Patricia Avilés facilitadora habitual de todas las sesiones. Las participantes del grupo control realizaron las actividades de terapia individual con otra instructora pero con el mismo nivel de atención. En la fase posttest, durante las últimas semanas de enero y la primera de febrero del 2012, se administró el mismo instrumento que en la evaluación pretest para medir el cambio en las variables dependientes objeto de estudio.

Para la realización de este estudio se constituyó un equipo investigador compuesto por todo el equipo de las “Marías”, además la facilitadora de la intervención que implementaron el programa en el grupo experimental y en el grupo control. La formación del equipo se realizó a través de sistemáticos talleres de formación llevados a cabo quincenalmente antes de la aplicación del pretest. Esta formación se operó tanto en lo referente al programa (aspectos conceptuales, cuestiones metodológicas...) como a la evaluación del mismo (aplicación y corrección del instrumento de evaluación).

En los talleres de grupo se realizaron diversas tareas tales como: reflexión sobre conceptos teóricos subyacentes al programa, experimentación directa de algunas de las actividades de la intervención, espacios de respiración y relajación muscular progresiva, desarrollo de estrategias de intervención concreta frente a dificultades observadas. Además, estos talleres tuvieron por finalidad controlar la adherencia de los experimentadores al programa, es decir, el seguimiento estándar de las instrucciones para su administración. La corrección de los test fue ciega, sin conocimiento de la investigadora, y fue llevada a cabo por la Psicóloga de las Marías, formada previamente en los talleres.

3. Universo y Muestra

Mujeres de 18 a 49 años con consecuencias emocionales a causa de la violencia intrafamiliar física, psicológica y sexual de la comunidad indígena de San Juan de Gualaceo, que acuden al centro las Marías y que presentan consecuencias emocionales.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios:



- Intervalo de confianza 95%
- Poder estadístico 80%
- N° de Expuestos frente a los N° de no Expuestos 1 a 1
- Personas sin consecuencias emocionales 20 %.
- Eficacia de la intervención para personas con consecuencias emocionales 50 %
- Total de la muestra 45 en cada grupo.
- Perdidas 10
- Total 55

La muestra estuvo constituida por 112 mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar de 18-49 años, distribuidas en 2 grupos, pertenecientes al Cantón Gualaceo (Comunidad de San Juan) y que asisten al Centro las “Marías”. La aleatorización para el enmascaramiento se realizó con el programa **randomizacion.com**. Los niveles de tratamiento son: Con terapia grupal y sin terapia grupal

Numero de sujetos por bloque 4

Numero de bloques 60

La identificación inicia en el 100. La aleatorización lo generó la Dra. Ávila. Para reproducir la aleatorización se usó el número 41 en:

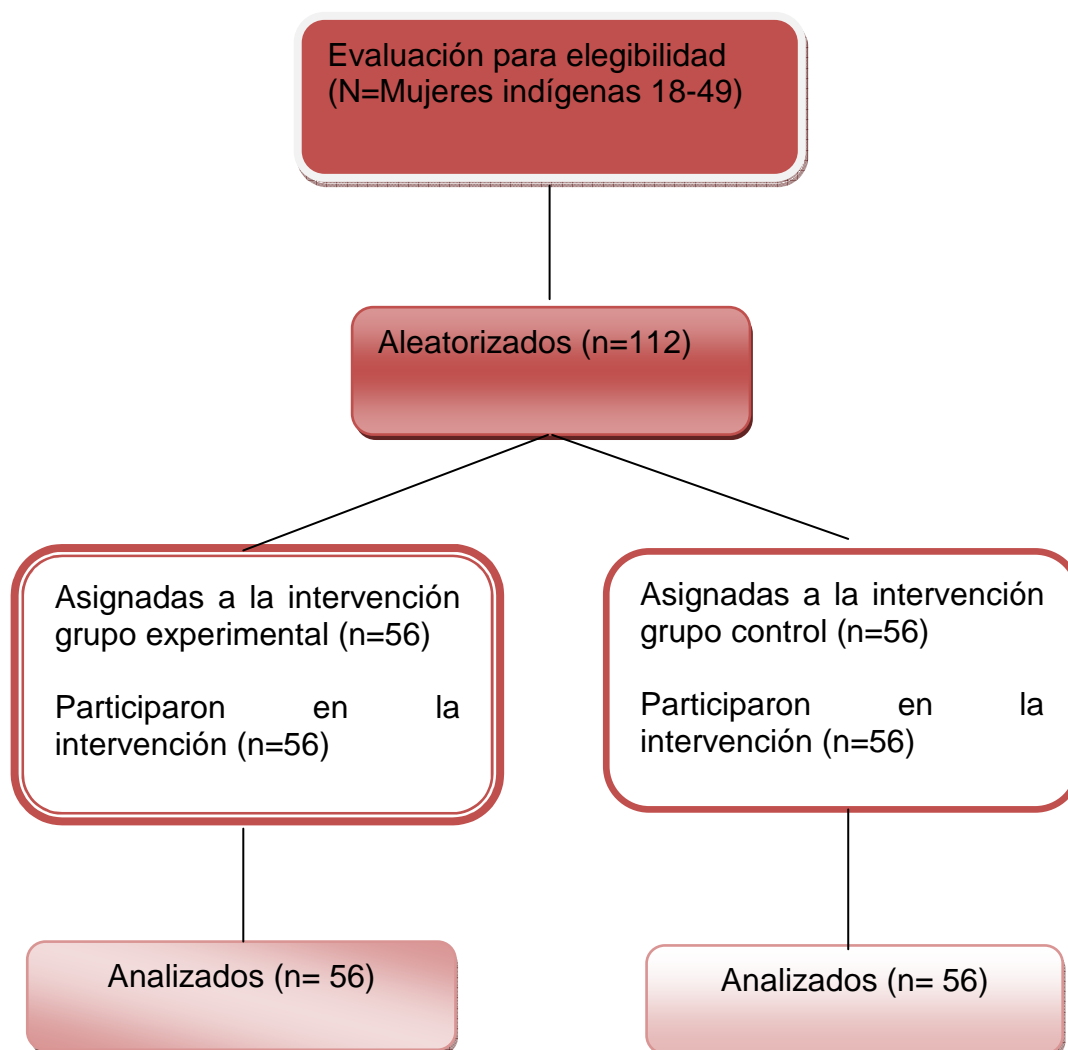
<http://www.randomization.com/>

Se imprimió y se guardó en sobre cerrado para darle a la persona encargada del enmascaramiento. La encargada del enmascaramiento registró el número con el cual inicia el enmascaramiento, a qué grupo se le asigna y la aplicación sucesiva de cada test y el código se registró en el espacio establecido para ello en la hoja de test.

Del conjunto de la muestra, 56 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a la condición experimental (1 grupo experimental), mientras que 56 desempeñaron la condición de control (1 grupo control). La encargada de la codificación y el enmascaramiento fue la Lic. Rosa Córdova trabajadora social de las Marías, los

sobres se mantuvieron cerrados, se recogió la información desde Agosto a Octubre, además hizo firmar el Consentimiento informado (**Anexo 1**).

La codificación estuvo previamente impresa y se mantuvo en sobres sellados de 10 en 10, una vez aplicados los test se volvió a sellar y se llevo a la digitadora para la alimentación de la base de datos previamente elaborada. La investigadora calificó los test, los mismos que estaban debidamente enmascarados. El equipo se movilizó a la comunidad donde residen cada una de las mujeres participantes para los talleres, se realizó dos subgrupos para la intervención y dos subgrupos para el control. En el siguiente organigrama se presenta gráficamente la participación de las mujeres en el estudio.



A continuación se presentan los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el programa de tratamiento (Cuadro 1)

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none">▶ Mujeres indígenas de 18 a 49 años de Gualaceo y que asistan a las Marías.▶ Mujeres que estén viviendo un episodio violencia física y/o psicológica y/o sexual y que tengan consecuencias emocionales.	<ul style="list-style-type: none">• Mujeres analfabetas tanto académicas como funcionales• Mujeres con tratamiento psiquiátrico y o alcohólicas.

4. Instrumento de Recolección de datos

Con la finalidad de evaluar los efectos del programa de intervención grupal, en el trabajo de desarrollo experimental de esta experiencia se utilizaron dos tipos de metodologías de evaluación. Por un lado, una evaluación pretest-postest en la modificación de las consecuencias emocionales, producido por el programa de intervención en el desarrollo y, por otro lado, una evaluación del proceso, una evaluación continua del programa mediante técnicas observacionales.

4.1. Evaluación pretest-postest

Para evaluar la eficacia del programa en diversas variables sobre las que se hipotetizó que iba a tener un efecto, antes y después de realizarlo, es decir, en la fase pretest y postest, se administró un instrumento de recolección de datos con adecuadas garantías psicométricas (sensibilidad (80%), especificidad (100%)). La evaluación empleó informantes a las mujeres que vivían violencia intrafamiliar y que asisten al Centro de Apoyo las “Marías” y técnicas para la valoración de las variables dependientes (consecuencias emocionales como depresión, ansiedad e ideas suicidas).



La aplicación de los test en la fase pretest se llevo a cabo en las sesiones de consulta programadas desde Agosto a Octubre del 2011 para que las señoras asistan al Centro las “Marías”, la evaluación se realizó de forma individualizada con una hora de duración; los postest se aplicó durante la última semana de enero y la primera de febrero del 2012, después de dos meses de ejecución del programa. Como ya se conocía el nivel de instrucción, se realizó en sesiones de taller, de dos horas de duración la aplicación del postest. A continuación se presenta el detalle del Cuestionario aplicado, destacando los parámetros:

- Descripción y significación de la prueba: Se definen los aspectos de la presencia de consecuencias emocionales que se exploran con ese instrumento.
- Normas de aplicación, corrección e interpretación del instrumento: Se clarifican las condiciones y las instrucciones para aplicar la prueba, cómo obtener las puntuaciones directas y cómo interpretar este resultado.
- Estudios psicométricos: En relación con la prueba se aportan los datos de los estudios de validez y fiabilidad realizados con el instrumento de evaluación, y que acreditan la garantía psicométrica del mismo.

4.1.1. Cuestionario SRQ (Self-Report Questionnaire) (Anexo 2).

Descripción y significación de la prueba

El Instrumento de recolección de datos (SRQ) se recomienda para la identificación de posibles casos de personas con problemas de salud mental, dentro de los cuales se contempla las consecuencias emocionales y permite hacer una evaluación sobre los síntomas para la detección de problemas en adultos, validado por Carlos Climent, y colaboradores, es diseñado contemplando su aplicación en diferentes culturas. El cuestionario comprende 24 preguntas y para el caso del presente estudio, se tuvo en cuenta el punto de corte propuesto por Climent y colaboradores: Si al aplicarlo, hay once (11) o más respuestas



positivas en las primeras 20, se trata de una persona con alto riesgo de consecuencias emocionales (depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas).

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El instrumento de recolección de datos se aplicó a personas adultas mujeres que viven violencia intrafamiliar, se lo hizo de forma individualizada en el pretest, leyendo cada uno de los ítems e indicando que están relacionados con ciertos dolores y problemas que lo habían molestado en los últimos 30 días, si contestaban afirmativamente un punto para el Si, caso contrario para el NO, pero si hay duda se colocaba en la opción A veces. Para la corrección se le asignó un punto a cada uno de los ítems.

Para interpretar los resultados se tomó en cuenta las puntuaciones de cada cuestionario, si la respuesta es positiva y supera los once puntos o más, dentro de los primeros 20 ítems, se calificó presencia de consecuencias emocionales en las tres variables dependientes depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas en su conjunto sin medir el grado de cada una de ellas.

Estudios psicométricos

El Instrumento de recolección de datos (SRQ) de síntomas para la detección de problemas en adultos validado por Carlos Climent, y colaboradores, es un cuestionario de síntomas para la detección de problemas mentales en adultos diseñado contemplando su aplicación en diferentes culturas, se evaluó para su validación una muestra de 400 pacientes y sus familiares como muestra de comparación, provenientes de centros generales de salud de Colombia, la India, Filipinas y Sudán. Tomando en cuenta que Colombia presenta características similares de los Países de América del Sur.

4.2. Evaluación continua del programa

Complementariamente a la metodología de evaluación experimental del programa, esta propuesta de intervención incluyó un sistema de evaluación



continua mediante técnicas observacionales. Los fundamentos de este procedimiento de evaluación continua del programa se encuentran en la elaboración sistemática de la descripción de los talleres, lo que sucede en el transcurso de la sesión y las actividades realizadas.

En este proyecto la facilitadora dirige la intervención y otro adulto realiza funciones de apoyo a la intervención teniendo un rol de observador de las sesiones grupales. El observador va escribiendo y narrando lo que observa. La construcción descriptiva de los talleres se lo realiza de forma dinámica durante la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental. Este mecanismo de evaluación continua de las sesiones tiene por finalidad reflexionar sobre la ejecución de las actividades por parte de los miembros del grupo.

Este sistema de evaluación permite valorar la situación del grupo en un momento dado en relación con diversos objetivos del programa y permite captar cambios de forma longitudinal observando progresos y regresiones en el grupo, lo que posibilita delimitar objetivos concretos de trabajo con el grupo a partir de dificultades que se observan en el mismo (por ejemplo, desarrollar hábitos de escucha activa, fomentar la confianza...). Esta metodología de análisis ayuda a formular estrategias de intervención con ese grupo específico y a formular preguntas que favorezcan el diálogo en relación con los diversos temas que se abordan en el programa.

4.2.1. Síntesis de las sesiones de la intervención grupal (Anexo 3)

Con la finalidad de realizar una evaluación continua de la experiencia se elabora un cuaderno mediante una técnica de registro narrativo, tomando notas relacionadas con la dinámica grupal que se observa en las actividades desarrolladas en el programa y/o anécdotas significativas que se dan en las mismas. Estos registros son un informe descriptivo sobre lo que ocurre en cada sesión, con relación a las situaciones interactivas que se dan, así como a los contenidos que se verbalizan en los debates posteriores a las actividades y en la fase de cierre, donde los miembros del grupo reflexionan y comentan lo



acontecido en la sesión. La observación de las sesiones tiene por objetivo describir lo que sucede en cada sesión captando elementos significativos con relación a las interacciones y a la creatividad que se ponen de relieve. El diario recoge de forma descriptiva los sucesos y la dinámica grupal observada en el transcurso de las sesiones de intervención. En él se describen de forma narrativa:

- Las conductas que se observan durante la ejecución de la actividad (procesos de realización de la actividad: qué hacen, qué dicen, cómo actúan, cómo interactúan...).
- Los contenidos que se expresan en las fases de diálogo, discusión o debate posteriores a las actividades y durante el cierre.
- Los productos de la actividad o resultados de ese grupo durante la sesión y las conclusiones que se expongan derivadas de los mismos.

En este tipo de técnica de observación, el observador no tiene una previa estructuración que dirija o articule la recogida de datos, ya que el objetivo es ver hasta qué punto la actividad consigue los objetivos propuestos (comunicación, ayuda, cooperación, creatividad), es decir, su unidad de medida se basa en una dimensión cualitativa. En estos registros también se anotan otros aspectos relevantes de esta intervención que aparecen en la sesión, como son:

- El grado de participación.
- El respeto por las reglas o normas de la intervención grupal.
- Los procesos de comunicación dentro del grupo.
- Las emociones que los miembros del grupo expresan.
- Las formas de organización grupal.
- El nivel de creatividad desarrollado.
- En este cuaderno se anotan también las anécdotas.



