



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS
RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN
LA COMISARÍA DE LA MUJER”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Sánchez Naranjo, María Belén.

Tutor: Psc. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando.

Ambato – Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN LA COMISARÍA DE LA MUJER” de María Belén Sánchez Naranjo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, abril 2015

EL TUTOR

.....

Psc. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

La responsabilidad de los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN LA COMISARÍA DE LA MUJER”**, así también como los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, en calidad de autora de este trabajo de grado.

Ambato, abril 2015

LA AUTORA

.....

Sánchez Naranjo, María Belén

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos de mi trabajo de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta, dentro de las regulaciones de la Universidad siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, abril 2015

LA AUTORA

.....
Sánchez Naranjo, María Belén

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN LA COMISARÍA DE LA MUJER”** de María Belén Sánchez Naranjo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, mayo 2015

Para constancia firman

.....

.....

.....

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

A mi padre Marcos y a mi madre Susana por tallar senderos cubiertos de verdad, esfuerzo, cariño, por ser la fortaleza e impulso necesarios en tiempos volubles.

A mi hermana Jenny que ha tapizado con su ejemplo de superación, varios pasos en mi andar.

A mi hermana Gissela por su compañía y confidencialidad, una motivación implacable de avance.

A mi eterno azabache por su inefable amor y fuente de inspiración.

María Belén Sánchez Naranjo

AGRADECIMIENTO

Extiendo mi gratitud a la Universidad Técnica de Ambato y a su personal docente y administrativo; a todos aquellos sabios e impulsores maestros de la Carrera de Psicología Clínica y de manera especial a mi Tutor, Psc. Cl. Flavio Bonilla, que con su apoyo y amistad fomentó en mí el impulso para la culminación de éste mi preciado trabajo investigativo.

A mis compañeros y amigos que hicieron de cada etapa académica una experiencia valiosa, vasta en recuerdos y experiencia.

Y de manera infaltable a mi espíritu felino especial, Cheshire, que sin dudas su ronroneo reanima mi alma.

María Belén Sánchez Naranjo

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xvii
SUMMARY	xix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA	3
1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	3
MACRO.....	3
MESO	5
MICRO	7
1.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS	9
1.3.1 ANÁLISIS CRÍTICO	10
1.4 PROGNOSIS.....	12
1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13

1.6 PREGUNTAS DIRECTRIZES	13
1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.7.1 DELIMITACIÓN DE CONTENIDO.....	14
1.7.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL	14
1.7.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	14
1.7.4 UNIDADES DE OBSERVACIONES:	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.8 OBJETIVOS.....	17
1.8.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
1.8.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
2.2 FUNDAMENTACIÓN	21
2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	21
2.2.2 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	22
2.2.3 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA	23
2.2.4 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	25
2.2.5 FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA	26
2.2.6 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	27
2.2.7 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	29
2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	32
2.3.1 RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES.....	32
2.3.2 CONSTELACION DE IDEAS.....	33

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	35
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	35
2.4.1.1 PSICOLOGÍA.....	35
2.4.1.2 PSICOPATOLOGÍA	40
2.4.1.3 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO	44
2.4.1.4 TRAUMA EMOCIONAL	45
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	51
2.4.2.1 SALUD MENTAL	51
2.4.2.2 PSICOLOGÍA SOCIAL	55
2.4.2.3 HABILIDADES.....	63
2.4.2.4 RELACIONES SOCIALES	68
2.4.2.5 MALTRATO A LA MUJER.....	71
2.5 HIPÓTESIS	75
2.5.1 HIPÓTESIS I.....	75
2.5.2HIPÓTESIS O.....	75
2.6 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES	76
 CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	77
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	77
3.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	77
3.2.1 DE CAMPO.....	77
3.2.2 BIBLIOGRÁFICA- DOCUMENTAL	78
3.2.3 DE INTERVENCIÓN SOCIAL O PROYECTO FACTIBLE.....	78
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	79

3.3.1 ASOCIACIÓN DE VARIABLES	79
3.3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	79
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	80
3.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: TRAUMA EMOCIONAL	80
3.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES	82
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	84
3.5.1 DESCRIPCIÓN DE TEST PSICOMÉTRICOS	84
3. 6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	88
CAPÍTULO IV	
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	90
4.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA.....	90
4.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	99
4.1.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	122
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	136
4.2.1 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS.....	136
4.2.2 ESTIMADOR ESTADÍSTICO.	136
4.2.3 DATOS Y CÁLCULO ESTADÍSTICO DE LAS MUJERES EVALUADAS	137
4.2.4 CONCLUSIÓN.....	141
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	142
5.1 CONCLUSIONES.....	142
5.2. RECOMENDACIONES	144

CAPÍTULO VI

PROPUESTA.....	146
6.1 DATOS INFORMATIVOS	146
6.1.1 TEMA.....	146
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA	146
6.1.3 TIEMPO ESTIMADO DE LA EJECUCIÓN	146
6.1.4 BENEFICIARIOS	147
6.1.5 UBICACIÓN	147
6.1.6 EQUIPO TECNICO RESPONSABLE	147
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	148
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	151
6.4 OBJETIVOS.....	152
6.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	152
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	152
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	152
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	153
6.6.1 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	153
6.6.2 TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL.....	156
6.6.3 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	158
6.6.4 TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO DE RESICK, MONSON&CHARD.....	162
6.7 TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	163
6.8 PLAN OPERATIVO	175
6.9 MARCO ADMINISTRATIVO.....	188
6.9.1 RECURSOS INSTITUCIONALES	188

6.9.2 RECURSOSHUMANOS.....	188
6.9.3 RECURSOS MATERIALES	188
6.9.4 RECURSOS DE OFICINA	188
6.9.5 RECURSOS TECNOLÓGICOS	189
6.9.6 OTROS RECURSOS.....	189
6.9.7 RECURSOS ECONÓMICOS	190
7.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	191
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
BIBLIOGRAFÍA.....	193
LINKOGRAFÍA.....	194
CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO	198
ANEXOS	200

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama N° 1 Árbol de problemas.....	9
Diagrama N° 2 Red de inclusiones conceptuales	32
Diagrama N° 3 Constelación de ideas / variable independiente.....	33
Diagrama N° 4 Constelación de ideas / variable dependiente.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Edad.....	91
Gráfico N°2 Etnia.....	92
Gráfico N°3 Estado civil.....	95
Gráfico N° 4 Tipo de maltrato.....	97

Gráfico N° 5 (TSI) Excitación Ansiosa.....	100
Gráfico N°6 (TSI) Depresión.....	102
Gráfico N°7 (TSI) Irritación.....	104
Gráfico N°8 (TSI) Experiencias Intrusivas.....	106
Gráfico N°9 (TSI) Evitar Defensas.....	108
Gráfico N°10 (TSI) Disociación.....	110
Gráfico N°11 (TSI) Preocupaciones Sexuales.....	112
Gráfico N°12 (TSI) Comportamiento Sexual Disfuncional.....	114
Gráfico N°13 (TSI) Deterioro de la Auto-referencia.....	116
Gráfico N°14 (TSI) Comportamiento de Reducción de la Tensión.....	118
Gráfico N°15 (TSI) Sintomatología del Trauma.....	120
Gráfico N°16 (EHS) Autoexpresión de situaciones sociales.....	122
Gráfico N°17 (EHS) Defensa de los propios derechos como consumidor.....	124
Gráfico N°18(EHS) Expresión de enfado o disconformidad.....	126
Gráfico N°19(EHS) Decir no y cortar interacciones.....	128
Gráfico N°20(EHS) Hacer peticiones.....	130
Gráfico N°21(EHS) Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.....	132
Gráfico N°22(EHS) Calidad de las Habilidades Sociales.....	134
Gráfico N° 23: Curva de distribución de Chi Cuadrado.....	139
Gráfico N° 24: Curva de distribución de la probabilidad.....	140

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Operacionalización de la Variable Independiente.....	80
Tabla N°2 Operacionalización de la Variable Dependiente.....	82

Tabla N°3 Plan de recolección de información.....,	88
Tabla N° 4 Plan de procesamiento de información.....	89
Tabla N°5 Edad.....	90
Tabla N°6 Etnia.....	92
Tabla N°7 Estado civil.....	94
Tabla N° 8Tipo de maltrato.....	97
Tabla N°9 (TSI) Excitación Ansiosa.....	99
Tabla N°10 (TSI) Depresión.....	101
Tabla N°11 (TSI) Irritación.....	103
Tabla N°12 (TSI) Experiencias Intrusivas.....	105
Tabla N°13 (TSI) Evitar Defensas.....	107
Tabla N°14 (TSI) Disociación.....	109
Tabla N°15 (TSI) Preocupaciones Sexuales.....	111
Tabla N°16 (TSI) Comportamiento Sexual Disfuncional.....	113
Tabla N°17 (TSI) Deterioro de la Auto-referencia.....	115
Tabla N°18 (TSI) Comportamiento de Reducción de la Tensión.....	117
Tabla N°19 (TSI) Sintomatología del Trauma.....	119
Tabla N°20 (EHS) Autoexpresión de situaciones sociales.....	122
Tabla N°21 (EHS) Defensa de los propios derechos como consumidor.....	124
Tabla N°22(EHS) Expresión de enfado o disconformidad.....	126
Tabla N°23(EHS) Decir no y cortar interacciones.....	128
Tabla N°24(EHS) Hacer peticiones.....	130
Tabla N°25(EHS) Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.....	132
Tabla N°26(EHS) Calidad de las Habilidades Sociales.....	134
Tabla N°27 Tabla de contingencia TSI*EHS.....	137
Tabla N°28Pruebas de Chi cuadrado.....	138

Tabla N°29	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	175
Tabla N°30	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	176
Tabla N°31	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	177
Tabla N°32	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	178
Tabla N°33	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	179
Tabla N°34	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	180
Tabla N°35	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	181
Tabla N°36	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	182
Tabla N°37	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	183
Tabla N°38	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	184
Tabla N°39	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	185
Tabla N°40	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	186
Tabla N°41	Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.....	187
Tabla N°42	Recursos económicos-Presupuesto.....	190
Tabla N°43	Cronograma de actividades.....	191

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS RELACIONES
SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN LA COMISARÍA
DE LA MUJER”**

Autora: Sánchez Naranjo, María Belén

Tutor: Psc. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Fecha: Abril 2015

RESUMEN

El trabajo investigativo realizado posee la finalidad de analizar la existencia de una relación entre el trauma emocional y la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Ambato. El presente estudio radica en un enfoque cuanti-cualitativo, entorno al manejo de datos contables a través de la aplicación de instrumentos psicométricos y del análisis e interpretación de resultados, mediante una investigación de campo, bibliográfica-documental y de intervención social o proyecto factible, asociando

ambas variables para los fines obtenidos. La información y datos obtenidos se recolectaron a través del Test Trauma SymptomInventory (TSI) de John Briere, PhD y el Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena GismeroGonzalez, cuyos resultados se tabularon respectivamente comprobando que no existe una relación determinante entre ambas variables. Finalmente se presenta la propuesta con la aplicación de una Terapia Cognitiva Conductual de grupo dirigida a ésta población con un historial en común, el mismo que engloba el maltrato físico, psicológico y sexual; con el objetivo de reducir el riesgo de traumas emocionales que consecutivamente puedan generar trastornos psicológicos, estableciendo además estrategias y herramientas que fortalezcan áreas entorno al desenvolvimiento adecuado en las relaciones sociales; estructurándose así tres etapas: Psicoeducación, Intervención terapéutica y Cierre.