5. Programa de Intervención Grupal

*“...qué se puede hacer hoy para que
mañana se pueda hacer lo que
no se puede hoy.”*

Paulo Freire

Introducción

La violencia intrafamiliar se refiere a cualquier forma de abuso, incluida toda conducta del cónyuge o conviviente, que dañe física o psicológicamente a su pareja.

La violencia intrafamiliar, referida en este caso específico a la violencia ejercida por el hombre contra su pareja mujer, como Todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual, utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior.

Frente a esta problemática se plantea la intervención grupal desde la propuesta metodológica de Freire que apuntaba a una educación popular liberadora, dialógica, y concientizadora, tendiente a la liberación de la opresión y a la transformación social, crear lazos de amistad, crear un ambiente de convivencia, de unión, crecimiento, hacer amigos y ser feliz. Es necesario lograr la disminución de las consecuencias emocionales en mujeres víctimas de violencia sin importar su raza, credo o cultura y buscar caminos que les permitiera recuperar su autoestima y revalorizarse a partir de reconocer capacidades, fortalezas y potencialidades para lograr la re conceptualización de su cuerpo, que hasta ahora ha sido sometido, golpeado desvalorizado, escondido y sometido en los espacios del poder, a una violencia física, psicológica y sexual. Por tanto este es el eje central del presente proyecto de intervención la disminución de las consecuencias emocionales, la revalorización y conquista de su autoestima.



Metodología de intervención grupal desde la perspectiva de Paulo Freire

La metodología de intervención grupal es definida como un proceso de ayuda donde el/la facilitador/a utiliza el sistema grupal para impactar a los individuos participantes del grupo, logrando cambios a nivel cognoscitivo, afectivo y conductual de los miembros. A través de esta metodología también el grupo puede ser recurso para efectuar cambios en el contexto ambiental.

La intención metodológica grupal de Paulo Freire es precisamente lograr que, en aras de una vida digna, equitativa y de unos sujetos más críticos y participativos, asumamos la intervención grupal como un ejercicio cultural, tendiente a transformar las relaciones de desigualdad, negación y dominación que se hacen reales y se reivindican en su entorno de una forma crítica. En esto radica el sentido político de la intervención que propone Freire.

Su Metodología es innovadora estructurada en tres momentos: el famoso **ver - juzgar - actuar**. El principal método es el diálogo, es decir, lo que más se utilizan son recursos orales. Un diálogo adaptado a cada contexto y a cada individuo, en el que todos participen de una manera activa siguiendo las siguientes fases:

- Inmersión de la facilitadora en la forma de vida, cultura y lenguaje de las mujeres. Así la facilitadora va empatizando con las mujeres y aprendiendo de ellas.
- Creación de círculos de discusión en los que se van debatiendo sobre los temas.

Principios Generales de la Metodología de Paulo Freire utilizados en el proyecto

- La comunicación e interacción entre todas las participantes para conseguir libertad humana.
- El diálogo es la base de esta metodología.
- Es de vital importancia el respeto entre las personas, sus valores y actitudes, solo se debe conocer, trabar y encauzar, dando libertad para que



sigan desarrollando sus propios valores y no obstaculizar su desenvolvimiento.

- Los sujetos merecen conocer todo el programa. Tomar en cuenta que se está trabajando con gente que tiene una trayectoria de vida realizada y tiene un futuro y su proyecto de vida, se debe partir desde ahí.

Tipos de Grupos

En el Programa se han destacado dos tipos de grupo que van dirigidos a disminuir las consecuencias emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Esto es el grupo de intervención y el grupo control. En el primero se utiliza la intervención grupal con la modalidad de taller, cuyo propósito primordial es lograr cambios en las participantes víctimas de violencia que presentan consecuencias emocionales como depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas, con miras a que éstas puedan ganar control sobre su situación y preservar su integridad psíquica y física. En el grupo control la técnica es de terapia individual, asistencia al trabajo del grupo las “Marías” cuyo propósito es el desarrollo de destrezas y habilidades en el manejo de emociones.

Objetivos

La intervención está dirigida a los siguientes objetivos:

- ◆ Preservar la integridad psíquica y física de las participantes.
- ◆ Disminuir las consecuencias emocionales depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas
- ◆ Desarrollar destrezas sociales:
 - a) Toma de decisiones
 - b) Comunicación efectiva
 - c) Manejo de sentimientos
 - d) Asertividad
- ◆ Conectar con redes de apoyo.



Aéreas Temáticas que se destacan (Anexo 4)

Las áreas de contenido trabajadas a través del grupo de intervención para mujeres están basadas en los contenidos propuestos y aprobados en el protocolo, cuyos temas son los siguientes:

Enfoque de la Violencia y sus consecuencias: (Creencias tradicionales sobre el maltrato y las actitudes existentes)

Relajación muscular progresiva estrategia para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva)

Fortalecimiento de la Autoestima: (Autoconocimiento, Auto concepto, Autoevaluación, Auto aceptación y Autor espeto)

Comunicación asertiva: (Entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en la solución de problemas)

Duración

La intervención grupal se realiza en pequeños grupos. Consta de 5 sesiones duración mínima de dos horas y, aunque cada una de las sesiones está muy estructurada, puede y debe ser adaptada en función de las necesidades individuales y/o del grupo. En cada sesión se plantea uno o más objetivos, aunque muchos de ellos se persiguen en más de una, puesto que es necesario que los contenidos se asimilen de forma paulatina y lleguen a formar parte del repertorio habitual de conductas de las participantes. Además, en todas las sesiones se propone alguna tarea para realizar en casa, con el objetivo de que las mujeres puedan asimilar y consolidar los contenidos de cada una de las sesiones.

Actividades Realizadas y Estructura de las Sesiones

Las actividades que se llevan a cabo en el grupo van dirigidas al manejo y control de las emociones que en el momento están viviendo. Entre las actividades se



encuentran las siguientes:

- ◆ Ejercicios de relajación y reflexión: los cuales permiten que las participantes reflexionen sobre el tema que se va a introducir en cada sesión. Para esto se utiliza música de fondo, con reflexión dirigida por la facilitadora.
- ◆ Ejercicios de rompe hielo: con el propósito de crear un clima propicio para comenzar la sesión. Estos son de suma importancia, en especial para las primeras sesiones, ya que muchas participantes vienen con una actitud de inconformidad y molestia debido a la situación por la que están atravesando: la remoción de sus hijos/as de su hogar. Estos ejercicios facilitan el manejar la resistencia que las participantes muestran al inicio del grupo.
- ◆ Ejercicios para ofrecer el contenido de las sesiones. Este tipo de ejercicio incluye los siguientes: discusión dirigida, role playing, lluvia de ideas, discusión en subgrupos y plenarias, etc. ejercicios que promueven la involucración tanto a nivel cognoscitivo como afectivo de las participantes. Se promueve la utilización de los testimonios de mujeres que ya han superado la situación violenta como una forma de aprendizaje.

Además de las actividades enumeradas, se utiliza la asignación de tareas específicas que las participantes realizan a nivel individual en el hogar o la comunidad. Ejemplos de estas tareas pueden ser realizar lecturas, escribir un diario o realizar una actividad que estuvieran posponiendo. Las diversas actividades se utilizan con el propósito de promover la interacción y participación grupal. El grupo es el vehículo de cambio mediante el establecimiento de redes sociales que se mantienen aún después de terminada la experiencia grupal. El testimonio y la vivencia de las participantes en el grupo es lo que realmente promueve el proceso de transformación personal y familiar.

**CUADRO 2. Estructuración de una sesión de intervención**

FASES	DESCRIPCION
Fase de Apertura (5-15 minutos)	Las sesiones comienzan con los miembros del grupo sentados en el suelo y en posición circular. Con esta organización grupal se comentan brevemente los objetivos del programa: divertirse, hacer amigos, aprender a ayudarse, aprender a colaborar con las compañeras para hacer cosas en equipo, aprender a escuchar a las demás, a ser respetuosas con las ideas de otros, a ser originales y creativas ...
Fase de desarrollo de la Intervención grupal (una hora treinta minutos)	En esta fase se realiza la temática central de la intervención que configura en cada sesión, realizándose el siguiente procedimiento: a) Instrucciones y desarrollo de la temática: Se presentan las instrucciones del tema a desarrollar, y los miembros del grupo interactúan. b) Fase de debate: Después de cada exposición del tema se lleva a cabo un debate relacionado con la temática y su experiencia personal. Para el debate las participantes se sientan en el suelo en posición circular. Luego se hace lluvia de ideas frente al tema y su aplicación en la vida personal, se incorporan preguntas en función de lo que se observa en las interacciones de grupo y se realiza ejercicios de respiración para eliminación de la energía negativa.
Fase de Cierre (20 minutos)	Después de realizar la secuencia de respiración, se inicia la fase de cierre en la que se lleva a cabo una reflexión y diálogo sobre lo sucedido en la sesión: sentimientos tenidos en la experiencia, participación, rechazos, respeto por las reglas, cooperación. La facilitadora que dirige la intervención pregunta a los miembros del grupo cómo se ha sentido en la sesión, y si quieren comentar algún aspecto de la sesión que no haya sido abordada en los debates posteriores a cada sesión. El cierre es un ejercicio de

reflexión en el que se comentan tanto aspectos positivos de la experiencia como problemas surgidos y soluciones dadas a los mismos, teniendo por ello un papel importante para el desarrollo cognitivo- moral. En esta fase, la facilitadora, además de promover la comunicación respecto a la experiencia vivida, aporta refuerzo social, valoración verbal de las conductas de ayuda, diálogo o cooperación observadas, enfatizando la creatividad y enviando tarea a la casa sobre el tema de la sesión y las técnicas aprendidas.

Explicación del Programa

En la primera sesión, la persona que dirige la intervención explica a los miembros del grupo los objetivos de la experiencia que van a realizar durante el programa de intervención, informando que acudirán a este espacio una vez por semana. El adulto describe las características especiales de la intervención grupal y la finalidad de esa experiencia, así como que estará presente otra persona que tomará notas sobre el desarrollo del taller que se va a desarrollar.

En este curso, cada semana vamos a dedicar una parte de nuestro tiempo a desarrollar técnicas que nos permitan liberarnos de energía reprimida y que hace divertirnos y sentirnos felices, pero también porque es una actividad en la que podemos encontrar amigos al relacionarnos con los demás, en la que aprendemos cosas continuamente y compartir problemáticas similares, además los objetivos son:

- Aprender a dar nuestras opiniones, a escuchar a los demás, a respetar sus puntos de vista y a tomar decisiones sobre qué hacer con el acuerdo de todos.
- Aprender a dar y recibir ayuda para contribuir a fines comunes, para llevar a cabo metas que el grupo se plantee con el acuerdo de todos sus miembros.



En esta experiencia nos va a acompañar (se indicó el nombre de la observadora), y va a tomar nota sobre las actividades que vamos a realizar, esperamos que disfrutéis con este programa de intervención, que aprendáis a escucharos, a cooperar y a ser creativos, y que hagáis nuevos amigos. Al final compartiremos vuestra opinión sobre esta experiencia vivida.

Sugerencias para la Dirección de la Intervención

Para facilitar la dirección del programa de intervención se propone algunas sugerencias:

- Presentación de los objetivos y las instrucciones.
- La exposición al grupo de los objetivos de cada actividad se realiza de forma sintética.
- En la exposición de las instrucciones debe clarificarse tanto la tarea a realizar como el procedimiento y las normas con las que deben llevarla a cabo.
- En la fase de ejecución regular el tiempo de las actividades de tal modo que siempre se pueda operar una reflexión o debate al final de las mismas.
- La Facilitadora es la conductora del grupo en el proceso de reflexión y de identificación de las conclusiones implícitas en la actividad realizada.
- Síntesis de la acción y de las verbalizaciones: Después de la exposición de las opiniones o puntos de vista de los miembros del grupo, el adulto puede sintetizar las principales ideas subrayando lo más significativo de lo señalado.
- La facilitadora que dirige la intervención no emite juicios de valor ni opiniones personales, potencia el pensamiento crítico y refuerza las conductas positivas que tienen los miembros del grupo. Su labor consiste en estimular la exposición de los pensamientos y sentimientos de los participantes y fomentar tanto el análisis como la reflexión de los mismos.



- El diálogo se realizó en una perspectiva de respeto frente a distintos puntos de vista que puedan existir sobre un tema, evitando que los miembros del grupo incurran en descalificaciones o confrontaciones negativas y agresivas entre ellas.
- Enfatizar verbalmente la escucha activa entre los miembros del grupo durante las sesiones.
- Estimular que reflexionen y razonen al hilo de los temas que se ponen de relieve en las actividades.
- Potenciar que el debate se realice con los miembros del grupo en posición circular de tal modo que todos puedan verse y escucharse adecuadamente.

CAPITULO 3

RESULTADOS

3.2. Caracterización de la Población de Estudio

Características socio demográficas, circunstancias de la violencia y la homogeneidad de los grupos

En las tablas siguientes aparecen descritas las características socio demográficas de las participantes que conforman al grupo asignado. Además se ha analizado la homogeneidad de los grupos en aquellas variables socio demográficas y de circunstancias e historia de la violencia que pudieran afectar a los resultados de la eficacia de la intervención. Se han realizado el análisis de homogeneidad, con el objeto de determinar si existen diferencias significativas en las variables indicadas entre el grupo de intervención y el grupo control. Se ha utilizado la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

Edad

Tabla N° 1. Distribución de la muestra según edad

Edad	Grupo de intervención	DS	Grupo control	DS	Valor p
Media (IC _{95%})	31,57 (29,70-33,44)	6,97	34,04 (32,06-36,02)	7,39	0,22

Fuente: Resultados investigación
Elaborado por: Amparito Rodríguez

La edad media en el grupo intervención es de 31,57 años (IC_{95%}29,70-33,44), y para el grupo control de 34,04 (IC_{95%}32,06-36,02) y el valor p para la diferencia de medias es de 0,22, por lo que los grupos fueron iguales respecto de la edad.

Tabla Nº 2. Distribución de la Muestra según ocupación, años cumplidos de estudio y relación de pareja.

Variable	Grupo Intervención		Grupo Control		Chi cuadrado Chi cuadrado Fisher
	Numero	%	Numero	%	
Ocupación:					
Trabaja fuera de casa	12	21%	12	21%	Valor p 0,591
No trabaja fuera de casa	44	79%	44	79%	
Años cumplidos de Estudio					
Más de nueve	4	7%	9	16%	Valor p 0,119
Menos de nueve	52	93%	47	84%	
Relación de Pareja					
Con pareja	52	93%	53	95%	Valor p 0,5
Sin pareja	4	7%	3	5%	

Fuente: Resultados investigación
Elaborado por: Amparito Rodríguez

Ocupación

Del total de las mujeres participantes en la Investigación 56 en el Grupo Intervención y 56 en el Grupo Control, en cada grupo 12 mujeres trabajan fuera de la casa (21%) recibiendo una remuneración y 44 mujeres participantes no trabajan fuera de la casa (79%), haciendo una dependencia económica de su agresor, porque la mayoría se dedica a los quehaceres domésticos, trabajo no remunerado. La comparación entre los grupos arroja que son similares para el estudio y que permiten la investigación.

Años cumplidos de Estudio

Respecto a los años de estudio de todas las mujeres participantes en la investigación, al categorizar las variables, todas sabían leer y escribir, a pesar de que los resultados demuestran que 52 mujeres que participaron en el Grupo



Intervención que equivale al (93%) tenían menos de nueve años de estudio y en el Grupo Control 47 mujeres que corresponde al (95%) tenían menos de nueve años de estudio. Existiendo una diferencia mínima de 5 mujeres razón por la cual los grupos son comparables, por lo que facilitan mejor la intervención y el estudio, además el material brindado en el programa pudo ser leído por ellas.

Relación de pareja

En referencia al estado civil de la **muestra total** de mujeres de este estudio 112, señalar que el Grupo Intervención el 93% que equivale a un total de (52) estaba con pareja, solo el (7%), ósea (4) estaba sin pareja. En el grupo Control el (95%) que corresponde a (53) de las mujeres participantes están con pareja y tan solo el 5% que son (3) estaban sin pareja. En los dos grupos las participantes tenían relación de pareja, conviven con el agresor en el momento de la evaluación y participación del programa de intervención.

Por lo tanto los grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables categóricas de Ocupación, años cumplidos de estudio y relación de pareja, con el valor de p de 0,5 en los dos casos, de 0,11 en el de años cumplidos, se observa que los grupos fueron comparables.

3.2. Circunstancias e historia de la violencia intrafamiliar

En las siguientes tablas aparecen descritas las principales variables que permitieron describir el tipo de maltrato (físico, psicológico y sexual), la severidad de la violencia (leve, moderada y grave) y la cronicidad del episodio de violencia intrafamiliar (agudo, crónico y aislado), vivida por cada una de las mujeres participantes en los grupos que conforman la muestra total de la investigación. Los mismos que permiten determinar la presencia de las consecuencias emocionales en las mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar a las que están expuestas. Además se resalta la homogeneidad existente en los grupos del estudio.

Tipos de Violencia

Tabla Nº 3. Distribución según tipo de violencia y grupo de asignación

Tipo de violencia vivida	Grupo de asignación			Total
		Intervención	Control	
Física	Número	22	18	40
	Porcentaje	20%	16%	36%
Psicológica	Número	34	38	72
	Porcentaje	30%	34%	64%
Total	Número	56	56	112
	Porcentaje	50%	50%	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

En la **muestra total**, todas las mujeres participantes en la investigación han recibido maltrato físico, psicológico y sexual. El 36% de las participantes refirieron violencia física, 20% corresponde al grupo intervención y 16% al grupo control; el 64% refirió violencia psicológica, 30% grupo intervención y 34% grupo control. Por tanto, el porcentaje de mujeres que había sido víctima de maltrato físico y psicológico y, además, sexual es similar en los dos grupos de mujeres participantes tanto en el de Intervención y Control. Los grupos intervención y control fueron comparables respecto de los tipos de violencia con un valor p de 0,38 para el Chi cuadrado de Pearson.

Severidad de la Violencia

Tabla Nº 4. Distribución según severidad de la violencia vivida y grupo de asignación

Severidad de la violencia vivida		Grupo de asignación		Total
		Intervención	Control	
Leve	Número	20	18	38
	Porcentaje	18%	16%	34%
Moderada	Número	27	23	50
	Porcentaje	24%	21%	45%
Grave	Número	9	15	24
	Porcentaje	8%	13%	21%
Total	Número	56	56	112
	Porcentaje	50%	50%	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

Otro dato que refleja la gravedad e intensidad del maltrato sufrido por las participantes de este estudio es la alta severidad de violencia experimentada por las mujeres participantes en la investigación, el mayor porcentaje corresponde a la severidad moderada 45% de la muestra total de las mujeres lo ha vivenciado; 24% en el grupo de Intervención y el 21% en el grupo Control, eso no quita que se deba pasar por alto los porcentajes de la severidad leve (34%) y la severidad grave el (21%). Los grupos intervención y control fueron similares respecto de la severidad de la violencia con un valor p de 0,38 para el Chi cuadrado de Pearson.

Tipo de episodio de Violencia

Tabla Nº 5. Distribución según episodio de violencia y grupo de asignación.

Tipo de episodio de violencia		Grupo de asignación		Total
		Intervención	Control	
agudo	Número	19	24	43
	Porcentaje	17%	21%	38%
crónico	Número	11	6	17
	Porcentaje	10%	5%	15%
aislado	Número	26	26	52
	Porcentaje	23%	23%	46%
Total	Número	56	56	112
	Porcentaje	50%	50%	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

En relación al tipo de episodio de violencia experimentado por las mujeres participantes en el estudio, del total de la muestra el mayor porcentaje corresponde al episodio aislado (46%), con porcentaje del 23% para los dos grupos Intervención y Control. Sin embargo también se resalta el episodio agudo con un 38% de la muestra total, sin dejar de lado el 15 % de la muestra total vive episodio crónico que permite tener presente que las mujeres participantes en la investigación todas son víctimas de violencia intrafamiliar. En cuanto a la homogeneidad los grupos intervención y control fueron comparables respecto del episodio de violencia vivida con un valor p de 0,35 para el Chi cuadrado de Pearson.

Esto nos permite afirmar que en el análisis de la homogeneidad de los grupos en las variables socio demográficas y de circunstancias e historia de la violencia, en la muestra los grupos son comparables para el estudio.



3.3. Presencia, distribución de las Consecuencias Emocionales y Eficacia de la intervención.

En primer lugar, cabe destacar el éxito en la eficacia de la intervención, la alta adherencia al tratamiento de las mujeres de este estudio. Así pues, ninguna mujer abandonó el tratamiento tras todas las sesiones, teniendo en cuenta lo difícil que resulta la formación de grupos con este tipo de población.

Además en cuanto a la **asistencia a las sesiones** se refiere, que al ser planificadas de acuerdo a sus tiempos, asistieron a todas las reuniones de la intervención. Teniendo en cuenta la difícil situación que atraviesan estas mujeres, la asistencia fue regular. No hay que olvidar que la participación en el tratamiento suele coincidir con un momento especialmente difícil para las víctimas, como es la relación con su pareja, las actividades de la casa, los hijos y todas las obligaciones a las que diariamente deben enfrentarse, no han impedido que las participantes de este estudio asistieran con regularidad al tratamiento.

Finalmente, hay que señalar como un indicador importante de participación en el programa, que la mayoría de las mujeres llevara a cabo las **tareas asignadas para casa**, es reflejo de su motivación y de su compromiso con el programa de intervención, además se realizó un trabajo previo de motivación de las participantes por parte del Equipo de “Las Marías” y el convencimiento del carácter fundamental de las tareas para casa, con el objeto de que sean llevadas a cabo a lo largo de la intervención

Todas las participantes cumplían criterios para el diagnóstico de la Presencia de Consecuencias Emocionales, según la versión revisada con el SRQ. La tabla siguiente muestra los porcentajes de la presencia de las consecuencias emocionales en las mujeres que viven violencia intrafamiliar.

Tabla Nº 6. Presencia de Consecuencias Emocionales en el Grupo de Intervención y Control antes del Programa de Intervención

	Antes del programa				Chi-Square Tests
	G. Intervención		G. Control		
	número	porcentaje	número	porcentaje	
Con consecuencias emocionales	53	95%	54	96%	Pearson 0,209
Sin consecuencias emocionales	3	5%	2	4%	valor p 0,500

Fuente: Resultados investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

En el grupo de intervención en el pretest, 53 mujeres presentaron consecuencias emocionales y 3 registraron sin consecuencias emocionales; en el grupo control 54 mujeres se registró con consecuencias emocionales y 2 sin consecuencias emocionales; valores que no tuvieron diferencia significativa.

Teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos en el Test de Valoración SRQ de las consecuencias emocionales en general es alta, la puntuación encontrada en la muestra total de participantes y en cada uno de los grupos se refleja la intensidad y la gravedad de las consecuencias emocionales que padecen estas mujeres.

Tabla N^o. 7. Presencia de Consecuencias Emocionales en el Grupo de Intervención y Control después del Programa de Intervención.

	Después del programa				Chi-Square Tests
	G. Intervención		G. Control		
	número	porcentaje	número	porcentaje	
Con consecuencias emocionales	10	18%	53	95%	Pearson 67,084 Test Fisher Valor p 0,000
Sin consecuencias emocionales	46	82%	3	5%	

Fuente: Resultados Investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

Luego del trabajo de campo, el grupo de intervención en el pos test presentó 46 mujeres sin consecuencias emocionales y 10 con consecuencias emocionales y el grupo control 3 mujeres sin consecuencias emocionales y 53 con consecuencias emocionales. Para el estudio del cambio experimentado en la puntuación total de las consecuencias emocionales, la prueba del Chi-cuadrado. Los resultados de la prueba del Chi- cuadrado muestran diferencia estadísticamente significativa con chi-cuadrado de 67,08 y valor p del Test de Fisher de 0,000.

Prueba de hipótesis para las variables de interés Depresión, Ansiedad e Ideas Suicidas según grupo de intervención y control. Eficacia de la Intervención.

En la etapa de pre intervención los grupos no tenían diferencia respecto de las consecuencias emocionales Depresión, Ansiedad e Ideas Suicidas, en la etapa de pos intervención la diferencia existe entre los dos grupos es estadísticamente significativa conforme la prueba del Chi cuadrado, tabla 8,9 y 10, al ODDS, tabla 11 y la Prueba de McNemar, tabla 12.

Tabla N°8. Presencia de Depresión en el Grupo Intervención y Control, Antes y Después del Programa de intervención.

	Antes del programa					Chi-Square Test	Después del programa					Chi-Square Test
	G. Intervención		G. Control		G. Intervención		G. Control					
	Núm.	Poc.	Núm.	Poc.	Núm.		Poc.	Núm.	Poc.			
Depresión	Si	53	95%	54	96%	Pearson 0,209 valor p 0,500	10	18%	53	95%	Pearson 67,084 Test Fisher valor p 0,000	
	No	3	5%	2	4%		46	82%	3	5%		

Fuente: Resultados Investigación
Elaborado por: Amparito Rodríguez

Tabla N°9. Presencia de Ansiedad generalizada en el Grupo Intervención y Control, Antes y Después del Programa de intervención.

	Antes del programa					Chi-Square Test	Después del programa					Chi-Square Test
	G. Intervención		G. Control		G. Intervención		G. Control					
	Núm.	Poc.	Núm.	Poc.	Núm.		Poc.	Núm.	Poc.			
Ansiedad	Si	53	95%	54	96%	Pearson 0,209 valor p 0,500	10	18%	53	95%	Pearson 67,084 Test Fisher valor p 0,000	
	No	3	5%	2	4%		46	82%	3	5%		

Fuente: Resultados Investigación
Elaborado por: Amparito Rodríguez

Tabla Nº10. Presencia de Ideas Suicidas en el Grupo Intervención y Control, Antes y Después del Programa de intervención.

		Antes del programa				Chi-Square Test	Después del programa				Chi-Square Test
		G. Intervención		G. Control			G. Intervención		G. Control		
		Núm.	Poc.	Núm.	Poc.		Núm.	Poc.	Núm.	Poc.	
Ideas Suicidas	Si	53	95%	54	96%	Pearson 0,209	10	18%	53	95%	Pearson 67,084
	No	3	5%	2	4%	valor p 0,500	46	82%	3	5%	Test Fisher valor p 0,000

Fuente: Resultados Investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

Para desentrañar el significado del efecto del programa, en el **grupo control** no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de **Depresión** antes de la Intervención y después de la intervención con chi-cuadrado de 0,209 y valor p del Test de Fisher de 0,50. Lo que se constata que con el paso de un periodo de tiempo similar al de la intervención grupal no remite la sintomatología de depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas. Tal y como cabría esperar, en el **grupo total de tratamiento** los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas con chi-cuadrado de 67,08 y valor p del Test de Fisher de 0,000 que indican una marcada reducción de la puntuación total de la depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas. El tratamiento se ha mostrado eficaz para reducir de forma significativa la sintomatología. Teniendo en cuenta los criterios establecidos por el Cuestionario SRQ respecto al número de criterios necesarios para el diagnóstico de Consecuencias Emocionales (once o más literales del cuestionario que contesten SI, demuestran la presencia de depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas) para su consideración.

Tabla Nº. 11. Presencia de depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas en el Postest.

		Presencia de depresión, ansiedad e ideas suicidas en post test	
		Positivo	Negativo
Presencia de depresión, ansiedad e ideas suicidas en pretest	Positivo	10	43
	Negativo	0	3

Fuente: Resultados Investigación
Elaborado por: Amparito Rodríguez

Al comparar en forma de razón en el grupo de mujeres con depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas que recibieron la intervención se observó que 43 mujeres en el postest puntuaron para no depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas (ODDS depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas $(43/10 = 4,3)$); por cada mujer con depresión, ansiedad e ideas suicidas en el pos test hubieron 4 que ya no puntuaron para esta condición luego de la intervención.

Tabla Nº. 12. Presencia de Consecuencias Emocionales en el Pretest y Postest, según la Prueba de McNimer.

		Consecuencias emocionales en post test		Prueba de McNemar	
		Si	No	Chi cuadrado	42,023
Consecuencias emocionales en pretest	Si	63	44	Sig.asintót	0.000
	NO	0	5		

Fuente: Resultados investigación

Elaborado por: Amparito Rodríguez

Del total de participantes que son 112 mujeres, 107 mujeres presentaron consecuencias emocionales en el pretest, 63 de las 107 se mantuvieron con



consecuencias emocionales en el pos test, 53 del grupo control y 10 del grupo de intervención; 44 mujeres de las 107 en el pos test los resultados fueron sin consecuencias emocionales que corresponden al grupo de intervención. 5 mujeres en el pretest no tuvieron consecuencias emocionales al igual que en el postest, 2 pertenecen al grupo de intervención y 3 al grupo control. Las diferencias en el total de participantes son estadísticamente significativas entre el pretest y el pos test con un valor p de 0,000.

CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

Si el programa de intervención resulta eficaz, entonces:

Habrà una reducción significativamente mayor en eliminar las Consecuencias Emocionales en el pos tratamiento en las mujeres asignadas al grupo de intervención en comparación con el grupo control, en las siguientes:

- Depresión
- Ansiedad
- Ideas Suicidas y
- Escala global de Consecuencias Emocionales

Se confirma:

Las Consecuencias Emocionales en el pos tratamiento son significativamente menores en el grupo de intervención que en el grupo control. Las mujeres asignadas al grupo de intervención experimentan una reducción significativa en la Depresión, Ansiedad e Ideas Suicidas y global de las Consecuencias Emocionales al pos tratamiento en comparación con el grupo control.



CAPITULO 4

DISCUSION

En esta investigación se ha diseñado y evaluado empíricamente la eficacia de un programa de intervención para víctimas de violencia intrafamiliar, dirigido específicamente a modificar el problema que se considera más importante de todos los que desarrollan estas mujeres, esto es, las Consecuencias Emocionales. No obstante, se ha partido del supuesto de que, dado que las Consecuencias Emocionales son altamente invalidantes, que interfieren significativamente en el funcionamiento global de la víctima y que, se resalta principalmente la depresión, ansiedad e ideas suicidas, el tratamiento y la remisión de la sintomatología irían acompañados de una mejoría en estas variables dependientes.