PALABRAS CLAVES:

TRAUMA_EMOCIONAL, RELACIONES_SOCIALES,
COGNITIVO_CONDUCTUAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“EMOTIONAL TRAUMA AND QUALITY OF SOCIAL RELATIONS OF
THE PLAINTIFFS IN WOMEN THE COMISARÍA DE LA MUJER”**

Author: Sánchez Naranjo, María Belén

Tutor: Psc. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Date: Abril 2015

SUMMARY

The research work carried out has the Purpose of analyzing the existence of a relationship between emotional trauma and Quality of Social Relations of the complainants women in the Comisaría de la Mujer of the Ambato city. The present study lies in quantitative and qualitative approach, the Environment Management accounting data through the application of psychometric instruments and the analysis and interpretation of results through field research, bibliographic and documentary and social intervention or realizable project, associating variables for both fines obtained. Information and data were collected through the Test Trauma Symptom Inventory (TSI) by John Briere, PhD and Social Skills

Scale Test (EHS) Gismero Elena Gonzalez, whose results were tabulated respectively checking that there is no decisive relationship between both the variables .Finally the proposal is submitted with the application of a Cognitive Behavioral Therapy directed a group this population with a history in common, the same that encompasses the physical, psychological and sexual abuse; in order to reduce the risk of emotional trauma that can generate consecutively psychological disorders and establishing strategies and tools that strengthen areas around the adequate development in social relations; well structured three stages: psychoeducation, therapeutic intervention and Close.

KEYWORDS:

EMOTIONAL_TRAUMA, SOCIAL_AFFAIRS,

COGNITIVE_BEHAVIORAL.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto investigativo se enmarca en determinar la relación del trauma emocional en la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciantes de la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Ambato, para lo cual la investigación se enfoca en la búsqueda de información con base científica acerca de los elementos concernientes a ambas variables. La investigación de campo se desarrolló en el departamento psicológico de la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Ambato con un grupo integrado por 80 mujeres las mismas que presentan un predisponente en común: ser víctimas de maltrato físico, psicológico y/o sexual, razón por la cual su estado cognitivo y conductual denota sintomatología postraumática y leves reacciones inadecuadas en la calidad de su desenvolvimiento social.

El método científico aplicado permite analizar correctamente las previas hipótesis a través de un estructurado plan de recolección de datos en base a los antecedentes de ésta población; siendo así imprescindible la utilización de instrumentos psicométricos validados dirigidos a examinar rasgos emocionales posteriores a eventos traumáticos y su efecto en la asertividad respecto a las relaciones sociales, además se manejó una ficha de recolección de datos cuyo fin se enmarcó en la obtención de información general que apoyen la dirección de la investigación.

A modo de conclusión, la relación entre ambas variables se encuadra en un sentido de correlación elemental más no patológica concibiendo conocimientos sobre su influencia en el desenvolvimiento de las mujeres en escalas adaptables, la sintomatología del trauma emocional encuadrada en niveles moderados en un 72% y su desenvolvimientos social con un 68% respecto a una calidad de relaciones sociales en nivel medio, por tal razón se presenta una propuesta que enfatiza la modificación de cogniciones y el establecimiento de estrategias para cimentar un estilo de vida saludable.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

“EL TRAUMA EMOCIONAL Y LA CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DENUNCIANTES EN LA COMISARÍA DE LA MUJER”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Macro

El impacto ocasionado por los traumas emocionales en la estabilidad personal es de conocimiento global ya que el ser humano ha sido participe durante toda su historia de sucesos que de una u otra manera lo han trasformado; Villarreal (2009) menciona que “cuando se observa a las personas que han atravesado por estas experiencias encontramos que unos las superan sin que queden grandes secuelas en su temperamento y carácter, mientras que otros parecen quedarse como fijados en el

acontecimiento”(s.p.i). Lo cual demuestra el nivel de resiliencia individual y la variación de capacidades personales para sobrevivir.

El trauma emocional puede ser generado por varias situaciones que desestabilizan al individuo, una de las causas es la violencia, la misma que puede ser de carácter físico, psicológico y/o sexual propiciada al mismo sin definir un patrón específico de etnia, condición social, edad o género; cabe resaltar la primicia de grupos con mayor vulnerabilidad como es el perteneciente al género femenino base fundamental de la presente investigación. Los siguientes datos confirman los índices de maltrato a nivel de América del Sur ejercidos en muchas de sus variantes:

- En **Perú** el 50% de adultos mayores sufre algún tipo de maltrato por parte de sus familiares, en especial la intolerancia y la indiferencia.
- En **Brasil** cada ocho minutos un menor es víctima de abuso.
- En **Chile** de acuerdo a las cifras, 414 adultos mayores fueron maltratados durante el 2010, mientras que en el 2011 estos aumentaron a 773. En lo que va del 2012 son 334 personas mayores de 60 años las que han denunciado agresiones.
- En **Uruguay** una mujer muere cada nueve días por violencia doméstica y cada cuarenta minutos se realiza una denuncia por violencia.
- En **Colombia** cada seis horas, una mujer es abusada por causa del conflicto armado y un promedio diario de 245 son víctimas de algún tipo de violencia.
- En **Bolivia**, 7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia, la mayoría de las veces en su propio hogar.

- En **Argentina** 4,5 millones de mujeres por año soportan alguna forma de violencia de género. (Cevallos,2012, s.p.i)

A nivel de América del Sur se hallan investigaciones sobre las relaciones sociales además del trauma emocional existente, una de ella ejerciendo a la otra, siendo causa-efecto de un evento en la rutina del individuo, Punset (2010) señala: “(...) las personas con relaciones sociales prolijas –un estado inaccesible sin un cierto grado de inteligencia emocional– tienen un 50 por ciento más de posibilidades de sobrevivir que los ajenos al torbellino social” (s.p.i). Las habilidades sociales serán deslucidas después de un suceso catastrófico o dañino y serán esta mismas las que deberán ser recuperadas por parte del ser humano, evitando el encierro y abriéndose paso aún más que antes hacia lo social ya que esto es un impulso a recuperar las riendas del ahora.

Meso

En el Ecuador se evidencian múltiples sucesos catastróficos ya sean naturales, sociales o personales siendo todos éstos aquellos que generan en el ser humano niveles de trauma; uno de los problemas más notorios es el maltrato hacia la mujer, según Padilla (2012) argumenta que una población ecuatoriana perteneciente al género femenino de tres millones aproximadamente son víctimas de violencia en una o varias de sus modalidades, sin embargo no se registran, por lo cual la cantidad de

denuncias existentes no evidencian la realidad con tan sólo archivos cercanos a unos seiscientos mil casos. Debido a que el individuo presa de la situación amenazadora cuestiona demasiado sobre confesar o no su realidad.

Silva (2012) menciona: “(...)la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), destaca que en Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género(...)”(s.p.i), el cual puede ser físico, psicológico o sexual. Existen datos además que especifican el nivel de violencia a nivel del país, Padilla (2012) indica: “Por regiones, la provincia con menor registro de violencia a la mujer es Santa Elena, con el 47,1%, Tungurahua y Pichincha con el 70%, y la provincia con mayor violencia femenina, Morona Santiago, que alcanza un 72,6%” (s.p.i). Datos que aporta al instante de generar propuestas para erradicar estos defectos sociales. Es necesario conocer todos los casos de maltratos o aquellos que puedan generar traumas emocionales y secuelas en los individuos en general, sin embargo debido a la malla social en la que el país se desenvuelve existen todavía muros que no permiten que el agredido se defienda utilizando las leyes, por este motivo es que solo se ostenta aquella información obtenida por los casos registrados en las Instituciones dentro del Ecuador.

Además para que ocurra un suceso desastroso para la integridad del individuo no es necesario ser de una raza, estado civil, posición social, educación específica sólo es suficiente el habitar en este planeta, para ser participe en un evento que genere un trauma a nivel psicológico, no sólo los rasgos físicos son una justificación para que se genere violencia sino también aquellos atributos legales como el estado civil por lo cual el INEC (2012) indica: “Según el estado civil, 8 de cada 10 mujeres divorciadas han vivido algún tipo de violencia de género, seguido por las separadas con el 78%. Las mujeres solteras registran la menor tasa de agresión. (...)” (s.p.i), recalcando así la importancia que tiene la posición social para el individuo además de la visión estereotipada de una pareja ya que en muchos de estos casos es ésta quien agrede a la mujer.

Micro

En la provincia de Tungurahua existen varios organismos que velan por la seguridad e integridad de la población, siendo uno de estos la Comisaría de la Mujer de Ambato, en donde mayoritariamente las denuncias realizadas son por parte del género femenino debido a varios sucesos ya sea por maltrato físico, psicológico y sexual. “En Tungurahua aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, sin embargo la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género con el 65,1%.” (INEC, 2000, p.5). La violación de derechos no distingue condiciones sociales, sin embargo existe un grupo que es más vulnerable a estos ataques. “De acuerdo a la etnia, el porcentaje más alto que ha vivido algún tipo de

violencia se concentra en la población indígena con el 67,8% seguida de la mujer afro ecuatoriana con el 66,7%” (INEC, 2012, s.p.i).

Las consecuencias del maltrato genera secuelas a nivel de todo el individuo, todo suceso que ataque al individuo y éste no tenga las habilidades para contrarrestarlo será más vulnerable produciendo así más respuestas negativas a nivel psicológico, aspectos que producirán un trauma emocional que afectará las áreas de desarrollo del ser humano, Galarza (2011) expresa: “Las consecuencias que produce el maltrato en la mujer y la familia son: bajo rendimiento escolar, laboral y en las relaciones mutuas, conductas que afectan el comportamiento social de todos los miembros de la familia(...)”(p 1). El estado emocional de la mujer generará un cambio en todo el sistema en el que se desarrolla en especial en su hogar debido a que la presión psicológica engloba a padres, pareja, hijos, hermanos y demás, haciéndolas propensas a declinar frente a conductas inapropiadas como la violencia o el alcoholismo, y emocionales como la depresión e inclusive intentos suicidas; por tal razón el maltrato a nivel físico y psicológico impide que el individuo continúe con sus actividades diarias de la forma adecuada.