A continuación, se considerarán los resultados de esta investigación atendiendo a cinco puntos básicos: las participantes, el tratamiento, la metodología de este estudio, las impresiones clínicas y personales y las líneas de investigación futuras.

En este apartado se van a comentar las características de las mujeres de este estudio, teniendo en cuenta sus características socio demográficas, y circunstancias de la violencia experimentada y las características psicopatológicas, que, como consecuencia del maltrato, sufren todas ellas, comparando con estudios realizados en otros países, ya que no existen estudios similares en el país.

Se caracterizan por ser mujeres de mediana **edad** 31.57 años de media grupo de intervención y 34,04 años de media grupo control. Respecto a la **relación con pareja**, llama la atención que el 93% de las participantes tienen pareja, solo el 7% sin pareja, en el grupo de intervención no existe diferencia más que del 2% en el grupo Control, porcentaje superior al encontrado en otros estudios como de Amor y Rincón en España (67), donde las mujeres casadas se acercaban o superaban el 50%.



En relación al **nivel laboral**, señalar que únicamente un 21% de las participantes trabaja fuera de la casa y el 79% dentro de la casa en los dos grupos, en el servicio doméstico o en otras profesiones no cualificadas, que son mal remuneradas en la mayoría de los casos, porcentajes superiores a los encontrados en estudios de otros países como los de Crespo y Rincón (67), donde las mujeres reciben un mejor salario. Por tanto, el pequeño porcentaje de mujeres con un trabajo asalariado y la precariedad de los empleos que desempeña la mayoría de ellas, hablarían de la difícil situación a la que se enfrentan las participantes de este estudio, haciendo una dependencia a su pareja y la negativa a separarse, teniendo que soportar la gravedad de la violencia a la que están sometidas.

En relación a los **años de estudio**, todas las mujeres del estudio son indígenas destacar que el 93% de mujeres tienen menos de nueve años de estudio en el grupo de Intervención y el 84% en el grupo control, porcentaje superior al encontrado en estudios de otros países como en España el de Rincón 73 (68) que habla de las mujeres migrantes, todas ellas saben leer, sin embargo se mantienen en el espacio de violencia. También es de destacar que, aunque su nivel cultural no es de analfabetismo, su cualificación laboral, como se ha visto, es baja, la mayoría no logra una independencia económica de su pareja, lo que sería un fiel reflejo, bien de la situación de aislamiento a la que se han visto sometidas durante tanto tiempo y que perdura a pesar de la realidad de violencia en la que viven.

Finalmente en una sociedad todavía muy tradicional como es la ecuatoriana, con una importante presión religiosa, que defiende el vínculo conyugal para toda la vida, que penaliza socialmente la ruptura del matrimonio y en la que prevalecen creencias como que “la mujer debe aguantarlo todo y auto sacrificarse a favor del bienestar y la unidad familiar”, la decisión de separarse y/o divorciarse de la pareja, a menudo, estigmatiza a las víctimas y las aísla a nivel social. En definitiva, este recorrido por las distintas características socio demográficas de las participantes en el estudio deja al descubierto el contexto tan desfavorable al que, a menudo, deben enfrentarse estas mujeres, falta de apoyo social, bajo nivel



económico, dificultad de acceso al mundo laboral lo que impide empezar un nuevo espacio de vida.

El análisis de las características de la violencia, en concreto, el tipo maltrato sufrido por la mayoría de las participantes, la severidad y episodio de violencia.

En cuanto al **tipo de violencia**, destacar que un 36 % de las mujeres participantes en el estudio (un 20% grupo de intervención y 16% grupo Control) afirmó haber sido víctima de violencia física, dejando lesiones imborrables. El 64% del total de mujeres (30% en el grupo de intervención y 34% en el grupo control) manifestó haber sido víctima de violencia psicológica, porcentajes superiores a los encontrados en estudios en otros países, como el de Arinero (68), basado en el de Amor y Rincón, predominando los insultos y humillaciones, aumentando la probabilidad de desarrollo de las consecuencias emocionales y correlacionar positivamente con la gravedad de las mismas. La violencia sexual es más difícil de identificar y es, a menudo, minimizada por las víctimas que creen que, aún sin desearlo, es un deber u obligación.

Las dos características fundamentales de la historia de malos tratos son la severidad de la violencia y el tipo de episodio vivido. La mayor prevalencia de **severidad** del maltrato vivida por cada una de las participantes del estudio es la Severidad Moderada con un 45% (24% en el grupo de intervención y 21% en el grupo Control), severidad similar encontrada en estudios realizados en otros Países, como en España el de Grijalba (69), que lo realizó en el 2007 basado en el estudio de Rincón; ya que en el Ecuador no existen estudios para compararlos. Esta severidad vivida sin duda, pone de relieve la cronicidad de los problemas de las víctimas, entre ellos la depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas.

El maltrato fue de **episodio aislado** en la mayoría de los casos; 46% del total de mujeres (23% en el grupo de Intervención y 23% en el grupo Control) pero también resalta el episodio agudo 38% del total de las participantes (17% en el grupo de intervención y el 21% en el grupo Control) iniciado desde el comienzo de la relación con la pareja inclusive en el noviazgo y sin embargo deciden unirse, comparado con estudios de otros países como el realizado por Ortiz en el 2005



(70), y basado en el de Labrador, 2004, se explica que a partir de ese momento, el maltrato se instauró como un patrón de comportamiento habitual y aceptado en la relación de pareja.

Probablemente, los factores cognitivos tengan un gran peso en un principio de creencias como que las agresiones no volverán a suceder o que ella ha tenido la culpa y si se comporta bien no la tendrá que maltratar, tengan un papel fundamental en la decisión de no romper la relación que acaba de comenzar, la falta de recursos económicos, de apoyo social, las creencias culturales y la vivencia del patriarcado donde la mujer tiene que obedecer y que no está permitido separarse porque no es aceptado cultural, familiar y socialmente.

Dado que era el principal criterio de inclusión en este estudio, todas las participantes padecían **consecuencias emocionales**, según criterios del Cuestionario SRQ, como consecuencia de la exposición prolongada a la violencia intrafamiliar. Desde una perspectiva dimensional, es importante resaltar el alto grado de intensidad con que se manifiesta las consecuencias emocionales de depresión, ansiedad e ideas suicidas antes de la intervención en la muestra total de mujeres, debido al tipo, severidad y episodio de la violencia experimentada.

Así lo reflejan las elevadas puntuaciones obtenidas por las participantes en el estudio, tanto a nivel global (95% en el grupo intervención y el 96% en el grupo control), como en las principales consecuencias emocionales, a saber: depresión, ansiedad e ideas suicidas (95%), que se sitúan muy por encima de los puntos de corte establecidos en la Escala de Gravedad de Síntomas (SRQ) (11 mínimo), comparando con estudios realizados sobre estrés postraumático de Grijalba (69), realizado en España en el 2007 es alto, el nivel de intensidad de la consecuencias emocionales experimentado por las mujeres participantes en este estudio es muy alto, lo que desencadena malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el suceso traumático.

Debido a que la ocurrencia de los episodios de violencia se limita normalmente al propio hogar de la víctima, la única conducta que cabría esperar sería el abandono definitivo del domicilio, sin embargo la imposibilidad en estas mujeres



de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos, su percepción de vulnerabilidad, así como la ruptura de su marco de seguridad previo, que supone el hogar como el lugar supuestamente más tranquilo para la víctima, podrían explicar el estado de permanente vigilancia que manifiestan estas mujeres, que estaría funcionando como una respuesta de alarma ante el temor y la posibilidad de sufrir una nueva agresión.

La presencia de consecuencias emocionales en las participantes del estudio hace que ellas permanezcan en un embotamiento emocional, sobre todo la apatía, la restricción de la vida afectiva y la sensación de futuro desolador, la marcada disminución del interés por llevar a cabo actividades que antes resultaban gratificantes en víctimas de violencia intrafamiliar. Es lógico pensar que, dado que el acontecimiento traumático es perpetrado por la persona con la que la víctima mantiene una relación de afectividad y con la que tiene un proyecto de vida en común, hace que tenga dificultad para romper con el ciclo de la violencia.

La presencia de depresión, ansiedad e ideas suicidas antes de la intervención (95%), desencadena apatía, pérdida de interés en actividades gratificantes, dificultad para conciliar el sueño, baja autoestima, pensamientos negativos acerca del mundo los que con mayor frecuencia presentan las mujeres de este estudio, comparado con un estudio de Pseudónimo (60), realizado en el 2006 en España sobre la intervención en Estrés Postraumático. Se demuestra que en ocasiones las mujeres se responsabilizan a sí mismas de estas atrocidades, se auto inculpan, llegan a pensar y aceptar que ellas son las culpables de la violencia a la que han estado sometidas, las responsables del comportamiento violento del agresor, afectando su autoestima, creando un estado de ansiedad y una baja de estado de ánimo, llevándolas a pensar que la mejor alternativa es acabar con su vida. En consecuencia, resulta fundamental abordar las Consecuencias Emocionales desde el principio y de forma específica, ya que sólo superado éste, la persona tendrá la capacidad y los recursos para poder hacer frente a los retos de la vida cotidiana y desarrollar una nueva adaptación a su medio.

En cuanto al segundo núcleo de discusión, esto es, la eficacia del tratamiento, resaltar que es este el punto central del trabajo que se presenta, ya que lo que se



ha realizado ha sido evaluar la eficacia de un programa de intervención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, ajustado específicamente a disminuir las Consecuencias Emocionales que presentan.

A la luz de los **resultados de la intervención** se puede afirmar que el programa de intervención grupal ha sido más eficaz en la reducción de las Consecuencias Emocionales que la ausencia de intervención grupal. En concreto, las participantes del grupo de Intervención han experimentado una disminución significativa en depresión, ansiedad e ideas suicidas. Por el contrario, en el grupo Control no se han encontrado diferencias en ninguna medida, lo que permite concluir que la mejoría al pos tratamiento encontrada en el grupo de intervención se debe a la intervención llevada a cabo y no al mero paso del tiempo.

De manera más detallada y en relación a las Consecuencias Emocionales principal objetivo de la intervención, los resultados muestran diferencias significativas al pos tratamiento en el grupo total de participantes, en las consecuencias emocionales de forma global y de forma específica en la presencia de depresión, ansiedad e ideas suicidas. Concretamente, en la presencia global de las Consecuencias Emocionales las puntuaciones se reducen de 95% en el pre tratamiento a 18% al pos tratamiento, comparado con el estudio de Grijalba (69) , realizado en el 2007 en España y basado en el de Rincón, donde se comprobó la eficacia de la intervención en la disminución del Estrés Postraumático y los síntomas asociados como ansiedad, ideas suicidas y bajo estado de ánimo. Lo que se afirma que se encontró diferencias significativas entre el pre tratamiento y el pos tratamiento en todas las medidas, esto es, en depresión, ansiedad generalizada e ideas suicidas.

Teniendo en cuenta que la disminución de las consecuencias emocionales era el objetivo primordial de esta investigación, debe destacarse en primer lugar que de las participantes que finalizaron el tratamiento disminuyen significativamente depresión, ansiedad e ideas suicidas a los dos meses que se aplicó el postest (el 82%), se los realiza seguimiento datos que no constan en la investigación. Sin embargo se espera que estas mujeres vayan recuperando progresivamente las actividades gratificantes que, a causa del maltrato, se han visto obligadas a



abandonar y que sea éste un factor relacionado con la mejoría alcanzada en el estado de ánimo (71).

Obviamente, conforme logren normalizar su vida, esto es, incorporarse al mundo laboral, construir una red social, implicarse en actividades de ocio, incluso, establecer una nueva relación sentimental si han optado separarse, van a mejorar cada vez más. Se podría pensar que en la recuperación de estas víctimas habría un determinado “punto de llegada” que con la intervención grupal se debe alcanzar. Este punto sería aquél en el que ellas se sientan lo suficientemente bien como para poder “comenzar a caminar solas” en una nueva vida. A partir de ahí, estas mujeres van a lograr su recuperación total de manera paulatina, a medida que vayan construyendo su nueva realidad.

Los resultados confirman un nivel de cambio significativamente positivo en las mujeres que participan en el programa de intervención que en la fase pretest tenían un nivel alto de consecuencias emocionales, disminuyeron significativamente por efecto del programa de intervención. En síntesis, el programa de intervención ejerció un efecto muy positivo sobre las mujeres con problemas de depresión, ansiedad e ideas suicidas. Los resultados obtenidos confirman totalmente la hipótesis, el programa fue eficaz para las mujeres que participaron en la intervención, con problemas de depresión, ansiedad e ideas suicidas, lo que pone de relieve el efecto terapéutico de esta intervención, confirmando la hipótesis del estudio.

Sin embargo es necesario resaltar que a pesar que los resultados son decidores, existió limitaciones en el estudio; el diseño no consideró realizar un análisis pareado intragrupo, ya que se necesitaba una muestra más amplia. También la dificultad del tiempo que no permitió realizar el seguimiento, para poder conocer la posterior evolución, una vez que los problemas emocionales se caracterizan por su persistencia a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

En definitiva, a partir de los resultados estadísticos y clínicos sobre la eficacia de la intervención encontrados en este estudio, se puede afirmar:

1. En primer lugar, hay que resaltar lo que por todos es sabido, esto es, la grave repercusión del tipo, severidad y episodio de violencia intrafamiliar sobre la salud mental de quienes la sufren, todas las víctimas de este estudio habían desarrollado consecuencias emocionales que, aunque con diferencias en su intensidad, era semejante en su manifestación. Estos hallazgos, por tanto, vendrían a defender la importancia de diseñar un programa de intervención estandarizado y específico, aplicado a víctimas de violencia intrafamiliar de cualquier espacio cultural. Así ha quedado demostrado en este estudio, la eficacia en la mejoría de las consecuencias emocionales entre ellas depresión, ansiedad e Ideas Suicidas.
2. Que se ha desarrollado un programa de intervención específico para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, eficaz para disminuir las consecuencias emocionales y modificar asimismo la sintomatología concomitante (depresión, ansiedad e ideas suicidas).
3. Que el programa de intervención, centrado en modificar y disminuir las consecuencias emocionales, ha producido un cambio clínico y estadísticamente significativo en éste y en todos los demás índices de depresión, ansiedad e ideas suicidas concomitantes.
4. Que la eficacia de la intervención en mujeres indígenas, a pesar de tratarse de otra realidad cultural y social, ha resultado eficaz, justificando, en consecuencia, la posibilidad de generalizar programas de intervención a otros grupos de mujeres del país, que viven violencia intrafamiliar y que presentan consecuencias emocionales.
5. Qué factores como la experiencia previa de malos tratos o la exposición a otros acontecimientos traumáticos podrían interferir en la eficacia de la



intervención y, en este sentido, obliga a pensar en la necesidad de programas de tratamiento más prolongados en el tiempo para este tipo de víctimas.

6. El programa permitió desarrollar en las mujeres que participaron en la intervención un aumento de las estrategias cognitivas asertivas y de la cantidad total de estrategias disponibles para interactuar en situaciones sociales conflictivas como abordar un conflicto moral, responder a una agresión, afrontar el rechazo de otros y romper con el ciclo de la violencia vivida.
7. Las mujeres que participaron en el programa de intervención manifiestan y se observa un alto nivel de satisfacción ya que se facilitó la comunicación entre compañeras, la confianza con todas las del grupo, la creatividad, el respeto por la opinión de las compañeras, de las normas sociales las conductas de ayuda, las relaciones de amistad, la capacidad para cooperar, la participación, el auto concepto, la capacidad de expresar opiniones y sentimientos con las demás.

Toda esta realidad de eficacia del programa de intervención y la disminución de las consecuencias emocionales en las mujeres que participan en el mismo, una explicación podría ser que por primera vez se encuentran en un contexto de ayuda profesional, junto con mujeres en su misma situación, un contexto que las desculpabiliza, que no las juzga, que las apoya, les ayuda a valorarse y les recuerda su derecho a vivir dignamente. Posiblemente, el trabajo grupal en un contexto terapéutico profesional haya sido un motor fundamental en la rápida mejoría experimentada por las mujeres, además es importante señalar que el apoyo social que reciben desde el grupo “las Marías” es un factor decisivo en la disminución del desarrollo de las consecuencias emocionales.

RECOMENDACIONES

- En primer lugar, resulta de un valor incuestionable la aplicación del programa en grupo. Por un lado permite reducir costos tanto materiales como personales, y por el otro, este formato de intervención tiene un valor terapéutico añadido en este tipo de víctimas. Estamos hablando de mujeres que han sido juzgadas muy severamente por su entorno social por haber “roto su familia” y que apenas disponen de redes de apoyo. Incorporarse a un grupo de tratamiento les ofrece por primera vez la posibilidad de la aplicación del programa en grupo. Por un lado permite reducir costos tanto materiales como personales, y por el otro, este formato de intervención tiene un valor terapéutico, de no sentirse culpables por la ocurrencia del maltrato, de comprobar que no son las únicas mujeres que han sufrido este tipo de violencia y, además, supone una oportunidad de construir una nueva red de apoyo social que ayude a romper su aislamiento. En este sentido, es fundamental en el trabajo con mujeres maltratadas que esta red social de apoyo incipiente durante la terapia se extienda y afiance más allá de la misma, sin que peligre al terminar la intervención.
- La conveniencia de que el terapeuta sea una mujer. Si bien no hay estudios concluyentes al respecto, parece fundamental que en un principio, en el que se debe favorecer la expresión emocional de la víctima, a la vez que se le brinda apoyo y comprensión, sea una terapeuta mujer la que haga el acogimiento. Más aún si las mujeres presentan consecuencias emocionales, ya que la presencia de un hombre puede facilitar la aparición de síntomas de ansiedad en las víctimas. No obstante, en momentos más avanzados del proceso terapéutico, la presencia de un terapeuta varón puede proporcionar efectos beneficiosos. Por un lado, porque puede servir a las víctimas como una experiencia correctora que facilite la modificación de cogniciones del tipo “todos los hombres son agresores”. Por otro lado, una figura masculina favorecería la generalización de las habilidades desarrolladas a lo largo de la intervención.



- La importancia de una red social de apoyo ayudaría en la mejoría de estas víctimas. Que para mejorar y, sobre todo, para que estas mujeres puedan readaptarse a un nuevo entorno es fundamental el disponer de una red social de apoyo es más que evidente. Y que desde la terapia hay que favorecer la construcción de esta red de apoyo también. En este sentido, el llevar a cabo la terapia en formato grupal, más aún, el lograr que el grupo se cohesione de manera sólida es un primer paso, pero no es suficiente. Evidentemente, los lazos que las participantes construyen entre sí a lo largo de los dos meses de tratamiento pueden desaparecer con la finalización del mismo, y, por esto, es fundamental trabajar, desde el principio de las sesiones, la generalización del vínculo más allá de las dos horas de sesión semanal. Para ello, se debe animar a las participantes a que realicen actividades de ocio los fines de semana y a que compartan sus aficiones con el resto de las mujeres del grupo. Una manera de afianzar esta red podría ser llevando a cabo los seguimientos en formato grupal, aunque la aplicación del Cuestionario SRQ se haga de manera individual.



Referencias Bibliográficas

1. **Rojas, María Eugenia.** La Violencia Contra las Mujeres una Realidad Latente. "Fortalecimiento del acceso a la justicia y ejercicio de ciudadanía, por una vida libre de violencia para jóvenes y mujeres de Quito". [En línea] Quito, 2009. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] <http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/225/Bolet%C3%ADn%20CEPAM%20Sept%202009.pdf?sequence=1..>
2. **Camacho, Gloria, Hernández, Kattya y Redrobán, Verónica.** Las Comisarías de la Mujer ¿Un camino hacia la justicia? [En línea] Cuenca, 2009. ISBN-978-9978-36-917-3. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] http://www.ceplaes.org.ec/pdf/libro_ceplaesok.pdf..
3. **Ernst, Miriam.** Los delitos sexuales en el Ecuador. Un análisis desde la experiencia. [En línea] ENDEMAIN- CEPAM, Quito, 2007. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs18/miriamernst.pdf>.
4. **Biehl, Loreto.** Violencia contra la Mujer. *Prevención de la Delincuencia y la Violencia a nivel Comunitario en las Ciudades de América Latina y el Caribe*. [En línea] 2005, 1818 H Street, NW. Washington, DC 20433. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/womenviolence.pdf..>
5. **SERNAM, Servicio Nacional de la Mujer.** Violencia Intrafamiliar en Cifras. [En línea] Chile, Ministerio del Interior, 2010. [Citado el: 10. de Mayo de 2012.] <http://www.sernam.cl/denunciaalmaricon/pdf/estudio2.pdf>.
6. **Carcedo Cabañas, Ana.** Indicadores sobre violencia contra las mujeres. Sistematización y Evaluación Crítica. [En línea] Costa Rica, 2008, 2234-0955. [Citado el: 2012 de Mayo de 2012.] http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_1455227803/indicadores/Informeindicadores.pdf..



7. **Giraldo Arias, Regina y Gonzalez Jaramillo, María Isabel.** *Violencia Familiar.* Bogotá : Universidad del Rosario, 2009. ISBN: 978-958-738-014-9.
8. **Salud, Organización Mundial de la.** Violencia contra la mujer. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.* [En línea] Septiembre del 2011, WHO Media centre. [Citado el: 20 de Junio de 2012.] Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>..
9. **Ruiz Perez, Isabel.** Consecuencias en la Salud Física y Psíquica de la Violencia en contra de la Mujer en la Pareja. *Datos Epidemiológicos.* [En línea] México, 2007, EASP y RISG. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] <http://www.e-leusis.net/Ficheros/documentos/Isabel%20Ruiz.pdf>..
10. **Garaigordobil, Maite.** Evaluación de los Efectos de un Programa de Intervención en la prevención de la Violencia en factores cognitivos y conductuales desde la percepción subjetiva de profesores y adolescentes. *Departamento de personalidad de Evaluación y Planificación Psicológica.* [En línea] Universidad del País Vasco, 23 de Octubre del 2010, 35-43. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_35-43.pdf..
11. **Maldonado, Mónica.** Observatorio de los Derechos de la Mujer a una Vida sin Violencia. [En línea] Quito- Ecuador Marzo, 2009. Nº. 34 28027. [Citado el: 10 de Mayo de 2012.] <http://www.ceplaes.org.ec/pdf/boletines/SistematizacionObservatorioVWeb.pdf>.
12. **Caicedo, Claudia.** Lucha contra la Violencia Intrafamiliar: Perspectivas desde la Experiencia Colombiana. [En línea] Diciembre de 2005. [Citado el: 15 de Marzo de 2012.] <http://www.cifedhop.org/Fr/Publications/Thematique/thematique13/Caicedo.pdf>.
13. **Kislinger, Luisa.** Violencia doméstica contra las mujeres. *Información General América Latina y el Caribe.* [En línea] Noviembre de 2005. [Citado el: 15 de Marzo de 2012.] http://www.unifem.org/attachments/products/ViolenciaDomestica_LAC_spn.pdf.
14. **Vásquez, Mónica, Alarcón, Yadira y Amarís, María.** Violencia Intrafamiliar: Efectividad de la Ley en el Barrio las Flores de la Ciudad de Barranquilla. [En



línea] 20 de Mayo de 2008. [Citado el: 15 de Marzo de 2012.]
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/derecho/29/7_Violencia%20intrafamiliar.pdf.

15. **Pascolat Gilberto, Santos Cristiane de F.L. dos, Campos Eurico C.R. de, Valdez Luciane C.O., Busato Daniela, Marinho Daniela.** H.. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J. Pediatr. (Rio J.) [periódico na Internet]*. . [En línea] Febrero de 2006. [Citado el: 16; de Marzo de 2012.] 77(1): 35-40. Disponible em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000100010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572001000100010>..

16. **Ramos-Lira Luciana, Saltijeral-Méndez María Teresa, Romero-Mendoza Martha, Caballero-Gutiérrez Miguel Angel, Martínez-Vélez Nora Angélica.** Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública Méx* . [En línea] Julio de 2006. [Citado el: 16 de Marzo de 2012.] 43(3): 182-191. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002&lng=es..

17. **Ruiz-Pérez Isabel, Blanco-Prieto Pilar, Vives-Cases Carmen.** Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. [En línea] Mayo de 2007. [Citado el: 16. Gac Sanit de Marzo de 2012.] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es..

18. **Blanco Pilar, Ruiz-Jarabo Consuelo, García de Vinuesa Leonor, Martín-García Mar.** La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. [En línea] [Citado el: 16 de Marzo de 2012.] Disponible em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700029&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112004000700029>..

19. **Cardona A Doris, Ballesteros P Mónica.** El acoso psicológico: riesgo laboral más frecuente de lo reportado. [En línea] Julio de 2005. [Citado el: 16; 23(2): 99-106. de Marzo de 2012.] Disponible em:



http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000200012&lng=pt..

20. **Saborío Valverde M.Sc. Carlos, Gamboa Ramírez M.A. Jessica.** Trastornos y desajustes psicológicos asociados a la violencia delictiva: Un estudio con mujeres costarricenses privadas de libertad. *Med. leg. Costa Rica*. [En línea] Marzo de 2006. [Citado el: 16; 23(1): 51-74. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152006000100005&lng=pt..

21. **Julian., Solano Porras.** Psicotrauma y estrés postraumático: su valoración como daño psicológico o moral dentro del proceso civil y penal. [En línea] Septiembre de 2006. [Citado el: 16; 20(2): 69-75. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200007&lng=pt..

22. **Rosal, Renzo Lautaro e Solares, Hugo Antonio.** Guatemala 2008: la democracia en medio de un escenario complejo. . [En línea] 2009, vol.29, n.2. [Citado el: 16; pp. 429-451 . de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2009000200009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0718-090X. doi: 10.4067/S0718-090X2009000200009..

23. **Aliaga P. Patricia, Ahumada G. Sandra, Marfull J. Marisol.** VIOLENCIA HACIA LA MUJER: UN PROBLEMA DE TODOS. [En línea] 2006. [Citado el: 17; 68(1): 75-78. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100015&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262003000100015..

24. **Jáuregui, Inmaculada.** Mujer y Violencia. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. [En línea] 13 de Enero de 2006. [Citado el: 17; ISSN 1578-6730 de Marzo de 2012.] Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/13/ijbalenciaga.html>.

25. **Escudero Nafs Antonio, Polo Usaola Cristina, López Gironés Marisa, Aguilar Redo Lola.** La persuasión coercitiva, modelo explicativo del



mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de genero: II: Las emociones y las estrategias de la violencia. . [En línea] Diciembre de 2005. [Citado el: 17; (96): 59-91. de Maezo de 2012.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321>.

26. **Siera, Juan Carlos y Delgado-Dominguez, Carlos J. e Gutierrez-Quitanilla, José Ricardo.** Escala de actitud favorable hacia la violación: primeras evidencias acerca de su fiabilidad y validez en muestras salvadoreñas. [En línea] 2007, vol.6, n.3. [Citado el: 17; pp. 359-548 de Marzo de 2012.] Disponible em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1657-9267..

27. **Olaiz Gustavo, Rojas Rosalba, Valdez Rosario, Franco Aurora, Palma Oswaldo.** Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. [En línea] 2006, vol.48. Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000800003>..

28. **De Santacruz Cecilia, Chams Wadeth, Fernández de Soto Paola.** Colombia: violencia y salud mental La opinión de la psiquiatría. . [En línea] 2006 Mar. Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100004&lng=pt..

29. **Palazzo Lílian dos Santos, Kelling Alessandra, Béria Jorge Umberto, Figueiredo Andréia Cristina Leal, Gigante Luciana Petrucci, Raymann Beatriz et al .** Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. [En línea] 2008 Ago. Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400007>..

30. **Ramos, Maria Eduarda, & Oltramari, Leandro Castro.** Atividade reflexiva com mulheres que sofreram violência doméstica. . [En línea] 2010, vol.30, n.2.



Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000200015>..

31. **Expósito, Francisca.** Violencia de Género. *La asimetría social en las relaciones entre mujeres y hombres favorece la violencia de género. Es necesario abordar la verdadera causa del problema: su naturaleza ideológica.* [En línea] 2011. [Citado el: 20 de Marzo de 2012.] <http://www.uv.mx/cendhiu/educacion/documents/ArticuloViolenciadegenero.pdf>.

32. **Medina-Mora Ma. Elena, Borges-Guimaraes Guilherme, Lara Carmen, Ramos-Lira Luciana, Zambrano Joaquín, Fleiz-Bautista Clara.** Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. [En línea] Febrero de 2005. [Citado el: 20; 47(1): 8-21. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100004&lng=es..

33. **Frías Armenta, Martha y Gaxiola Romero, José C.** Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa o indirectamente: Depresión, Ansiedad. [En línea] vol. 25, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 237-248. [Citado el: 22, de Marzo de 2012.] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2430/243016308004.pdf>.

34. **Calvín Perez, María Eugenia.** Género Salud Mental y Violencia. [En línea] Diciembre de 2005. [Citado el: 22. Nº 2, p. 37. de Marzo de 2012.] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/mentalhealthandviolence.pdf>.

35. **Fernández, María del Carmen.** Violencia Doméstica. *Violencia en la pareja.* [En línea] 2005. [Citado el: 22 de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/violencia-domestica.pdf.

36. **Cruells, Marta, Torrems, Mirián y Igareda, Noelia.** Violencia Contra las Mujeres. *Análisis en la Población Penitenciaria Femenina.* . [En línea] Barcelona,



Aurea, 2005. [Citado el: 22 de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.surt.org/cast/docs/estudio_final_cast.pdf.

37. **Londoño Nora H, Muñiz Oscar, Correa Jorge Enrique, Patiño Carlos D, Jaramillo Gerardo, Raigoza Juliana et al** . Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). [En línea] 2005 Dez. [Citado el: 22; 34(4): 493-505. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400003&lng=pt..

38. **Tiburcio Sainz Marcela, Natera Rey Guillermina, Berenzon Gorn Shoshana**. Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. [En línea] 2010 Jun. [Citado el: 22; 33(3): 243-248. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300005&lng=pt..

39. **Campero Lourdes, Walker Dilys, Hernández Bernardo, Espinoza Henry, Reynoso Sofía, Langer Ana**. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. [En línea] 2005. [Citado el: 22. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000800010..>

40. **Alberto., Ramírez Ortegón Luis**. Observando a través de la muerte. [En línea] 2006 Dez. [Citado el: 22; 35(4): 519-536. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400006&lng=pt..