1.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS

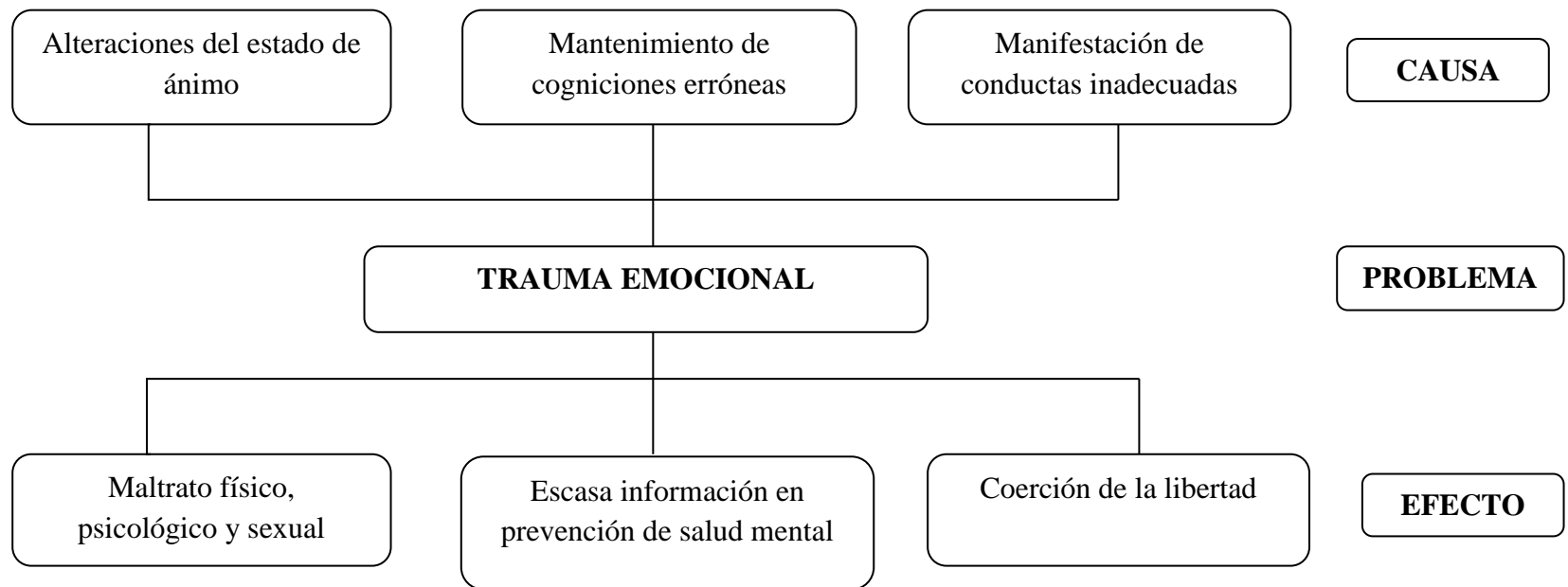


Diagrama N°1 Árbol de problemas

Elaborado por María Belén Sánchez Naranjo

1.3.1 ANÁLISIS CRÍTICO

El origen de este trabajo investigativo predomina en la necesidad de encontrar la esencia que produce las secuelas psicológicas en los individuos tras atravesar un sinnúmero de sucesos inesperados ya sean estos provenientes de la naturaleza como también provocados por el ser humano.

Debido a que hasta la actualidad se convive con estereotipos la mujer sigue siendo el género con mayor vulnerabilidad frente a este tipo de pensamientos; ya que al ser un individuo que desde el origen del poder en la historia fue desplazada relegándola a un segundo plano sobreponiendo sobre ella una etiqueta de objeto; ésta no ha podido lograr establecerse totalmente en el mismo nivel en el que se encuentra el hombre a pesar de la lucha y evolución idealista que se ha atravesado a lo largo del tiempo, es así que el género femenino equivocadamente identificado como el sexo “débil” es aquel que mayoritariamente está expuesto a soportar la presión y rechazo de la sociedad.

Tomando en cuenta estas características se evidencian una serie de causas generadoras de la problemática presentada en esta investigación; siendo la raíz más identificada a nivel mundial y de más difícil erradicación: el maltrato, aquella agresión otorgada por todas y cada una de las partes que conforman el cuerpo humano ya que para agredir al otro no es suficiente el material sino también los pensamientos, debido a que el agresor tomará a su favor todo cuanto

esté a su alcance para pasar , en este caso sobre una mujer, quien será víctima de agresiones físicas que marcarán su cuerpo, de agresiones verbales que atacarán su personalidad y de agresiones sexuales que restringirán su expresión sexual, y el resultado de esto será estudiado mediante los trastornos del estado de ánimo que se presentan como consecuencia de lo mencionado anteriormente.

Al ser la personalidad la carta de presentación frente al entorno en muchos de los casos de mujeres violentadas se halla como un factor predisponente los rasgos de dependencia, los cuales son los mantenedores del círculo de agresión, evidenciándose generalmente en las relaciones afectivas, ya sea con amigos al realizar actividades que no sean de su gusto pero que sin embargo tenga que cumplirlas para de esta manera no desagradar a su grupo de pares; y también con su pareja sometándose a seguir sus decisiones sin oponerse debido a que tiene la idea de que su forma de actuar es la correcta además de poseer el miedo de sufrir un posible abandono si ella aporta decididamente su opinión; claramente generándose inadecuadas relaciones afectivas que afectarán en gran medida su óptima adaptación al medio.

A nivel cultural, en el Ecuador se han venido disminuyendo aquellas actitudes que son denigrantes para el género femenino, sin embargo no son totalmente eliminadas, reflejando así un entorno socio-cultural evidentemente machista que aún conserva estereotipos sociales que remarcan la supuesta superioridad del género sobre los demás aspectos del entorno, relegando a la

mujer en gran parte a actividades domésticas enfocadas al cuidado de la familia, tarea que si no es ejercida de la manera esperada por los parámetros sociales y más aún masculinos es sancionada de todas las formas posibles, obteniendo como respuesta no la perfección sino más bien el retraimiento de la mujer, acoplándose así a complacer las necesidades de los demás, alejándose poco a poco de su entorno social, profesional y familiar.

1.4 PROGNOSIS

En el instante en el que no se generen cambios positivos hacia la problemática presente claramente los problemas persistirán, ya sea la violencia de género demostrada en todos sus aspectos así como la afectación personal de los estereotipos sociales, el trauma emocional es una de las consecuencias evidenciadas en la población después de haber atravesado situaciones con demasiada carga negativa, sin embargo esto es uno de los resultados de varios de los que se podrían dar, a pesar de esto es una fuente de origen de cambios perjudiciales tanto en la conducta como en la cognición, debido a que existirá la presencia de sintomatología depresiva, de aislamiento, impulsiva entre otras que en conjunto desarrollarán un Trastorno a nivel del Estado de Ánimo, relacionándose directamente con aquellas ideas irracionales de muerte como única salida del sufrimiento intenso vivido por cada una de ellas.

Las situaciones de violencia continúan existiendo para lo cual es necesario que se implementen de manera constante propuestas de solución ejecutables que disminuyan su frecuencia, por ende mediante este trabajo investigativo lo que se proyecta es aportar con una de estas alternativas con la conjunta participación de las Instituciones del Estado Ecuatoriano que claramente deben colaborar con ésta situación; el continuar con ésta barbarie en contra del género femenino en especial, provocará que las mujeres con cicatrices silenciosas aumenten junto con los gritos que emiten con cada injusticia.

1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera el Trauma Emocional está relacionado con la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato en el período Enero-Julio 2013?

1.6 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son los niveles de presencia del trauma emocional en las mujeres que acuden a la Comisaría de la Mujer de Ambato?
- ¿Qué niveles de relevancia presentan las mujeres denunciantes en torno a la calidad de relaciones sociales?
- ¿Es posible plantear soluciones de intervención que modifiquen positivamente las variables investigadas?

1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 DELIMITACIÓN DE CONTENIDO

CAMPO: Psicológico

ÁREA: Trastornos psicológicos

ASPECTOS: Trauma emocional y Calidad de las relaciones sociales.

1.7.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Este proyecto investigativo se realizará con las mujeres denunciante de la Comisaria de la Mujer de Ambato en la provincia de Tungurahua.

1.7.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El presente proyecto será estudiado en el período comprendido entre Enero-Julio 2013.

1.7.4 UNIDADES DE OBSERVACIONES:

La población estudiada será de mujeres de 20 a 60 años en promedio que acuden continuamente a la Comisaria de la Mujer de Ambato.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto investigativo está basado en la necesidad de comprender las consecuencias directas que genera el trauma emocional generalmente vivido a través del maltrato en la expresión del individuo, como en este caso en la calidad de las relaciones sociales; es así que el interés por desarrollar esta investigación se centra en la búsqueda del bienestar del individuo violentado, que en este caso es la mujer, otorgando así herramientas que sean de uso factible por las mismas y de esta manera se pueda reproducir a gran escala, ya que también se trata de que ésta población sepa manipular asertivamente las habilidades que posee frente a situaciones que pueden descontrolar su estado emocional y evidentemente puedan causarle daño tanto a nivel físico como psicológico.

Al momento de llevar a cabo esta investigación el impacto social es directamente beneficiador para la sociedad ya que al estabilizar emocionalmente a una persona que en este caso es perteneciente al género femenino, que presenta un trauma emocional debido a un receso negativo e intenso se logrará consecutivamente un giro favorecedor a todas las áreas en las que se desenvuelve dicho individuo, ya sean estas el área familiar, laboral, social y personal, cooperando de manera directa a la colectividad. La socialización es una de las formas más comunes de interacción sin embargo estas se ven afectadas cuando existen factores que impiden el adecuado desarrollo de las mismas, de igual forma el socializar constituye la base de cualquier relación interpersonal, y al ser este

aspecto afectado, todo lo obtenido en base a esto se verá desestructurado, notándose así en el alejamiento y el retraimiento social.

Debido a que este proyecto explora la causa-efecto entre el trauma emocional vivido intensamente por una persona y la calidad de sus relaciones específicamente sociales, cumple con el parámetro de originalidad, ya que no se evidencian investigaciones previas que relacionen ambos caracteres sin embargo si se hallan estudios que se aproximen a la idea central del presente trabajo investigativo por lo cual sirve además, como base para investigaciones a realizarse en un futuro que consideren el mismo patrón de género y las variables estudiadas.

El desarrollo de la presente investigación cuenta con la factibilidad adecuada para realizarlo debido a que se brindó la total apertura por parte de los directivos de la Comisaría de la Mujer, con lo que se obtiene un acceso directo a la población estudiada, además de que el grupo investigado es fluctuante generando así las posibilidades de encontrar una muestra necesaria para esta investigación, además de la diversidad de información que se obtuvo mediante las entrevistas a las mujeres denunciantes en esta institución.

La Comisaría de la Mujer tiene como base velar por el bienestar de la colectividad femenina, precautelando además su integridad física, psicológica y sexual, evidentemente basados en leyes que favorecen estos aspectos los mismos

que deben ser respetados y cumplidos a cabalidad. Por tal razón se cuenta con el apoyo de la Institución ya que el proyecto va destinado a plantear soluciones ante un problema social que ha venido generando desde tiempos remotos un malestar clínicamente significativo a nivel de todas las áreas de desarrollo del individuo.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 OBJETIVO GENERAL

- Comprender de qué manera el Trauma Emocional está relacionado con la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato.

1.8.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar los niveles de presencia del trauma emocional en las mujeres que acuden a la Comisaría de la Mujer de Ambato.
- Conocer los niveles de relevancia en la calidad de relaciones sociales de las mujeres denunciantes.
- Generar soluciones de intervención en base a las variables investigadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Mediante una búsqueda y viaje hacia el ayer se han identificado investigaciones que se relacionan de una u otra manera al tema presentado en éste proyecto, aquellos trabajos pertenecientes no sólo al país de convivencia sino también a aquellas áreas más alejadas del mismo; las tesis, artículos científicos y propuestas fichadas son además pertenecientes a diferentes países del globo terráqueo, esta exploración arrojó varios trabajos investigativos que de una u otra forma se relacionan y concatenan con el tema propuesto sirviendo de éste modo como herramienta de apoyo y sustento, las mismas que se detallarán a continuación.