41. **Casique Casique Leticia, F. Furegato Antonia Regina**. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. [En línea] 2007 Jun. [Citado el: 22; 16(56): 17-21. de Marzo de 2012.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100004&lng=pt..



42. **Castillo, Maria Magdalena Alonso y Caufield, Catherine e Gómez Meza, Marco Vinicio.** Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N. L., México. [En línea] [online]. 2005, vol.13, n.spe2. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000800009>..
43. **Vera Pineros, Diego.** Desarrollo internacional de un concepto de reparación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario: complementos a la perspectiva de la ONU. [En línea] 2008, vol.13, n.2 [citado. [Citado el: 23], pp. 739-773 . de Marzo de 2012.] Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-44092008000200011&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0122-4409..
44. **Larizgoitia Itziar, Izarzugaza Isabel, Markez Iñaki, Fernández Itziar, Iraurgi Ioseba, Larizgoitia Arantza et al .** ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. [En línea] 2011 Jun . Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112011000300012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-9112011000300012>..
45. **Valdez-Santiago Rosario, Híjar-Medina Martha C, Salgado de Snyder V Nelly, Rivera-Rivera Leonor, Avila-Burgos Leticia, Rojas Rosalba.** Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. [En línea] 2006;. Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000800002>..
46. **Jaramillo Diva Estela, Uribe Tulia María, Ospina Doris Elena, Cabarcas Germán.** Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003. [En línea] 2006 Jun. Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000200008&lng=pt..



47. **Bejarano Castro Mónica, Rendón Luis Fernando, Rojas Martha Cristina, Durán Carlos Andrés, Albornoz Maribel.** Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. rev. . [En línea] 2006 Set. Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822006000300004&lng=pt..
48. **Ortega-Ceballos Paola Adanari, Mudgal Jyoti, Flores Yvonne, Rivera-Rivera Leonor, Díaz-Montiel Juan Carlos, Salmerón Jorge.** Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS morelos. [En línea] 2007 Out . Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000500006..>
49. **Canaval Gladys E, González Martha Cecilia, Humphreys Janice, De León Nileth, González Shirley.** Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. Invest. [En línea] 2009 Set. Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000200006&lng=pt..
50. **Hormachea, David.** *La Mujer: Sus tensiones y depresiones.* Estados Unidos : Grupo Nelson, 2008. ISBN: 978-1-60255-161-9..
51. **Romito, Patrizia.** *Un Silencio ensordecedor. La violencia ocultada contra mujeres y niños.* España : Intervención cultural S.L., 2007. ISBN: 978-84-96831-49-0..
52. **Castro, Roberto y Casique, Irene.** *Estudios sobre cultura y genero y violencia contra las mujeres.* Cuernavaca, mexico. : Biblioteca de CRIM., 2008. ISBN: 978-970-32-4814-8..
53. **Cañas Zabala, Alejandra.** Caracterización Teórico Metodológica de las Intervenciones Grupales con Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja. [En línea] Chile, 2007. [Citado el: 24. de Marzo de Citado 2012.] Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/canas_a/sources/canas_a.pdf..



54. **López Angulo, Laura Magda.** Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. [En línea] MediSur, vol. 7, núm. 5, octubre, 2009, pp. 62-83. [Citado el: 24. de Marzo de Citado, 2012.] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180014819012.pdf..>
55. **Berbesi Fernández Dedsy Yajaira, Bareño Silva José.** Diagnóstico de oferta de servicios en Salud Mental en Municipios de Antioquia (2004, 2006 Y 2007). [En línea] 2010 Jul. Disponivel em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100004&lng=pt..
56. **Arango-Dávila César Augusto, Rojas Fernández Juan Carlos, Moreno Mauricio.** Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. [En línea] 2008 Dez. Disponivel em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400006&lng=pt..
57. **Adurne, Alonso.** Mujeres Víctimas de Violencia Domestica. *Validación Empñirica de un programa de tratamiento.* [En línea] 2007. [Citado el: 24 de Marzo de 2012.] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf..>
58. **Alonso, Edurne y Labrador, Francisco Javier.** Características Sociodemográficas y de la violencia de Pareja en mujeres maltrados con trastorno de Estres Postraumático: un estudio comparativo de víctimas Españolas, Emigrantes y Mexicanas. [En línea] Revista Mexicana de Psicología, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 271-282. [Citado el: 12: de Mayo de 2012.] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2430/243016308007.pdf..>
59. **Aguirre D Pamela, Cova S Félix, Domarchi G Ma. Paz, Garrido C Carol, Mundaca LI Ivania, Rincón G Paulina et al .** Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. . [En línea] [revista en la Internet]. 2010 Jun. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272010000300004..
60. **Pseudonimo, Efal.** Mujeres Maltratadas por su Pareja con Trastorno de estres. *Estudio de las víctimas y de las características de un Programa de*



Intervención. [En línea] Madrid, 2005. [Citado el: 24. de Marzo de Citado 2012.] Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/Premio01.pdf>.

61. **Labrador, Francisco y Edurne, Alonso**. Eficacia a corto Plazo de un programa de Intervención para ek trastorno de Estyres Postraumático en Mujeres Mexicanas Víctimas de Vuoloencia Domestica. [En línea] Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N.º 2, pp. 117-130, 2007. . [Citado el: 24. de Marzo de ISSN 1136-5420/07. Cotado 2012.] Disponible en: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2007-C4A144C4-02CC-1237-1C03-5667229FA5B3/Documento.pdf..>

62. **Labrador, Francisco y E, Alonso**. Trastorno de Estres Postraumático en mujeres víctimas de Violencia Domestica. Programa de Intervención Breve y Específico. [En línea] C. Mad.Psicosom, Nº 76/77- 2005/2006. [Citado el: 24 de Marzo de Citado 2012.] Disponible en: <http://www.editorialmedica.net/archivos/cuadernos/Cuad-76-77-Trabajo5.pdf>.

63. **Hijar, Martha y Valdez, Rosario**. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. *Experiencia internacional y mexicana*. [En línea] ISBN 978-607-7530-17-6. [Citado el: 24. de Marzo de 2012.] Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/insp01.pdf>.

64. **Flores Vivanco, Ana Paula**. Violencia Doméstica, una Alternativa de Intervención con las Víctimas. [En línea] Marzo, Vol. 14 No 1. de 2011. [Citado el: 24. de Marzo de Citado 2012.] Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art16.pdf..>

65. **Novarum, Rerum**. Taller de Género y Autoestima de Paulo Freire. [En línea] Buenos Aires, Argentina, 2007. [Citado el: 2e4. de Marzo de Citado 2012.] Disponible en: <http://www.rerumnovarum.or.cr/documentos/Genero/2011/DOCUMENTOCTRNgeneroyautoestimaversionfinalpararevision.pdf..>

66. **Aguirre D Pamela, Cova S Félix, Domarchi G Ma. Paz, Garrido C Carol, Mundaca LI Ivania, Rincón G Paulina et al** . Estrés postraumático en mujeres



víctimas de violencia doméstica. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272010000300004..

67. **Labrador, Francisco Javier, Velasco Rocío Fernández y Rincón, Paulina.** Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. [En línea] 30, pp. 49-68. de Junio de 2009. [Citado el: 18 de Mayo de 2012.] <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t29611.pdf..>

68. **Arinero García, María.** Análisis de la Eficacia de un Programa de Intervención Psicológica para Víctimas de Violencia Domestica. . [En línea] Madrid, 2006. ISBN: 978-84-669-2961-5. [Citado el: 18 de Mayo de 2012.] <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t29611.pdf..>

69. **Grijalba, Edurne Alonso.** Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con trastornos de Estrés Postraumático: Validación Empírica de un Programa de Tratamiento. [En línea] Madrid, 2007. ISBN: 978-84-669-3148-9. [Citado el: 18 de Mayo de 2012.] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>.

70. **Ruiz de Acosta, Mirtha.** Intervención Psicológica a favor de las víctimas de violencia intrafamiliar y de género. [En línea] España, 2005. [Citado el: 18 de Mayo de Citado, 2012.] Disponible en: http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/2095_interv_psic_en_victimas_de_viointrafam_poder_judicial_final.pdf.

71. **Romero, Inmaculada.** Intervención en Violencia de Género: Consideraciones en Torno al Tratamiento. Intervención Psicosocial. [En línea] [revista en la Internet]. 2010 Jul;. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000200010&lng=es..



ANEXOS

Eficacia de un programa de intervención para disminuir las consecuencias emocionales de las mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar en Gualaceo, 2011.

Anexo 1. Consentimiento Informado

Estimada Señora.

Reciba un cordial saludo por parte del equipo técnico e investigación del Centro de Apoyo a la Mujer y la Familia “Las Marías” y de la Psicóloga Clínica Amparito Rodríguez investigadora del proyecto.

Es nuestro interés mejorar la calidad en la atención de nuestro Centro de todas y cada una de las mujeres que acuden en busca de apoyo a su problemática de violencia intrafamiliar.

La presente investigación tiene como:

Objetivo/s de la investigación

Evaluar la eficacia de un programa de intervención para la disminución de las consecuencias emocionales en mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar de la Parroquia San Juan del cantón Gualaceo.

Específicos

- Determinar los tipos de violencia física, psicológica, sexual y las consecuencias emocionales depresión, ansiedad e intento de suicidio de las mujeres que asisten al Centro las “Marías”
- Desarrollar un programa educativo para disminuir las consecuencias emocionales como depresión, ansiedad e intento de suicidio de las mujeres que viven violencia. Evaluar los cambios en las consecuencias emocionales depresión, ansiedad e intento de suicidio de las mujeres que reciben la intervención

Debemos indicar que la información recolectada y el desarrollo del programa de intervención en las consecuencias emocionales mantendrán el principio de confidencialidad y garantizamos el apoyo y el acompañamiento requerido para enfrentar la situación de violencia en la que se encuentran

En caso de que usted esté de acuerdo y desea ser parte de la investigación, le indicamos que usted será asignada a uno de los dos grupos de estudio y le solicitamos firmar el presente documento y su número de cédula.

Sra.

CI: _____

**Anexo 2. Cuestionario de Recolección de la Información (SRQ)**

lasmariasg@yahoo.com

Dirección: Av. 9 de Octubre Casa Parroquial
 Telefax: 225 8333 • Gualaquero - Ecuador
 Sucursal: Presidente Córdova 15-20 y
 Coronel Talbot • Cuenca - Ecuador

Eficacia de un programa de intervención para disminuir las consecuencias emocionales de las mujeres indígenas víctimas de violencia intrafamiliar en Gualaquero, 2011.

Formulario N°: _____

CI: _____ Edad: _____ Instrucción: _____ Fecha de aplicación: _____

Fecha último episodio de violencia: _____ Episodio de violencia: Agudo: Crónico: Aislado:

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Tipos de violencia: Física: Psicológica: Sexual: Patrimonial: Severidad de la violencia: Leve: Moderada: Grave: Relación con el agresor: Novio: Ex-novio: Esposo: Ex-esposo: Conviviente: Ex-conviviente: **CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION (SRQ)**

Nº	ITEMS	SI	NO	A VECES
1	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?			
2	¿Tiene mal apetito?			
3	¿Duerme mal?			
4	¿Se asusta fácilmente?			
5	¿Le tiemblan las manos?			
6	¿Se siente nerviosa, tensa, preocupada?			
7	¿Tiene mala digestión?			
8	¿Le cuesta pensar claramente?			
9	¿Se siente infeliz?			
10	¿Ha estado llorando más de lo normal?			
11	¿Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias?			
11	¿Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias?			
12	¿Le cuesta tomar decisiones?			
13	¿Es muy difícil su trabajo diario?			
14	¿Es usted incapaz de tener un papel útil en la vida?			
15	¿Ha perdido interés en las cosas?			
16	¿Se siente como una persona inútil?			
17	¿Le ha pasado por la mente la idea de terminar con su vida?			
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?			
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?			
20	¿Se cansa fácilmente?			
21	¿Toma alcohol más de lo usual?			
22	¿Siente que alguien ha estado tratando de dañarlo de alguna forma?			
23	¿Se ha dado cuenta de cualquier interferencia o cualquier otra cosa inusual con su pensamiento?			
24	¿Alguna vez oye voces sin saber de dónde vienen o que nadie más puede oír?			

¿Qué piensa de la violencia vivida?: _____

¿Qué acciones ha realizado usted en respuesta a la agresión sufrida? _____

¿Qué opina su familia al respecto? _____

¿Que apoyo recibió y de quién? _____

**Anexo 3. DESCRIPCION DE LOS TALLERES DE INTERVENCION****PRIMERA SESION**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACION
Encuadre y cohesión grupal	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de las participantes y de la terapeuta.- Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y de las normas de funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none">- Hoja con normas y compromiso de secreto terapéutico.- Un Esfero.	20 minutos
Motivación para la intervención	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de los objetivos globales y específicos del tratamiento.	Ninguno	15 minutos
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de los tipos de maltrato, ciclo de la violencia intrafamiliar y consecuencias del maltrato.	Ninguno	15 minutos
Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	<ul style="list-style-type: none">- Grabadora y música.- Colchonetas.	40 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en la técnica de respiración.- Auto-registro de síntomas de re experimentación.	<ul style="list-style-type: none">- Hojas de auto-registro de re experimentación y respiración.- Hoja con pautas de entrenamiento en respiración.	10 minutos

Presentación de las participantes.

Puesto que la Facilitadora ya ha tenido la oportunidad de conocer personalmente a las participantes en la sesión de evaluación, se dirige a cada una de ellas por su nombre para darles la bienvenida y agradecer su asistencia.



Se hace referencia a lo difícil que debe resultarles asistir a un grupo con personas desconocidas y se les refuerza por haber vencido sus resistencias y haber acudido. Se les recuerda que es un grupo para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y que, en este sentido, todas ellas comparten la misma problemática y presentan, en consecuencia, las mismas dificultades.

Se anima a las participantes a presentarse al resto del grupo. Muchas de ellas sienten que en este momento tienen que contar su historia de violencia con la emoción que ello despierta, así que es importante señalar que en este primer contacto es suficiente con que mencionen su nombre, si tienen hijos o no, si trabajan o no fuera de casa y algunas de sus aficiones, ya que a lo largo del Intervención habrá oportunidad de que se vayan conociendo.

Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y las normas de funcionamiento.

La Facilitadora insiste en que a pesar de la ansiedad inicial que pueden estar experimentando al encontrarse en una situación nueva y desconocida, el trabajo grupal les va a resultar muy beneficioso para la superación de sus dificultades, ya que es una oportunidad para sentirse comprendidas por mujeres que presentan las mismas dificultades y aprender a través de la ayuda que pueden recibir de otras participantes y de la ayuda que ellas mismas pueden proporcionar al resto del grupo.

Se explica que, puesto que el trabajo es conjunto, son necesarias ciertas normas de grupo, que les permitan funcionar de manera óptima. La terapeuta facilita por escrito a cada una de las participantes algunas normas imprescindibles para el trabajo en grupo, que hacen referencia a la confidencialidad, puntualidad, participación activa, etc. y les anima a discutir las, a seleccionar las que consideren más relevantes y a añadir otras nuevas en caso de que lo estimen necesario.



Motivación para el tratamiento.

Se explican los objetivos terapéuticos globales y específicos del tratamiento. Se solicita a las participantes que verbalicen lo que esperan conseguir con la participación en el programa, y entre todas se discuten y se ajustan las expectativas personales a los objetivos reales del tratamiento.

Se hace hincapié en que para alcanzar los objetivos terapéuticos es imprescindible la asistencia regular, la participación activa en las sesiones y la realización sistemática de las tareas asignadas para casa, entendiendo que es un trabajo costoso pero que es necesario cumplir.

Explicación de la violencia intrafamiliar, tipos, ciclo y consecuencias emocionales.

La terapeuta entrega a cada participante una hoja informativa en la que aparecen descritas las tres formas de violencia que la mujer puede experimentar en el ámbito intrafamiliar, la manera en que frecuentemente se desarrolla el maltrato (ciclo de la violencia) y las consecuencias que a nivel psicológico provoca en las víctimas (dificultad de concentración, dificultad para conciliar el sueño, pérdida de ilusión y de apetencia para llevar a cabo actividades, evitación de pensamientos, irritabilidad, explosiones de ira o llanto...)

Se insiste en que, dada la situación tan dramática que han experimentado, es importante que no repriman las emociones que puedan aflorar al hablar de su experiencia, mostrando comprensión y apoyo continuamente. La exposición prolongada a la violencia deteriora gravemente la salud psicológica de las víctimas, siendo este desgaste a nivel emocional uno de los factores, entre otros, que dificulta el abandono de la relación. En este sentido, hay que aclarar que no es que ellas hayan permitido el maltrato, sino que ciertas circunstancias, como el tener hijos pequeños a los que cuidar, carecer de un trabajo remunerado, el miedo a las represalias del agresor, la desconfianza en los propios recursos psicológicos, etc., hacen que el abandono de la relación sea algo sumamente



complicado, lo que explica la prolongación en el tiempo de la violencia.

Entrenamiento en respiración abdominal.

Se explica a las participantes que un patrón adecuado de respiración es esencial para la vida, pero que la exposición prolongada a la violencia, favorecen patrones inadecuados de respiración, caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad. Se pone énfasis en que una respiración inadecuada provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, facilitando la aparición de ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general. Por el contrario, una respiración adecuada facilitaría una mejor oxigenación, un mejor funcionamiento de los tejidos y un menor trabajo cardíaco, impidiendo así la aparición de fatiga física y de sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.

- A continuación, se entrena a las participantes en la técnica de control de respiración, ensayando cada uno de los ejercicios, y se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición horizontal para facilitar su aprendizaje. Durante la respiración la terapeuta insiste en la importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales.

Asignación de tareas para casa.

- Control de la respiración. Se entrega a cada participante una hoja en la que aparecen descritos todos los ejercicios de respiración trabajados en la sesión y se les pide que la practiquen diariamente durante 20 minutos, registrando el momento del día en el que la llevaron a cabo y cómo se sintieron tras haberla realizado.
- Registro de síntomas de re experimentación. Para ello se entrega a cada participante un auto-registro para ser completado a lo largo de la semana, en el que además de los síntomas de re experimentación, deben señalar el grado de malestar que les provoca.

**SEGUNDA SESION**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACION
Apertura de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.- Refuerzo por su cumplimiento.	Ninguno	5 minutos
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">- Relajación estrategia para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva)	Grabadora y música Colchonetas	40 minutos
Mejora del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none">- Frases motivacionales.	<ul style="list-style-type: none">- Pizarra.- Bolígrafo	20 minutos
Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	Grabadora y música. - Colchonetas.	10 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">- Identificación y registro de situaciones problemáticas acontecidas durante la semana.- Práctica de la respiración.- Registro de actividades placenteras.	<ul style="list-style-type: none">- Hojas de auto registro de detención de pensamiento	15 minutos

Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.

Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera



compartir con el resto. Después la Facilitadora recoge los auto-registros y pregunta si ha habido alguna dificultad en la práctica de la respiración. Se insiste en la idea de que una respiración adecuada es un aprendizaje y en la necesidad de seguir practicándola tanto en sesión como en casa. Se refuerza a cada una de ellas por haber llevado a cabo las tareas para casa

Explicación del mecanismo de Relajación para el control de la ansiedad

- Se entrega a las participantes una hoja informativa en la que se explica algunas técnicas de Relajación para el control de la ansiedad y que son beneficiosas para el ser humano. Además se explica que la relajación es una práctica que se sigue utilizando de una forma amplia como tratamiento en si misma o como coadyuvante con otras técnicas. Les habla de la importancia del lugar, la posición, la ropa utilizada. Se les enseña la relajación muscular.

Ejercicio de respiración.

Se practica la técnica de control de la respiración, esta vez en posición sentada.

Mejora de la autoestima.

- Cada participante lee en voz alta las cualidades propias descritas por su compañera, se les pregunta si están de acuerdo con las cualidades que de ellas se han dicho.

Asignación de tareas para casa.

Práctica de la respiración durante 20 minutos al día, registrando el momento del día y la manera en la que se sintieron tras haberla realizado.

Registro de actividades problemáticas y placenteras durante la semana.

**TERCERA SESION**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACION
Apertura de la sesión	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	Ninguno	10 minutos
Psicoeducación	- Explicación acerca de Autoestima, formación y etapas	Hoja informativa	30 minutos
Reducir pensamientos intrusivos	- Entrenamiento en detención de pensamiento.	- Pizarra. - Bolígrafo	20 minutos
Control de los niveles de activación	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	Grabadora y música. - Colchonetas.	10 minutos
Mejora de la autoestima y cierre de la sesión	- Lectura de las cualidades de la compañera	Ninguna	10 minutos
Asignación de tareas para casa	- Práctica de la técnica de detención de pensamiento. - Auto-registro - Entrenamiento de la respiración.	- Hojas de auto registro de detención de pensamiento	15 minutos

Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.

Una vez saludadas todas las participantes, la Facilitadora pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto.



Después la Facilitadora recoge los auto-registros y pregunta si ha habido alguna dificultad para llevar a cabo la detección de pensamiento y la respiración. Se insiste en la idea de que el dominio de cualquier habilidad requiere práctica constante. Se les felicita por haber realizado las tareas para casa.

Explicación del tema central la Autoestima, importancia, formación y etapas: Material para que cada una escriba sus cualidades y frases motivacionales. Planificación de actividades agradables, se explica a las participantes la relación causal y directa que existe entre el número de actividades agradables que las personas realizan y la calidad de su estado de ánimo. Se explica gráficamente el mecanismo del círculo vicioso entre la implicación en actividades gratificantes y el estado de ánimo: al tener un estado de ánimo bajo, la implicación en cualquier actividad, placentera que pudiera resultar, supone un gran esfuerzo; es frecuente dejarse llevar por la apatía y abandonar paulatinamente las actividades placenteras, con la pérdida de reforzadores positivos que ello conlleva, lo que nuevamente favorece un estado de ánimo cada vez más bajo y el abandono progresivo de un número cada vez mayor de actividades (primero las gratificantes y luego también las obligatorias). Por lo tanto, en un intento de romper este círculo vicioso es importante comenzar a restablecer las actividades placenteras que en el pasado realizaban y que en la actualidad han abandonado.

Se hace hincapié en la importancia de dedicar un tiempo diario para la práctica de estas actividades, como un hábito de auto cuidado, a pesar de que suponga un gran esfuerzo. Para ello la terapeuta rastrea en la sesión qué tipo de actividades les resultan gratificantes y debido a las circunstancias han abandonado. Se planifican a lo largo de la semana, concretando en qué momento del día van a ser llevadas a cabo y durante cuánto tiempo.

Ejercicio de respiración

Se practica la técnica de control de la respiración en posición sentada.



Asignación de tareas para casa

Se insiste en que sigan practicando la respiración, tantas veces al día como les resulte posible.

Se les pide que identifiquen y registren situaciones problemáticas en las que encuentren dificultad para tomar una decisión.

Finalmente se les indica que lleven a cabo las actividades gratificantes programadas y que lo registren, indicando el grado de satisfacción experimentado.

CUARTA SESION

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACION
Apertura de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.- Refuerzo por su cumplimiento.	Ninguno	10 minutos
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">- Comunicación asertiva: Técnicas de relación asertiva	Hoja informativa	40 minutos
Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	Grabadora y música. - Colchonetas.	10 minutos
Mejora de la autoestima y cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Lectura de las cualidades de la siguiente compañera	Ninguna	10 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">- Práctica de la técnica de detención de pensamiento.- Auto-registro- Entrenamiento de la respiración.	<ul style="list-style-type: none">- Hojas de auto registro de detención de pensamiento	15 minutos



Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.

Una vez saludadas todas las participantes, la Facilitadora pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto

La Facilitadora revisa los auto-registros de las actividades gratificantes llevadas a cabo durante la semana y se comenta en grupo el grado de satisfacción que han experimentado. Se refuerza a las participantes por la realización de las tareas asignadas.

Explicación de la comunicación asertiva su importancia y sus derechos: La huida ansiosa, la respuesta asertiva y la respuesta agresiva

Ejercicio de respiración.

- Se practica la técnica de control de la respiración en posición de pie.

Asignación de tareas para casa.

Detección de pensamientos erróneos Se insiste en la práctica diaria de la respiración y en la importancia de llevar a cabo diariamente actividades gratificantes

**QUINTA SESION**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACION
Apertura de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.- Refuerzo por su cumplimiento.	Ninguno	10 minutos
Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en las cinco fases de la técnica de solución de problemas.	Pizarra y marcadores Hojas y Esferos	30 minutos
Mejora de la autoestima y cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación.- Proyección hacia el futuro.	Inventario de autoestima	20 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">- Práctica de la técnica de detención de pensamiento.- Auto-registro- Entrenamiento de la respiración.	<ul style="list-style-type: none">- Hojas de auto registro de detención de pensamiento	10 minutos
Evaluación	Aplicación del Pos test	Formulario	15 minutos

Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.

Una vez saludadas todas las participantes, la Facilitadora pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto.

Después la Facilitadora revisa los pensamientos que han sido reevaluados a lo largo de la semana y, a continuación, se comentan las actividades gratificantes realizadas y el grado de satisfacción



Entrenamiento en la técnica de solución de problemas.

Se explica que el solucionar problemas es una actividad que el ser humano debe llevar a cabo constantemente a lo largo de la vida, que forma parte de la cotidianidad, pero que el tener dificultades en el manejo de los problemas incrementa el estrés y los sentimientos de tristeza. Por ello, la importancia de aprender a resolverlos exitosamente, a través de un procedimiento que va a ser trabajado en sesión.

Se explican los cinco pasos de la técnica: orientación general hacia el problema y definición y formulación del mismo. Se escribe en la pizarra un ejemplo planteado por alguna de las participantes o registrado durante la semana y se llevan a cabo en grupo las cinco fases de la técnica.

Se pide que trabajen en pequeños grupos. Cada participante debe describir una de las situaciones problemáticas identificadas durante la semana y tratar de definirla de la manera más completa posible, especificando quién, qué, dónde, cuándo, el por qué y el cómo del problema a trabajar, la facilitadora supervisa y guía la evaluación, en términos de costes, beneficios y grado de satisfacción con cada una de las alternativas generadas, así como de la solución finalmente escogida, tratando de plantearlo.

Finalizada la tarea se procede a la puesta en común, escribiendo en la pizarra el problema trabajado por cada grupo, con el objeto de revisar que haya sido descrito utilizando información relevante y de manera clara y completa.

Mejora de la autoestima.

Se entrega a cada participante la hoja informativo sobre autoestima para que sea leído y comentado en grupo. Se explica a las participantes que cada persona se valora a sí misma en función de la evaluación que hace de sí misma en diferentes áreas, como son el área social, laboral, familiar, de pareja, corporal y global. Por consiguiente, al hablar de autoestima vamos a tener en cuenta estas mismas áreas. Se les explica que el área social abarca los sentimientos de una misma en cuanto a la amistad, sus habilidades sociales, la aceptación social y el nivel de satisfacción en la relación con el otro. El área laboral hace referencia a la



evaluación de una misma a través de la propia aptitud, éxito, funcionamiento y satisfacción laboral. La autoestima familiar y de pareja refleja los propios sentimientos como miembro de una familia, y la valoración que se lleva a cabo sobre el desempeño y satisfacción del rol de madre y esposa. La imagen corporal es la combinación del aspecto y las capacidades físicas, incluyendo la valoración de la propia salud, y la autoestima global es la valoración general de una misma, basándose en la evaluación de todas estas áreas y de los logros y éxitos alcanzados en la vida.

Se pide a las participantes que rellenen un inventario en el que aparecen todas las áreas mencionadas, para que especifiquen aspectos positivos y negativos de sí mismas. Una vez finalizada la tarea se anima a las participantes a compartir con el grupo los aspectos señalados, la facilitadora supervisa el. Se anima a las participantes a imaginarse a sí mismas en un futuro, y se les pide que verbalicen en voz alta esta proyección, enfatizando en los aspectos positivos actividades nuevas, posibilidades de mejorar en el trabajo, de aumentar su red de apoyo.

Asignación de tareas para casa.

Se les pide que pongan en práctica la técnica de solución de problemas.

Se insiste en la práctica de la respiración y de la realización diaria de actividades gratificantes.

Anexo 4. Protocolo de Intervención



¿QUÉ SIGNIFICA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR?

Es un patrón de conductas abusivas que tienen como objetivo ejercer control y dominio sobre la mujer, para conservar o aumentar el poder y la autoridad del varón en la relación sentimental. Incluye conductas:

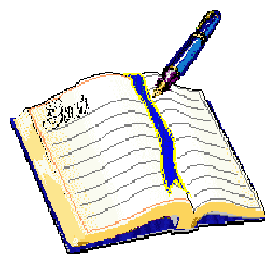
El maltrato físico: cualquier conducta por parte del maltratador que implique el uso de la fuerza física para agredir de manera intencional a la víctima. Este tipo de maltrato puede implicar empujones, puñetazos, golpes, patadas, etc.

El maltrato psicológico: cualquier conducta verbal o no verbal que trate de producir en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización. Implica insultos, gritos, descalificaciones, destrucción de objetos, etc.

El maltrato sexual: está referido al establecimiento forzado e imposición sin consentimiento de la víctima, resultando desagradable.



ESCALADA Y CICLO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA



El curso de la violencia intrafamiliar tiene forma de espiral: al comienzo el maltrato es menos frecuente y puede implicar un insulto o una amenaza, pero en el futuro aumenta la intensidad, frecuencia y gravedad de los golpes, pudiendo llegar incluso a la muerte. Tres fases que se repiten una y otra vez

1- Fase de acumulación de tensión: Aparece un aumento gradual de la tensión en la pareja, se manifiesta por medio de insultos, malos tratos del hombre a la mujer. La mujer para intentar calmar al maltratador suele mostrarse sumisa.

2- Fase de explosión de la tensión: La tensión acumulada se manifiesta en maltrato físico, psicológico y sexual, la mujer siente que ya no tiene ningún control sobre las agresiones perpetradas por su pareja, que haga lo que haga recibe malos tratos.



3- Fase de reconciliación o de luna de miel: La tensión y la violencia desaparecen y el maltratador se muestra amable, protector y arrepentido, prometiendo una y otra vez a la víctima que no volverá a ser violento. Puede que la mujer llegue a creer que los incidentes de malos tratos no volverán a ocurrir y que el amor que sienten el uno por el otro le hará cambiar. Sin embargo los ataques, ya sean físicos, psicológicos o sexuales serán cada vez más frecuentes, graves y peligrosos.