- Bahamonte, E. (2006) “EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

Conclusiones: “Durante el último año, la incidencia del TEPT en la muestra fue de un 16.9% y la prevalencia a lo largo de la vida de la condición fue de un 24.4%, siendo las mujeres el grupo más afectado (...)” (Bahamonte, 2006, p.88). Estos datos reflejan el cómo los eventos otorgan al individuo un trastorno y más aún cuando la persona no posee las habilidades para superar estos acontecimientos negativos, indicando además que la población más afectada es el género femenino; esta investigación también aporta con el efecto de los eventos traumáticos sobre las áreas de desenvolvimiento a nivel de relaciones sociales, área académica y vínculos familiares

- Fernández, A (2009) “AUTOPERCEPCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UN GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL A TRAVÉS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH”

Conclusiones: Uno de los actos violentos que pueden atacar la integridad y salud mental de un individuo es la violación sexual y en el caso de una mujer acarreará una serie de sintomatología además de la presencia de malestar clínicamente significativo en ella y en las áreas en las que ella se desenvuelva siendo así que una de los ámbitos más deformados después de este suceso son las relaciones interpersonales, es así que esta investigación detalla algunos de estos datos: “(...), hay una desregulación entre el acercamiento y el alejamiento en las relaciones interpersonales. (...) en las mujeres víctimas de violación sexual existe

una necesidad de ser amada, cuidada frente a una sensación de desconfianza que tiñe sus relaciones interpersonales”. (Fernández, 2009, p.49, 50).

- Alonso, E. (2007), “MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: VALIDACIÓN EMPÍRICA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO”

Conclusiones: “A nivel psicológico, la exposición prolongada a este tipo de violencia es un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes psicopatológicos y trastornos emocionales, independientemente del tipo de maltrato experimentado.” (Alonso, 2007, p.80). De ésta forma se corrobora de cierta manera y en cierta población las consecuencias que el maltrato otorga a la psique de una persona, ya que la violencia siempre generará patologías que invaliden el desempeño de un individuo de manera adecuada, al profundizar las secuelas de la violencia se halla que el área psicológica es quien más repercusiones negativas tiene, es así que la información que éste proyecto concede clasifica los trastornos psicológicos de mayor prevalencia siendo éstos: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y el trastorno de estrés posttraumático.

- Galarza, N (2011) “EL MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO POR PARTE DEL CONYUGE Y EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER DE 18 A 40 AÑOS DE EDAD DE LA “COMISARIA DE LA MUJER” DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Conclusiones: En base a esta investigación realizada dentro del Ecuador y específicamente en Ambato, la investigadora de esta tesis afirma en sus conclusiones que el principal problema de la violencia dirigida al género femenino se halla en varios de los hogares de la población ecuatoriana sin detallar un causante a nivel de rango social, religión o creencias políticas. Además mantiene la relación que existe entre el maltrato y las patologías en el género femenino, es así que como resultados a sus previos análisis se obtiene, de la investigación, lo siguiente:

“La mayoría de las mujeres encuestadas son maltratadas psicológicamente por su conyugue ya que el 25,88% son insultadas, el 29,41% son humilladas provocando que a menudo se sientan desvalorizadas y pierdan autoridad ante sus hijos, familia y ante la sociedad misma por lo que no se pueden desenvolver de una manera adecuada en el núcleo familiar y en la sociedad(...)”
(Galarza, 2011, p.79)

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación se encuentra encuadrada dentro del paradigma crítico-propositivo, ya que está siendo presentada como una alternativa dentro de las investigaciones sociales generando además soluciones de contraataque a la problemática descrita en este proyecto. La esencia del ser crítica reside en el debido cuestionamiento de las estructuras de los esquemas sociales que son líneas base para que éste problema exista y se mantenga, además la naturaleza

propositiva se verá evidenciada en la generación de propuestas y alternativas que sean punto clave para el cambio ya que no se estanca en la observación si no va más allá llegando a utilizar herramientas insertas en el medio de manera participativa, activa y de fácil acceso que ayude a la interpretación y entendimiento de los fenómenos sociales en general.

Uno de los objetivos durante el proyecto investigativo se centra en buscar la naturaleza de aquellas soluciones además de la interrelación e interacción de las estructuras dinámicas de aquellos aspectos que podrían estancar el seguimiento investigativo y por ende su culminación óptima. El fin de la investigación radica en comprender todas y cada una de las partes que pertenecen al trauma emocional y a las relaciones sociales ya que así se estima el lograr cumplir con los objetivos planteados, de mano con la búsqueda de mayores datos informativos que sustenten lo evidenciado y aporten significativamente a dar soluciones, las cuales estarán dirigidas a la población de género femenino en primera instancia, para luego en forma de fichas de dominó proyectar el alcance de resultados positivos a las demás áreas donde se desenvuelve el individuo, siendo éstas las familiares, sociales y laborales.

2.2.2 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Al tomar como pilar la idea de que el conocimiento va más allá de los datos o lo descrito la esencia del proyecto va dirigido a la búsqueda de aquello que se obtiene mediante la experiencia y lo vivido, sin basarse estrictamente en datos sino también en diálogos con la población marcada, el encontrar un

bienestar para el individuo es primordial ya que así se estará transformando vidas y ayudando a la trascendencia individual.

Se hará partícipe al objeto y al sujeto siendo éstos los protagonistas inverosímiles de toda esta función, entremezclados en una interrelación que enriquezca los fundamentos y aquella información encontrada, logrando que mediante un dinamismo activo, ambos generen resultados productivos que sepan fortalecer la naturaleza de cada ser y por ende las capacidades de su hogar, su grupo de pares, su puesto laboral y su sitio importante dentro de la sociedad global. En este proyecto bajo el mando disciplinario de las ciencias, la investigación va a la par con la práctica, de tal forma que para la obtención de resultados relacionados a las necesidades; no se debe dejar de lado la organización de conocimientos insondables y lógicos acerca del espacio social ya que este viene siendo el medio de desenvolvimiento de todos los seres vivos y de todas las aportaciones individuales que arrojen estos involucrados.

2.2.3 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

El presente proyecto investigativo se fundamenta en la dinámica del ecosistema siendo este un proceso fluctuante y de cambio constante que genera en el ser vivo la capacidad de avanzar y sin más opción el de evolucionar, ya que el medio lo exige para que cada ente del planeta pueda sobrevivir, además porque la

ciencia con su esencia científica prueba al ser sus capacidades de aprendizaje, adaptación, independencia, para poder disfrutar y experimentar su libertad.

De esta manera se hace consciente al ser humano en especial, de su libertad siendo esto la etiqueta que engloba la responsabilidad, y de ésta manera su lugar dentro de la sociedad la misma que le arraiga a las obligaciones que se deben regir para una convivencia sana y productiva en donde pueda generar soluciones al sin número de problemas que suscitan en el diario convivir con la creatividad necesaria para que estas alternativas no sean las más ineficientes.

Al ser el individuo poseedor de su libertad está también siendo prisionero de sus faltas, de aquellas decisiones y acciones que puedan ser negativas y lo lleven bajo las leyes de cada sociedad, por tal razón el ser humano debe tener la capacidad de comprender la causa-efecto de sus actos ya sean consigo mismo, con otras personas e inclusive con organismos e instituciones, formando así personas con calidad humana y valores que puedan ser exteriorizados con la actitud en sus diferentes ámbitos: psicológico, físico y social. De tal manera la realidad es el producto de las acciones generadas por el ser humano ya que su dinamismo será quien mueva el círculo social y aquel que permitirá el ingreso y salida de información para la modificación de conocimientos e ideas de los involucrados y con la ayuda de los mismos.

2.2.4 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

Al ser el ser humano un individuo con libertad y capacidades varias también debe saber cómo manejarlas o bajo que parámetros hacerlo para lo mismo se adjunta a este privilegio: la ética. El desenvolvimiento de las personas está sujeto a leyes y deberes que le son otorgados por el medio social y la cultura practicante y el cumplimiento de éstas se rige en gran medida por los valores ya sean estos: la honestidad, responsabilidad, honradez, solidaridad, sencillez, equidad y más, que van a conformar la calidad humana de cada integrante de la población; la práctica de todos estos ayudarán a una mejor vida en sociedad que se evidenciará en el óptimo desenvolvimiento de las áreas que se desarrolle el sujeto generando además una buena estabilidad emocional, física y psicológica dentro de un sistema homeostático que en conjunto integrarán la personalidad de cada ser.

Partiendo así con un individuo consciente de sus capacidades y del cómo aplicarlas, en ésta investigación se plantea firmemente la educación en valores y su práctica junto al poder de libertad, además de la importancia que posee esta unión dentro del sistema familiar y social, ya que al existir violencia hacia el género femenino se está contrariando lo antes mencionado por lo cual el fin es erradicarlos, sustentándose en las normas éticas y las disposiciones legales que castigan la violación de derechos ya que se merece una convivencia sana dentro de una sociedad y más aún entre las personas que lo habitan.

2.2.5 FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA

La fundamentación en que se desenvuelve el presente proyecto investigativo es la teoría dialéctica del materialismo histórico ya que al encontrarse sumergido en un constante movimiento fluctuante está predispuesta a la transformación de toda el área social ya sea de forma negativa o positiva, siendo de igual manera una oportunidad para la modificación de información con el fin de mejorar los criterios personales y concientizar la toma de decisiones, además al encontrarse el humano dentro de este sistema también estará a la merced de la evolución.

Con el paso del tiempo la sociedad se ha visto envuelta en un sin número de cambios que han ido de la mano con la población basándose en reglas, derechos, deberes y en el pilar fundamental: la libertad, haciendo que las relaciones interpersonales sean cada vez más estructuradas y llevaderas sin embargo también sucede lo contrario en el caso de que no se comprenda el significado propio de la convivencia sana; las transformaciones a las que el ser humano se halla atado al vivir dentro de un marco social son primordiales ya que los nuevos conocimientos sobre educación, tecnología , medicina, artes y demás serán quienes estructuren la personalidad de cada uno conforme al cómo interioriza dicha información ya que también existirán datos negativos y nocivos dentro del aprendizaje que en lugar de enriquecer , deterioraran el nivel sociocultural de la población. Es así que el objetivo de este enfoque es el de beneficiar la comprensión y explicación de los fenómenos que se originen dentro

del área social como naturaleza del vínculo persona-aprendizaje con la aspiración de conseguir una interrelación capaz de transformar adecuadamente las mismas.

2.2.6 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

La violencia generada hacia la mujer ya sea ésta física, psicológica o sexual se verá enmarcada dentro de la conducta y la cognición de la misma y por ende pasará a formar parte de la psicología debido a que ésta incluye dentro de su área aquellos aspectos mentales, emocionales y evolutivos, ya que puede comprender los procesos individuales y relacionales asociados con la exposición aguda y crónica a la violencia y por otro, empieza a preguntarse en formas nuevas y diversos métodos para entender e intervenir efectivamente en la reducción de los complejos efectos de la violencia a nivel individual, familiar y social.

Resulta necesario comprender la psique de cada ser humano aquellos caracteres propios de su personalidad, que compondrán el significado que posee una persona sobre sí mismos, además de conocer las habilidades que ésta conserva para sobrellevar sucesos que desequilibren su espacio; es necesario ir de la mano con la psicología, la misma que será quien se escabulla bajo la esencia del maltrato hallando mediante la investigación, las causas y los efectos de estas acciones tanto a nivel personal como familiar y social.

En el transcurso del maltrato, desde su inicio hasta su culminación, que en muchos casos es la muerte, floraran cual corcho sobre el mar cada una de las características que posee el individuo violentado y el violentador, aquel auto concepto construido en la niñez y malogrado por los recientes acontecimientos, concepto que será expresado mediante la conducta sumisa o agresiva y en el caso de una mujer maltratada la conducta será el mayor indicador de su historia vivida y aquel que permitirá llegar hacia la cognición para la óptima comprensión de ideas y constructos que darán paso a un diagnóstico preciso y un tratamiento específico e íntegro, respetando siempre la libertad y la integridad humana. El enfoque Cognitivo-Conductual se abre a este espacio de mejor manera ofreciendo una relación amplia y lógica entre pensamiento y comportamiento, por ende es una herramienta eficaz al manejar esta población.