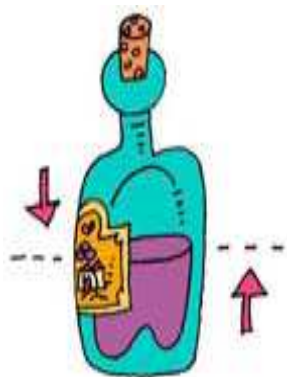
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA VÍCTIMA DOMÉSTICA

Los síntomas más frecuentes que presentan las mujeres maltratadas son:

- Tristeza por pensar que no valgo nada
- Cambios de ánimo
- Ganas de llorar sin motivo
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Inapetencia sexual
- Insomnio, falta de sueño
- Dolor de cabeza y articulaciones
- Intento de suicidio



RESPIRACION



CONTROL DE LA RESPIRACIÓN *¿Por qué es importante la respiración?*

La **respiración** es **esencial** para la vida; una respiración adecuada es un **antídoto contra el estrés**. Sin embargo, las condiciones de vida actual favorecen patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad, es decir, una respiración superficial.

Una **respiración inadecuada** provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilitará la aparición de

ansiedad, depresión, así como de **fatiga física**. Por el contrario, una **respiración adecuada** facilitará una **mejor oxigenación**, un **mejor funcionamiento de los tejidos** y un **menor trabajo cardíaco**, dificultando la aparición de fatiga física y sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.

¿Cómo aprender a respirar adecuadamente?

Nuestros **pulmones** tienen una **gran capacidad** funcional, pero normalmente u superior. Utilizando una botella como ejemplo, podemos entender más fácilmente como con un patrón inadecuado de respiración solamente estaríamos llenando de oxígeno la primera parte de la botella (la boca) quedando una segunda y una tercera parte vacías. Por ello, el **objetivo** de aprender a **respirar adecuadamente** es conseguir una utilización más completa de todos los pulmones (llenar la botella plenamente) y, en consecuencia, una **respiración más lenta**, pudiéndola **controlar**, incluso, en situaciones problemáticas.

El conseguir respirar adecuadamente es un proceso que requiere **aprendizaje entrenamiento** y es la **práctica persistente** el único camino.



RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA.

Técnicas de relajación



para niños

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de relajación al principio de siglo eran utilizadas sólo en el ámbito clínico, pero actualmente es una técnica que la pueden llevar a cabo todas las personas.

Debido a la importancia que actualmente se le otorga a la "tensión", como causante de diversos desequilibrios que a su vez también repercuten en el ámbito laboral, vida cotidiana, etc., ha hecho que aumente el interés por estas técnicas.

Las técnicas de relajación muscular progresiva son un conjunto de ejercicios mediante los cuales se tensan y relajan los distintos grupos musculares del cuerpo para poder de esta manera redescubrir cuando nuestros músculos están en tensión y aplicar entonces el procedimiento.

El éxito de la relajación depende de:

CONDICIONES PARA COMENZAR LA RELAJACIÓN

- Sobre todo durante las primeras sesiones el ambiente donde se vaya a realizar la relajación debe ser tranquilo, con una temperatura agradable, y libre de distracciones.



- En cuanto al atuendo, hay que recalcar que se encuentre cómodo y preferiblemente no utilizar ropas ajustadas, gafas, etc. Que puedan distraer durante el proceso de relajación.



- La postura puede ser tumbada en posición supina o sentada "de cochero".
- Antes y después de este ejercicio es conveniente realizar 3 inspiraciones y sus correspondientes espiraciones con el fin de lograr una relajación completa (inspirar: como se oliésemos una flor, espirar: como si apagásemos una vela).

PROGRAMA DE RELAJACIÓN

El ejercicio consta de tensión y relajación de distintas series de músculos. Yo os guiaré contando 1, 2, 3, rápido para la tensión y 1, 2, 3, para la relajación, más lentamente para que notéis la diferencia entre tensión y relajación. Repetiremos cada ejercicio dos veces.



EMPEZAMOS

1. CARA:

- Tensa la frente levantando las cejas...vuelve a la posición normal.
- Tensa la frente frunciendo el entrecejo...relaja.
- Aprieta fuertemente los párpados...vuelve a la posición inicial.
- Estira las comisuras de los labios como en una sonrisa forzada...vuelve a la posición inicial.
- Junta los labios como si quisieras dar un fuerte beso al aire...relaja.

- Junta los labios y apriétalos dirigiéndolos hacia dentro de la boca.
- Presiona con la lengua el paladar superior...vuelve a la posición inicial.
- Aprieta fuertemente la mandíbula...relaja.

2. CUELLO:

- Inclina la cabeza hacia la derecha haciendo que la oreja se acerque al hombro...vuelve a la posición normal, lo mismo hacia la izquierda.
- Inclina la cabeza hacia atrás haciendo que la nuca se aproxime a la espalda...posición de reposo.
- Inclina la cabeza hacia delante haciendo que la barbilla se apoye en el pecho...posición normal.

3. BRAZOS:

- Aprieta fuertemente los puños...abre la mano.
- Dobla los brazos con los puños apretados, tensando los músculos...relaja volviendo a la posición normal.



NALGAS:

- E Tensa los glúteos apretándolos como si trataras de levantarte apoyándote en ellos...vuelve a la posición inicial.

8. PIERNAS:

E Estira las piernas levantando las puntas de los dedos hacia la nariz...relaja volviendo a la posición inicial.

PARA TERMINAR EL EJÉRCICIO.

Acabamos con tres series de inspiración-espирación.

Mover los dedos de los pies y de las manos, frotad también las manos, abrid los ojos el que los mantenga cerrados y si les apetece podéis desmerezaros.



Relajación progresiva

¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

☺ La **autoestima** es el grado en que una persona se **acepta** y se **quiere** a sí misma **valoramos** a nosotros/as mismos/as y a lo que somos capaces de hacer.

☺ La **autoestima** está basada en la **información** que tenemos sobre nosotros/as mismos/as y en la **evaluación** que hacemos de dicha información.

☺ La autoestima tiene **dos componentes**:

- La percepción de uno/a mismo/a: de sus habilidades, características y cualidades presentes.
- El ideal de uno/a mismo/a: lo que a cada persona le gustaría ser.



Una gran discrepancia entre la percepción que tengo de mí misma y el ideal de mí misma produce una baja autoestima, mientras que un **equilibrio** entre los dos componentes es indicativo de una alta autoestima.

¿QUÉ SIGNIFICA ALTA O BAJA AUTOESTIMA?



☺ **Alta autoestima.**

- Visión “saludable” de sí mismo/a.
- Aceptar de forma realistas, no crítica los propios defectos.

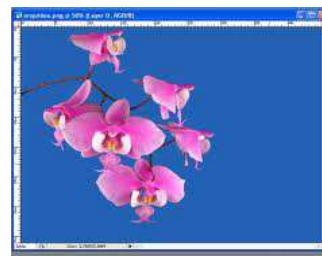
- Sentirte satisfecho/a con las propias actitudes e intentar mejorar con confianza las áreas menos satisfactorias.

☐ **Baja autoestima.**

- No encontrar en uno/a mismo/a aspectos por los que sentirse orgulloso/a.
- Valorarse de manera no realista y excesivamente crítica en aquellas áreas que son importantes para uno/a mismo/a.

¿**Por qué es importante la autoestima?**

Una autoestima positiva es un elemento central para una adecuada adaptación socioemocional.



CINCO REGLAS DE ORO PARA CUIDAR NUESTRA AUTOESTIMA

- Al levantarte por las mañanas, mírate en el espejo y dedícate tres halagos.
- Prémiate cada paso hacia adelante en tu vida por pequeño que sea.
- Resérvate un tiempo al día para disfrutar y hacer las cosas que más te gusten.
- Recuerda cada día cinco éxitos que hayas conseguido en el pasado.
- Mímate a ti misma y vacía “tu mochila” de deberes obligaciones.





COMUNICACIÓN ASERTIVA

Es la capacidad (cualidad) de una persona para expresar conocimientos, sentimientos, actitudes, deseos y opciones de un modo adecuado a cada situación social que se le presente, teniendo en cuenta las características de la persona con quien se

interactúa, el lugar y la forma en que se comunica, nuestro pensamiento se manifiesta libremente, sin miedo a que los demás no compartan lo que pensamos y respetando los derechos y sentimientos de los demás.

Ser asertiva es también la capacidad de decir los posibles aspectos en los que la otra persona está fallando, resaltando primero los aspectos positivos y luego los negativos, de lo contrario la otra persona esta predispuesta y no querrá escuchar lo negativo o mejor dicho sus posibles fallas.

Estilos de comunicación

En nuestras relaciones interpersonales siempre existen tres maneras de enfrentar nuestras relaciones interpersonales

ESTILO PASIVO

Es una respuesta en la que las personas:
 Se comportan de manera pasiva.
 Permiten que violen sus derechos.
 Permiten que los de más se aprovechen de ella.
 No logran sus objetivos
 Se sienten frustradas, infelices heridas y ansiosas.
 Se muestran inhibidas y retraídas.
 Permiten que los demás decidan por ellas.

LA RESPUESTA ASERTIVA

En este tipo de respuesta las personas.
 Protegen sus propios derechos y respetan los de los demás
 Logran sus objetivos sin detrimentos de los otros.
 Se sienten bien consigo mismos y tienen confianza.
 Se muestran sociables y Emocionalmente expresivos.
 Deciden por sí mismos.

LA RESPUESTA AGRESIVA

Aquí las personas:
 Violan los derechos de los demás.
 Logran sus objetivos a costa de los demás.
 Son beligerantes, humillan y desprecian a los demás.
 Son explosivas de reacción imprevisible, hostil e iracunda.
 Se meten en las decisiones de los demás.



MIS DERECHOS PERSONALES

- 1- El derecho a ser tratada con respeto
- 2- El derecho a decir “no” y no sentirme culpable
- 3- El derecho a experimentar y expresar mis sentimientos
- 4- El derecho a cambiar de opinión
- 5- El derecho a pedir lo que quieres
- 6- El derecho a no hacer más de lo que humanamente eres capaz
- 7- El derecho a cometer errores
- 8- El derecho a sentirte bien contigo misma

SUPOSICIONES ERRÓNEAS QUE INTERFIEREN EN EL ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN

SUPOSICIONES ERRONEAS

- Es ser egoísta anteponer las necesidades propias a las de los demás.
- Hay que intentar adaptarse siempre a los demás, de lo contrario se alejarán de una.
- Hay que tener siempre una buena razón para todo lo que se siente y se hace.
- Hay que ser humilde ante los halagos.
- Si alguien te pide un favor hay que hacerlo aunque realmente una no pueda.
- Nuestra opinión no interesa a nadie, y por lo tanto es mejor callarla.
- Recibir críticas es algo horrible, pero hay que aceptarlas siempre.

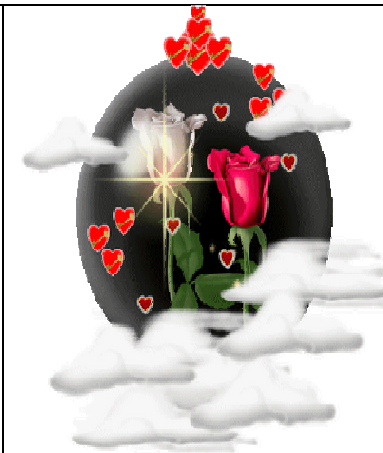
DERECHOS LEGITIMOS

- Algunas veces, tú tienes derecho a ser la primera.
- Tú tienes derecho a decir "NO"
- Tú tienes derecho a no justificarte ante los demás.
- Tú tienes derecho a recibir el reconocimiento formal por un trabajo bien hecho.
- Tú tienes derecho a no hacerlo.
- Nuestra opinión es tan válida como la de cualquier otro.
- Una puede aprender de las críticas y también responder a ellas.



Aprendiendo a comunicarnos de manera asertiva...

- 1- **Identificar** aquellas **situaciones** en las que no me comporto de manera asertiva:



negociar para obtener algo que deseo.

- 2- **Escribir un guión** a seguir para afrontar la situación problema de manera asertiva:

- Señalar el momento y el lugar apropiado para discutir el problema.
- Plantear el problema de la manera más detallada posible.
- Expresar cuidadosamente cuáles son los sentimientos que me provoca la situación problema, planteándolo en primera persona, sin evaluar y reprochar la conducta de los demás.
- Enfatizar de manera clara y firme cuáles son mis necesidades, lo que deseo

- Cuando tengo que pedir ayuda, un favor o solicitar un servicio a los demás
- Cuando tengo que expresar una opinión distinta
- Cuando tengo que decir "no" a alguien
- Cuando tengo que responder a una crítica
- Cuando tengo que proponer una idea o preguntar algo
- Cuando tengo que



APRENDIENDO A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS

El **solucionar problemas** es una actividad que el ser humano debe llevar a cabo constantemente a lo largo de su vida. Resolver los problemas adecuadamente facilita una **adecuada competencia social**, pero la dificultad en solucionarlos puede incrementar el estrés, los sentimientos de tristeza, incluso de desesperación.

ES POSIBLE APRENDER LA HABILIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

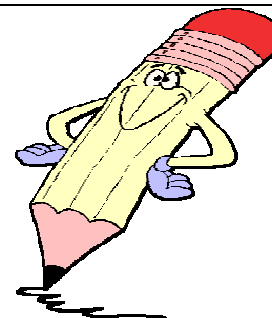
⇒ **Procedimiento básico: pasos a seguir**

1- Orientación hacia el problema

- Aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible enfrentarlas de manera eficaz.
- Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurran y evitar responder a las mismas de manera impulsiva o no hacer nada para enfrentarlas.

2- Definición y formulación del problema

- Es necesario buscar toda la información posible sobre el problema: ¿Qué sucede?, ¿Quién está implicado?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?.
- Describir el problema y formularlo en términos específicos, concretos y familiares.
- Establecer una meta realista de solución del problema (¿qué quiero lograr?), evitando las afirmaciones no realistas o las metas inalcanzables.



3- Generación de soluciones alternativas

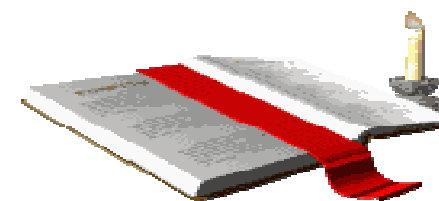
- Generar tantas soluciones alternativas como sea posible, sin juzgar su validez.
- A mayor número de alternativas y mayor variedad más posibilidad de que la solución más adecuada se encuentre entre ellas. **TODAS LAS OPCIONES SON VÁLIDAS**, lo importante ahora es la cantidad no la calidad de las alternativas.

4- Toma de decisiones

- Indicar las consecuencias positivas y las consecuencias negativas de cada una de las alternativas, así como el grado de satisfacción con el resultado, en caso de que esa solución fuera la elegida.
- Comparar y juzgar cada una de las alternativas disponibles y elegir la mejor (mayor número de ventajas, menor número de inconvenientes y mayor grado de satisfacción).

5- Puesta en práctica y verificación de soluciones.

- Poner en práctica la solución elegida.
- Analizar si el resultado logrado es el esperado, en caso contrario, repetir el proceso.
- Reforzarse a una misma por un trabajo bien hecho.



INTÉNTALO!!!