El individuo interactúa en base a características que obtuvo del medio así como la adquisición de rasgos que introyecta y los aplica en pro de su funcionalidad positiva o negativa, partiendo de esto es lógico determinar que el individuo posee esta habilidad biológica para adquirir cualquier tipo de información y mediante un adecuado entrenamiento transformar lo adquirido en herramientas que logren la supervivencia y el desarrollo personal, familia, social, etc adecuado. Para esto dentro del Área de la Psicología se han desarrollado tratamientos terapéuticos de intervención, y es fundamental describir el que más se adapta a éste tema de investigación presentada, por ende la Terapia Cognitiva Conductual, será el eje primordial dentro del manejo de la problemática evidenciada, para esto se toma en cuenta una de las figuras más influyentes dentro de esta corriente psicológica y es la implantada por Albert Ellis, éste autor desde su inicio plantea que el ser humano posee una tendencia innata a aprender, ésta misma

característica hace que se desenvuelva de manera óptima en el medio, luego de adquirir las técnicas necesarias para hacerlo es capaz de controlar de mejor manera su sentir, pensar y actuar. Ellis desarrolla su teoría en base al deterioro que ocasionan los pensamientos negativos sobre el bienestar psicológico, los cuales determinó en un esquema que lo denominó A-B-C, en la cual “A” refleja son los acontecimientos activadores, “B” que se enfoca por todo el contexto cognitivo y las creencias que intervengan en las mismas, y “C” que son las consecuencias que se producen ante la situación “A”, las consecuencias pueden presentarse en características emocionales, cognitivas y conductuales. Disminuir o eliminar las creencias que en el individuo causan malestar será el eje que contribuya a la sobrevivencia humana, para esto Ellis desarrolla la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual), enfocada en fomentar en el individuo una capacidad para controlar su propia vida logrando estabilidad en todas las áreas de desenvolvimiento, la aplicación de estrategias adecuadas planteadas por el mismo autor están enfocadas en ámbitos cognitivos, conductuales y emocionales las cuales serán aplicadas para la intervención terapéutica.

2.2.7 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente trabajo se sustenta en la Constitución de la República del Ecuador (2008). En el Título II - Capítulo tercero se detallan los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, fundamentando en el Art. 35 lo siguiente:

“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención

prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.” (p. 30).

En el Título II de la mencionada Constitución – Capítulo cuarto se puntualiza los Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades, fundado así en el Art. 56 lo siguiente: “Las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”. (p. 41).

En el Título II de la detallada Constitución – Capítulo sexto se señala los Derechos de libertad con su respectiva definición en el Art. 66 Numeral 3:

“El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.” (p.47).

Cimentado en el principio de libertad y respeto al cumplimiento de los derechos como individuos pertenecientes a una sociedad, se fundamenta la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia en el año 1995 en la ley N° 103, la misma que detalla parámetros que protegen la integridad física, psicológica y sexual de la mujer y de su entorno, entendiéndose por el mismo a los miembros de su familia; en el Título Preliminar se puntualiza el Art. 2- Violencia Intrafamiliar, señalando que: “Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.”(p.1).

En la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia asimismo se puntualiza el Art. 4 – Formas de Violencia Intrafamiliar, considerando los siguientes ítems:

“Violencia Física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiere para su recuperación; Violencia Psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la auto estima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado; Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la

sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo”. (Mehrotra, 2009, p.2).

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

2.3.1 RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES

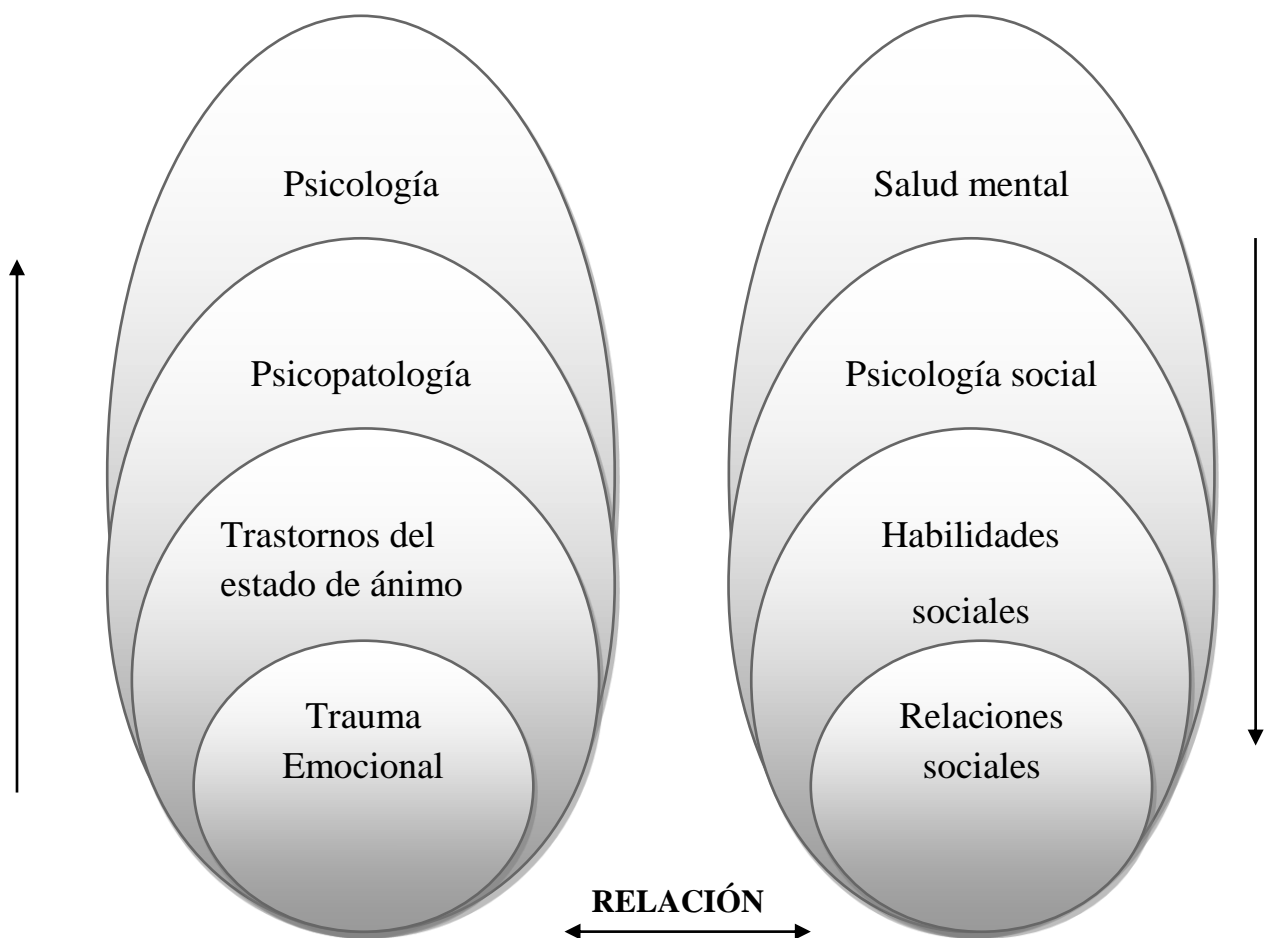


Diagrama N° 2 Red de inclusiones conceptuales

Elaborado por María Belén Sánchez Naranjo

2.3.2 CONSTELACION DE IDEAS

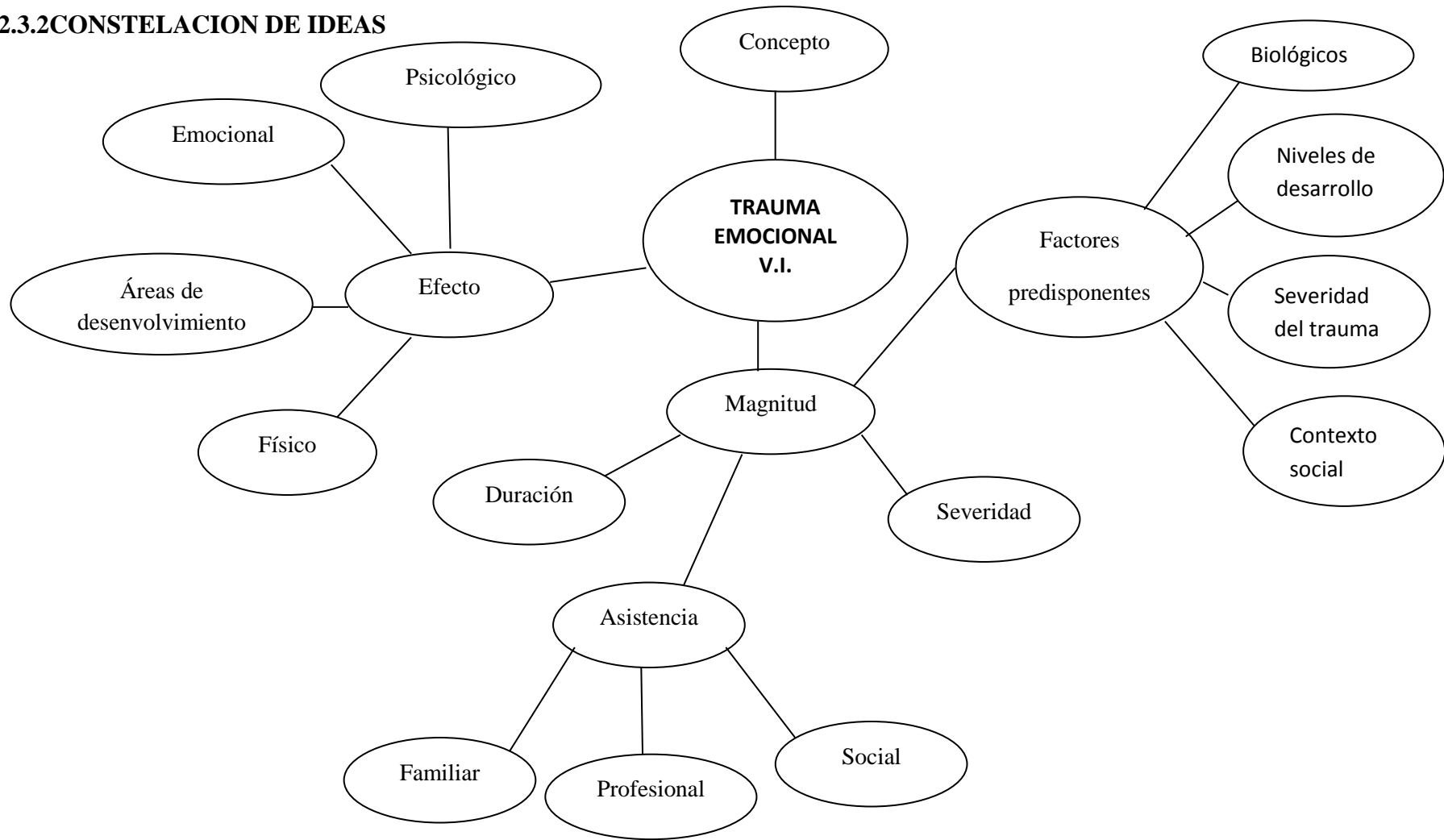


Diagrama N° 3 Constelación de ideas / Variable Independiente
Elaborado por María Belén Sánchez Naranjo

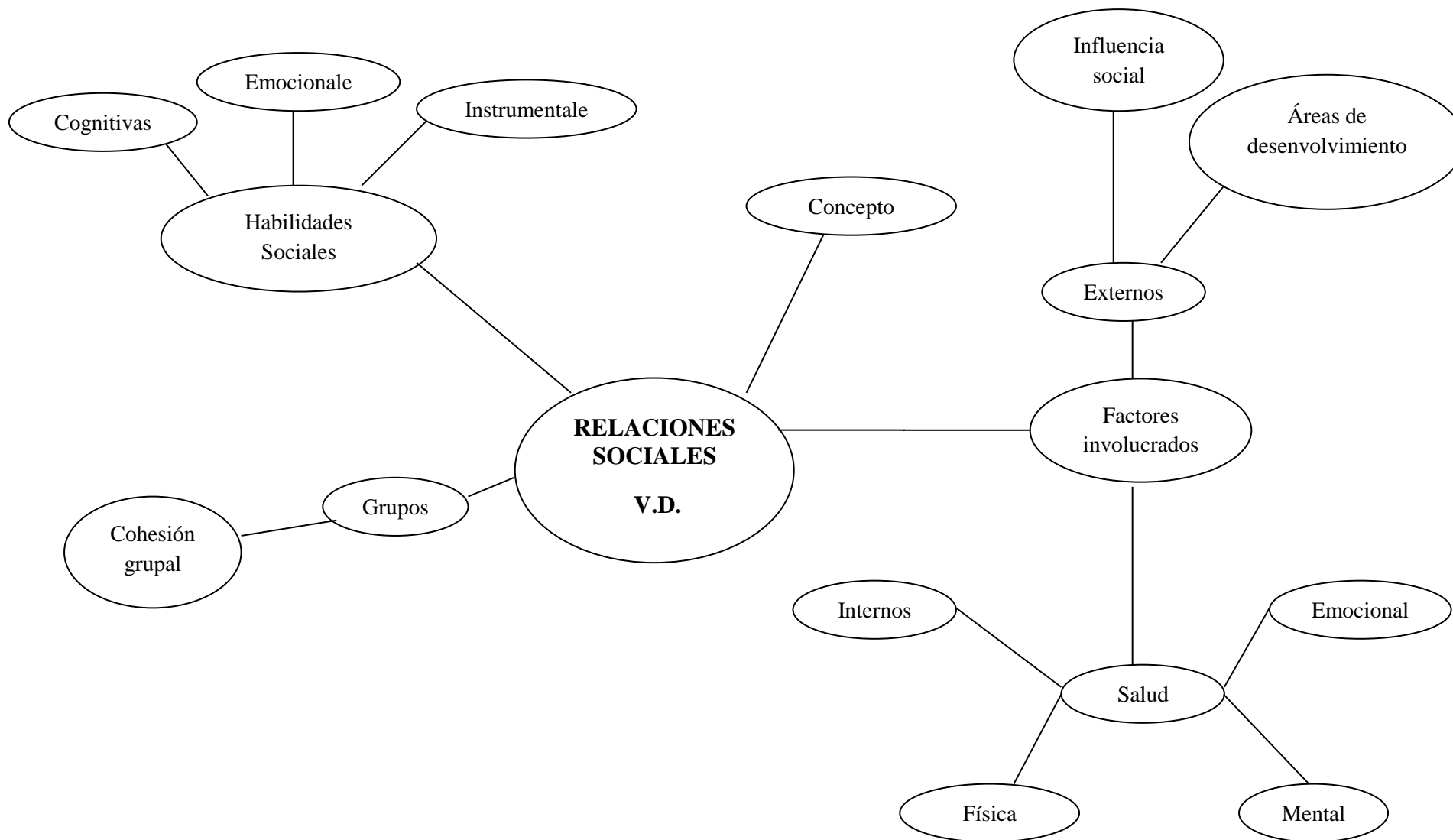


Diagrama N° 4 Constelación de ideas / Variable Dependiente
 Elaborado por María Belén Sánchez Naranjo

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

2.4.1.1 Psicología

La psicología es el estudio de los procesos mentales del ser vivo específicamente del ser humano, de aquella conexión entre su alma y su cuerpo en base a su etimología griega psique: alma y logos: tratado, es así que esta ciencia no solo analiza el proceder de la mente y la conducta además explora el estudio de sus manifestaciones tales como: los sentimientos, emociones, personalidad de manera individual y colectiva.

Desde el punto de vista científico, la psicología se enmarca como una ciencia con características experimentales que posee objetivos de análisis mediante la aplicación de un método científico capaz de explicar aquellas áreas de investigación como aspectos mentales conscientes e inconscientes manifestados por el individuo, cuyas características evidenciadas son plenamente registradas, medidas y por lo tanto capaces de modificación, es así que:

“Los psicólogos confían en el método científico cuando tratan de responder preguntas. Obtienen datos a partir de la observación cuidadosa y sistemática; desarrollan teorías que intentan explicar lo que han observado; hacen nuevas predicciones basadas en esas teorías y luego prueban sistemáticamente tales

predicciones a través de observaciones adicionales y experimentos que determinan si son correctas” (Morris y Maisto,2011, p. 10).

Al igual que la presente investigación es evidente que ésta ciencia posea objetivos dirigidos hacia un mejor estudio de la cognición-conducta del ser humano, Sanz (2012) por lo tanto adiciona que “La ciencia psicológica en sus investigaciones sobre el funcionamiento de la mente y de la conducta se propone cuatro objetivos, que son: descripción, explicación, predicción y modificación.” (p.40):

- La descripción, enfocada a puntualizar el fenómeno psicológico integrando la interpretación de aquella información recopilada de las variables presentadas.
- La explicación, dirigida hacia el conocer el porqué de las respuestas cognitivas-conductuales en base a una investigación de la causa-efecto de las mismas.
- La predicción, orientada a la capacidad de anticipar sucesos y de determinar posibles pronósticos de conductas en base a los datos obtenidos y comportamientos anteriores bajo condiciones grupales o individuales.
- La modificación, explícitamente orientada a la obtención de cambios psicológicos y comportamentales, con el propósito de modificar funcionamientos negativos y adquirir adecuados pensamientos, emociones y

conductas que sean adaptativas y que el individuo pueda hacer uso de ellas para un desenvolvimiento adecuado y establecimiento de un dominio autónomo.

Psicología clínica

La psicología clínica es el campo de la psicología enfocado al estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento de problemas a nivel mental y comportamental en búsqueda de un trabajo conjunto que genere un estilo de vida adecuado. Sánchez (2008) menciona “(...) el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos” (p.1), para lo cual el profesional maneja una serie de técnicas que forjan estrategias que el paciente adoptará para su empleo dentro y fuera del consultorio o lugar de trabajo, cuyo desarrollo propiciará un efectivo tratamiento.

La historia del individuo juega un papel esencial en la evaluación diagnóstica del problema manifiesto, como muestra Sánchez (2008), “En la tradición psicológica, el campo clínico enfatiza la necesidad de visualizar al individuo dentro de su historia, contexto, tareas de desarrollo y fortalezas y vulnerabilidades, entre los muchos factores a considerar simultanea e integradamente” (p. 3).

Uno de los objetivos de los psicólogos clínicos es asegurar aquellos procesos individuales y grupales entorno a la salud reinstaurándolos positivamente, previamente se realizará un diagnóstico para posteriormente elaborar y aplicar una intervención psicoterapéutica.

Terapia cognitiva conductual

La Terapia Cognitiva Conductual abreviada TCC, es un proceso de entrenamiento en el que se genera un re-aprendizaje de conductas a partir de la modificación de pensamientos centrándose en la resolución de problemas y entrenamiento en habilidades, de manera progresiva, Sánchez (2008) manifiesta que: “(...) se pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica. Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas” (p. 307).

La TCC tiene como base aumentar o disminuir conductas determinadas, las mismas que abarcan sentimientos y pensamientos utilizando técnicas que se sustenten en el re-aprendizaje ya que como seres de costumbres, las personas trascienden positiva o negativamente adquiriendo conocimientos y llevándolos a la práctica lo cual es un claro ejemplo del aprendizaje como medio de adaptación y supervivencia.

Las Terapias Cognitivas Conductuales suelen compartir características tales como:

1. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
2. El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
3. La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
4. Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
5. La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos).
6. Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. Ingram y Scout (citado por Hernandez y Sánchez, 2007, p.72)

De tal manera se hace incapié en los objetivos de ésta terapia como ejes fundamentales del establecimiento de pensamientos y conductas adecuadas que mejoren la calidad de vida del individuo y por ende del entorno en el que se desenvuelve diariamente.

2.4.1.2 Psicopatología

La psicopatología es el estudio de la “mente enferma” a partir de un deterioro cognitivo o neuro-anatómico a partir de factores como la genética, el desarrollo de la personalidad, situaciones sociales, eventos naturales, entre otros que emitan expresiones a nivel conductual, emocional, físico que el individuo presente y que dificulten su desenvolvimiento cotidiano; Vallejo (2005) argumenta que: “(...) la psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría, para lo cual precisa delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica.” (p.1), debido a que engloba a la psicología como espíritu y a la psiquiatría como un objeto su interés estará guiado hacia la interrelación entre ambas definiciones que no son más que la exteriorización de la una a partir de la otra, relacionando el nivel biológico con el psicosocial; estudiando de esta manera la sintomatología de la psique enferma e implantando tratamientos para la misma.

El profesional será el encargado de una serie de funciones algunas de ellas mencionadas por Mesa (1986) “(...) descubrimiento de las leyes que regulan la conducta anormal y/o patológica, la detección precoz y la prevención de los trastornos psicopatológicos, en mayor medida incluso que la creación de tratamientos eficaces, (...) bajo el signo de la investigación científica rigurosa.” (p.13).

Anormalidad

La presencia de fenómenos psicopatológicos se descubren a lo largo de la historia, sintomatología catalogada como posesión demoniaca o locura son términos que no han sido descartados inclusive en la actualidad por diferentes sistemas culturales a nivel de todo el mundo, las conductas inadecuadas denominadas como anormales poseen sus estudios previos los mismos que fortalecen conceptos actuales que han ayudado a la clasificación de las patologías y por ende a la formulación de tratamientos específicos.

Jarne, Talam, Armayones, Horta y Requena (2006), proponen criterios que faciliten la determinación de lo patológico: “Los más utilizados son los criterios estadísticos, clínicos, sociales o interpersonales, subjetivos o intrapsíquicos y, finalmente biológicos” (p.27). Enfatizando además que la génesis de las psicopatologías son un resultado de factores: biológicos, psicológicos y sociales.

- Los criterios estadísticos se basan en una naturaleza cuantitativa de frecuencia y continuidad definido por los aspectos psicológicos del individuo y de su entorno, sin generalizar casos, debido a que lo poco frecuente no siempre es patológico y la conducta ejecutada en exceso evidencia anormalidad.

- Los criterios clínicos inician con la evaluación del paciente la misma que otorga datos clínicos que en conjunto determinan la sintomatología del mismo que se la encuadra en el trastorno específico; los manuales de clasificación de trastornos mentales internacionalmente avalados son: Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE 10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV.
- Los criterios sociales o interpersonales enfocados a la normativa social y cultural, adicional a la expresión conductual del ser humano en su entorno; enfatizando el argumento de Sharfetter (1988) “(...) el vivenciar y el comportamiento de un ser humano se hallan en múltiples, vivas y mutuas interrelaciones. El hombre ha de ser considerado siempre dentro de su contexto social, jamás aisladamente.” (p.33).
- Los criterios subjetivos o intrapsíquicos dirigidos a la subjetividad del ser humano como el único que puede decidir sobre su situación conforme a su autoevaluación y a la necesidad de un profesional en salud, debido a que no se generaliza que un sentimiento negativo sea patológico para el autoinforme que el individuo realice de sí mismo.

- Los criterios biológicos encuadran las alteraciones a nivel orgánico resaltándola sobre los componentes psicológicos del individuo, siendo los trastornos psicológicos un resultado de la disfuncionalidad biológica.

Trastorno mental

Es imprescindible la mención de éste término que refuerza la categorización de un estado entre la salud y la patología (normal-anormal) previo el análisis clínico de factores psicológicos, ambientales y biológicos que descarten además estados emocionales o conductuales propios de una situación específica que el individuo atraviese para lo cual el Manual DSM-IV (1995) define lo siguiente:

“(...) cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, éste síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una manifestación comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.”(p.XXI)

2.4.1.3 Trastorno del estado de ánimo

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales presenta a los trastornos del estado de ánimo dentro de su clasificación psicopatológica incluyendo a toda aquella patología cuya característica principal sea una alteración del humor, Bitrán (1995) afirma que éstos trastornos: “(...) son un grupo heterogéneo y prevalente de enfermedades médicas multisistémicas que se manifiestan con grados variables de depresión, euforia o irritabilidad y se asocian a un significativo deterioro físico y social.” (s.p.i) las mismas que se manifiestan clínicamente en áreas tales como las emociones, la conducta y la fisiología.

Cabe resaltar conceptos que pertenecen a este tema para una comprensión más detallada; el ánimo corresponde a un estado de emoción interna del sujeto expresada específicamente mediante el afecto en una situación determinada; las diversas circunstancias generan en el individuo un sinfín de ánimos que son representadas a nivel general otorgándole una capacidad de control la misma que al atravesar estados anímicos (los cuales se expresan con la disminución o elevación patológica del ánimo), se verá afectada y sólo retomará cuando el individuo supere este evento. La génesis de los trastornos del estado de ánimo recae en la interacción de factores psicológicos, sociales y biológicos, ésta patología al igual que muchas se desencadenará a partir de un suceso activador y deberá ser tratada clínicamente para forjar una óptima calidad de vida

Bitrán (1995) adiciona “(...) Ellis y Beck sentaron las bases del modelo cognitivo, que identifica a un estilo de pensar negativa y distorsionadamente como el precursor psicológico de la depresión” (s.p.i), tales pensamientos inadecuados mantenidos y reforzados con situaciones o ideas similares sería participes directos de la formación de un trastorno al causar sentimientos de desesperanza en torno a la repetición de acontecimientos reales o ficticios; acuñando así lo mencionado por Bitrán (1995) acerca del enfoque conductual y el empleo de la teoría del aprendizaje a través de la ejecución de la psicología experimental que se basa en la exposición del individuo al escenario o factor desencadenante del malestar psicológico.

2.4.1.4 Trauma emocional

El ser humano está a la disposición de todo aquello que se registre en la historia, sucesos positivos o negativos serán quienes den origen a las decisiones y a las transformaciones individuales ya sean éstas de manera interna como externa, por tal razón existen variedad tanto de patología como de triunfos en las personas después de atravesar algún suceso en su cotidianeidad.

El trauma emocional es una respuesta natural generada después de la vivencia directa o indirecta de un suceso con demasiada carga negativa que el individuo no puede canalizarla correctamente siendo este instante en el que surgen las anomalías en muchas áreas de la persona. Cada acción generará una reacción y esta muchas

veces se da en cadena por tal razón el trauma adquirido no será una excepción, debido a que los efectos serán notados en las áreas de desenvolvimiento del individuo, ocasionando un malestar clínicamente significativo en el aspecto laboral, ya que al no poseer la suficiente concentración y disponibilidad de tiempo en las acciones que el trabajo necesita y solicita del individuo originando así una posible baja laboral o inclusive el despido; a nivel de la sociedad, la persona que ha sufrido un ataque de los descritos anteriormente no podrá desenvolverse adecuadamente en su entorno por que su estado emocional no lo permite, siendo así que sus habilidades sociales se verán deformadas encontrando así a una persona solitaria, con temores, inestable, situación que tarde o temprano dará paso a un trastorno psicológico; por tal razón Robinson, Smith, MA, y Segal (2012) manifiestan “El Trauma emocional y psicológico es el resultado de eventos extraordinariamente estresantes que rompen su sentido de seguridad, haciendo que se sienta indefenso y vulnerable en un mundo peligroso.” (s.p.i).

Muchos de los síntomas no son evidenciados en sus respuestas típicas dado que influye claramente la personalidad del individuo éste puede manifestar conductas como el excesivo consumo de alcohol u otra sustancia similares por lo cual es importante que la historia clínica sea elaborada minuciosamente y con énfasis en el análisis de cada una de las respuestas del paciente ya sean estas verbales o conductuales.

Horowitz (Citado por Gaborit 2006) identifica respuestas básicas tales como el temor a la repetición del suceso que generó trauma, sentimientos de vacío profundo y de soledad por ende vergüenza a al pensarse indefenso, enojo e ira dirigida a las causas de los eventos negativos y la infaltable tristeza por todo aquello que siente perdido especialmente relacionado a lazos familiares y sociales; para lo cual el individuo crea mecanismos defensivos como la evitación que lo protege del experimentar nuevamente los sucesos catastróficos, esta inhibición defensiva aplica estrategias que disminuyen la re-elaboración de información referente a dichos hechos.

Las relaciones interpersonales se hallan inestables debido a que resulta difícil que las personas cumplan como lo hacían, con peticiones y tiempo lo que hace dificultoso que las interacciones con grupos pares se desenvuelvan en pro de mejorar el estado emocional a través del apoyo que supone el entorno social para una víctima.

Factores que modifican la reacción a eventos traumáticos

Gaborit(2006) expone que “Los factores que modulan las reacciones se pueden dividir en seis categorías principales: (...)” (s.p.i):

- Los factores biológicos que a partir de la experiencia traumática crean conflictos a nivel de la memoria y del aprendizaje previo a la acumulación de estrés que alterará estructuras cerebrales, sin embargo se debe resaltar que

dependerá también estas consecuencias de áreas tales como el entorno y la personalidad.

- El nivel de desarrollo que posea el individuo, siendo éstos cognitivos y sociales estarán directamente relacionados a la capacidad que posea de desenvolverse en el afrontamiento de los sucesos, a mayor desarrollo de éstas áreas el sujeto poseerá más autocontrol lo cual generará que pueda controlar y reducir la ansiedad que sea producto de momentos negativos e inclusive ampliará canales de ayuda con familiares y amigos solicitando apoyo reforzando su seguridad.
- La severidad del trauma se relacionará con la intensidad y duración del mismo, su impacto reducirá la capacidad de autocontrol y el mantenimiento de rutinas laborales, familiares, sociales, éstas se verán relegadas a otros planos que generarán la postergación de planes y actividades rutinarias que mantienen al sujeto en contacto con el medio en el que convive.
- El contexto social equivale notablemente al apoyo que necesitan los humanos como entes de grupos y posterior a eventos traumáticos esto se halla desvalorizado al igual que la imagen social que el sujeto posea de su entorno ya que las redes que en ella se crean sirven de apoyo y ayuda para el afrontamiento de sucesos negativos, reforzamiento de la autoestima,

fortalecimiento en relaciones interpersonales y facilidad para crear estrategias de avance.

- Los eventos previos se enmarcan como fortaleza o vulnerabilidad ante la presencia de un nuevo suceso el mismo que puede hasta resultar agravante de un estado psicológico inestable o por el contrario otorgar herramientas de afrontamiento que resulten en el individuo plataformas de auto-apoyo y superación.
- Respecto a la personalidad se realiza un énfasis en el locus de control y el optimismo-pesimismo; de tal manera que el primero se refiere a aquellas creencias que los individuos posean acerca de la capacidad de controlar sucesos o influir en el desarrollo de los mismos; el optimismo-pesimismo se enfoca en el cómo son percibidos los hechos y en el desenvolvimiento individual y colectivo, son las preferencias de abordaje social de tal manera se valorarán positiva o negativamente los sucesos.

Por tal razón, todo individuo puede sufrir ataques a su estabilidad o espacio sin embargo existe gente que puede sobreponerse más rápido que otros, esto es debido a los factores predisponentes individuales los cuales pueden ser: la vulnerabilidad propia de la personalidad, aquellos traumas ya vividos y no confrontados de la manera adecuada y que al verse frente a otra situación que genere traumas éstos capítulos no cerrados se verán nuevamente abiertos y entremezclados

con los sucesos actuales, el estilo de vida es también un predisponente muy evidente además de los rasgos de personalidad que cada ser humano va a ir desarrollando durante cada etapa de su vida, las funciones mentales se unen a los predisponentes y a las causas de los eventos traumáticos ya que estos serán quienes especifiquen de mejor manera las áreas personales en las que el ataque fue más perseverante y por ende será el más débil.

La sintomatología de un trauma emocional estará basada en las defensas que posea cada persona siendo más notorios los problemas a nivel del estado de ánimo ya sea éste depresión, aislamiento, llanto fácil, sentimientos de ruina, y demás que logran la persistencia de continuar viviendo aquel hecho doloroso; es así que al encontrar un individuo con problemas psicológicos debido a estos fuertes e inesperados sucesos también se hallará a un hogar inestable pendiente de la persona afectada ya que al ser el grupo de seres más cercano a su desarrollo se verán de igual manera afectados emocional y físicamente; la persona al encontrarse en un punto tambaleante entre la estabilidad y la inestabilidad emocional naturalmente su ser se desequilibrará perdiendo así muchas de sus costumbres en relación a actividades y de aquellas que sentía más cercanas, tales como las relaciones afectivas y sociales.

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

2.4.2.1 Salud mental

La salud mental es la identidad individual que caracteriza al ser humano como individuo independiente en todo su desenvolvimiento, capaz de dirigir su vida y vivir adecuadamente dentro de un entorno.

La OMS (2013) detalla este término como “(...) estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (s.p.i) lo que conlleva un buen desenvolvimiento a nivel personal y social sin hacer énfasis en patologías que suelen ser aspectos secundarios en la visión de muchos individuos que miran en éstas el impulso para trascender positivamente en el medio en el que se relacionan, es decir no implica solamente la ausencia de trastornos resaltados en la normativa sino que da mayor relevancia a condiciones individuales de superación.

Sánchez (2008) menciona la posibilidad de definir ideas principales sobre la salud mental, siendo la primera el relatar que la salud no reside sólo en la ausencia de enfermedad, segundo la salud está relacionada de manera íntima con la salud física y en tercer lugar se encamina al sentido del bienestar emocional, en el sentido de paz,

felicidad, libertad enfoques subjetivos y características presentes en un individuo que goce de salud mental.

La realización personal es un claro ejemplo de una mente sana debido a que el individuo se encuentra estable y por lo mismo posee una capacidad de esfuerzo que lo hará acreedor de innumerables ganancias tanto físicas como emocionales; y ésta se verá más reforzada en tanto la relación con el entorno familiar y social sea de igual manera apropiado; Díaz (2004) adiciona que la salud mental se logra mediante el trabajo diario y constante, siendo ésta: “(...) la capacidad potencial de realizarnos en nuestra propia vida, y esta capacidad no nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente a través del ciclo vital” (p.106).

Niveles de atención

Se requiere de recursos materiales, humanos e institucionales para generar estrategias que implanten la salud como un objetivo de obtención de todos, de manera organizada que puedan satisfacer las necesidades de todo escalón personal.

Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) distinguen tres niveles de atención:

- El primer nivel se halla directamente relacionado con la población como un contacto inicial, que tiene como fin:

“(…) <desarrollar la atención integral mediante la adopción de medidas encaminadas al fomento y a la protección de la salud, a la curación y rehabilitación del enfermo, a la educación sanitaria de la población y a la vigilancia sanitaria de medio en que ésta se desenvuelve potenciando la participación de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios y la responsabilización en el cuidado de su propia salud>” Gil (Citado por Rosentreter 1992, p. 3-4).

Para lo cual es necesario contar con espacios de baja complejidad que sean capaces de resolver una gran parte de problemas de manera accesible, oportuna y eficaz tales como Centros de salud, Médicos Familiares y Comunitarios, entre otros.

- El segundo nivel se relaciona con una atención más detallada otorgada en establecimientos de salud en donde la medicina interna sea accesible ya sea esta de carácter pediátrico, ginecológico, obstetra, psicológico, entre otros, los mismos que conjunto a la prevención primaria no admitan un margen de error demasiado amplio, en vista de que ambas intervenciones no son de carácter urgente la atención será más puntualizada y directa.
- El tercer nivel incluye instalaciones de salud mejor equipadas en torno a equipos tecnológicos, en relación a patologías específicas y problemas poco prevalentes, un porcentaje mínimo de casos serán tratados en este nivel.

Niveles de prevención

La OMS (1998) define a la prevención como “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.”(s.p.i).

- La prevención primaria se enmarca en establecer medidas dirigidas a evitar la aparición de patologías a través del control de condicionantes, disminuyendo la exposición de factores negativos para el consumo humano además de brindar un control sobre los elementos causantes del desarrollo de trastornos. Uno de sus objetivos principales en sí es la disminución de la incidencia de la enfermedad.
- La prevención secundaria está dirigida al diagnóstico prematuro, aquel estado que no presenta sintomatología clínica sin embargo se halla inmerso en un distinguido grupo poblacional el mismo que deberá tener un tratamiento oportuno; esta prevención adiciona a su campo de acción un control periódico que evidencie los resultados de la intervención y beneficie las mismas en una prevención primaria.
- La prevención terciaria es aquella enfocada a la elaboración de una intervención directa que incluya diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en

todas las áreas que integran al individuo con el fin de recuperar la salud del paciente, además se emplea el seguimiento para el correcto monitoreo del proceso terapéutico, enfatizando el plano psicológico respecto a la salud mental.

- En la prevención Cuaternaria se toma en consideración los términos de prevención antes descritos los cuáles en todas sus dimensiones buscan prevenir, preservar y restaurar la salud del individuo, por lo cual se incluye un último nivel definido como “la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” Jamouille (citado por Ortiz, Ibañez 2011, p.514).

2.4.2.2 Psicología social

Una de las ramas de la psicología que estudia el comportamiento del ser humano es la denominada Psicología Social, cuyo enfoque se direcciona al comprender la relación entre el individuo y su medio social, interacción que otorga conceptos acerca de los procesos sociales de las personas los mismos que trazan las características básicas de la psicología humana.

Es necesario plantear una definición que abarque aspectos generales de su estudio, Morris y Maisto (2011) definen que “La psicología social es el estudio científico de la manera en que los pensamientos, sentimientos y conductas de un

individuo son influidos por las conductas o características reales, imaginarias o inferidas de otra gente” (p.431).

Cognición social

La interacción de los individuos entre sí es un factor imprescindible por lo cual el contacto social se evidencia en cada instante del desenvolvimiento humano, sin embargo las primeras impresiones son aquellas que otorgarán información importante ya sean estas de carácter negativo o positivo de otros sujetos o situaciones, Morris y Maisto (2011) detallan la cognición social como: “El estudio de la percepción o la cognición social se concentra en como juzgamos o evaluamos a otras personas” (p.432), dichas evaluaciones se registrarán por elementos dentro de la formación de impresiones y la atribución.

Formación de impresiones

Los individuos conforme se relacionan con su entorno generan creencias acerca del mismo, las impresiones de nuevos contactos implantarán información importante en el sujeto ésta será registrada en base al orden de adquisición, interpretando a Morris y Maisto (2011) en el instante en el que se da la formación de impresiones, surgen los esquemas siendo éstos el conjunto de expectativas y creencias que el individuo construye acerca de las diferentes categorías de personas

ya que al ampliar su campo social se verá instado a formar categorías en base a distintos beneficios.

Se enmarcan dentro de la formación de impresiones: el efecto de primacía que hace alusión a aquella información que valoramos más por ser la primera que se formuló al tener interacciones con los demás por tal razón poseen una carga fuerte y generalmente es complicada su modificación; la profecía autorrealizada conduce a obtener algo similar de lo que se espera previo a las expectativas hacia el otro; los estereotipos refieren el conjunto de caracteres similares que los individuos pertenecientes a un grupo social poseen y al mismo tiempo son compartidas por los mismos, lo cual impide conocer la subjetividad al englobar a todo un grupo como colectivo en general.

Atribución

En torno a esta teoría, Morris y Maisto (2011) sostienen que las personas tratan de entenderse mediante juicios sobre su comportamiento, los sesgos evidenciados en la percepción generarán un error fundamental de atribución el cual exagera la influencia de las fuerzas internas otorgando mayor relevancia a los factores externos al instante de explicar una conducta; la atribución defensiva emplea mecanismos para defender su imagen, expresando su conducta de un modo que no vulnere el autoestima atribuyendo las ganancias al propio sujeto y los fracasos al

entorno; la hipótesis del mundo justo describe el culpabilizar a los demás sin conocer inclusive su situación dentro del entorno, denominando como culpable a la víctima; la atracción interpersonal es uno de los aspectos de más valor al momento de relacionarse con un grupo par, debido a que la atracción física, cognitiva y conductual incentivan la proximidad, contacto que influye en la comunicación y por ende a la creación de lazos más íntimos valorados en el concepto de amor e intimidad en áreas laborales, sociales, familiares y de pareja.

Actitudes

Al partir de la interacción con los otros se fundamentarán creencias en la mente de los individuos, las mismas que causaran efecto en sus emociones y por ende en su conducta, Morris y Maisto (2011) refieren que: “Una actitud es una organización relativamente estable de los pensamientos, sentimientos y tendencias de conducta hacia algo o alguien, el objeto de la actitud” (p.432). Toda la elaboración psicológica que el sujeto a creado será manifestada en su comportamiento en su entorno social e inclusive en un espacio personal, debido a que mediante un factor externo se desencadenan los recuerdos en secuencia en base a la memoria.

La naturaleza de las actitudes

No siempre es posible anticipar comportamientos en los otros e inclusive en el propio sujeto en especial si las expresiones manifestadas son intervenidas por la

autosupervisión, es así que varias reacciones conductuales no estarán regidas por el control consciente; las actitudes son adquiridas mediante el aprendizaje el cual es concebido en el diario vivir a través de las varias experiencias.

Prejuicio y discriminación

El prejuicio compone una característica humana en relación a una visión intolerante que desfavorece la imagen del individuo que la expresa, es de carácter rígida en una gran cantidad de personas sobre temas varios; la discriminación por su parte es un comportamiento enfocado en el prejuicio en el que el individuo atribuye fracaso a sus factores internos y el logro a aquellos externos. Para conflictos de esta índole se plantean estrategias cuyo objetivo principal será el disminuir tanto el prejuicio como la discriminación, mediante la extensión del esquema de grupos, entrenamiento en asertividad y el fortalecimiento del contacto entre pares.

Cambio de actitudes

Las actitudes pueden ser modificadas para establecer un contacto social adecuado mediante la autopersuasión, cambiando especialmente conductas para su utilización en respuestas a nuevas experiencias, contradiciendo con información conductual positiva aquellas conductas inadecuadas.

Influencia social

Morris y Maisto (2011) señala: “La influencia social se refiere a la idea de que la presencia y las acciones de otros pueden controlar nuestras percepciones, actitudes y acciones” (p.143). Los individuos al pertenecer a un grupo sus habilidades, costumbres y cogniciones irán tomando diferentes conceptos, el aprendizaje será una acción diaria sin embargo también se denotará en ese espacio el aumento y disminución de control sobre actos e inclusive sobre la generación de ideas por causa de la influencia que el entorno genere sobre las personas.

La influencia cultural en la que se desenvuelve el individuo plantea aspectos que merecen ser valorados además del manejo de conductas concretas entre ese entorno; la asimilación cultural es un aspecto que toda población debería tomar en cuenta en sus aprendizajes debido a la importancia del respeto hacia la diversidad en general; la conformidad enlaza un sometimiento acerca de cogniciones, creencias, gustos bajo la tutela de un grupo mayor; se puntualiza también a la condescendencia dentro del parámetro saludable en el que las modificaciones conductuales no generen malestar y la obediencia deba ser respetada y ejercida en tanto no se presencien faltas a la autonomía.

Acción social

Las relaciones entre sujetos deberán ser planteadas de una manera en la que la interacción no sea estática, siendo así factible que los mensajes y aprendizajes sean aprovechados por todos los integrantes de dichos grupos, de tal manera Morris y Maisto (2011) adicionan que “Las acciones sociales dependen de la presencia de otras personas como receptoras o fuentes de influencia” (p.143).

La pérdida de la individualidad se presenciara en el instante en el que el sujeto esté inmerso en un grupo que no permita su libre expresión y adopte en todos sus miembros creencias específicas inadecuadas; la conducta de apoyo resalta la colaboración y la retribución entre pares, lo que denota además un estado emocional estable y una salud mental equilibrada; es importante tener en consideración que la cohesión puede generar un cambio riesgoso en la personalidad referente a la toma de decisiones, las mismas que situándose en la polaridad llegará a ser necesario que exista una opinión grupal hasta en decisiones individuales, llamado también pensamiento del grupo; al contrario que la formación del liderazgo la misma que representa la individualidad en equilibrio con la cohesión, marcando de manera clara sus limitaciones.

Grupos

Hollander (2000) define a los grupos como: “(...) unidades más generales de cualquier sistema social. El motivo primario de su existencia es el cumplimiento de funciones necesarias y significativas dentro de una sociedad” (p.352.). Estos conjuntos de individuos generan influencia en estados psicológicos relacionando así al sujeto como un ente subjetivo con un entorno colectivo, por tal razón es necesario acuñarlos dentro de la descripción de psicología social. Una de las funciones principales de los grupos es la ayuda que puedan otorgar a los miembros o entre ellos, mediante esfuerzos se lograrían alcanzar metas que de manera individual serían difíciles de lograr; la particularidad referente a interés los hace cohesionar y buscar pares que compartan dichas aficiones, destacándose así la estructura grupal a través del asumir propiedades organizacionales y reforzadores recíprocos entre los integrantes.

La cohesión grupal

Estos términos hacen referencia a la propiedad grupal en relación a la unidad entre ellos, es así que Hollander (2000) puntualiza lo siguiente “(...) los grupos cohesivos están mejor coordinados que los no cohesivos, y que en ellos se acentúa más el sentimiento de constituir una totalidad-expresado en el uso del pronombre nosotros-”. (p.369) de esta manera se resalta que aquellos grupos que posean mayor cohesión lograrán cumplir sus expectativas y metas de mejor manera manteniendo su

individualidad dentro de lo grupal, a diferencia de aquellos que mantengan una cohesión patológica o inestable.

2.4.2.3 Habilidades

Dentro del campo de la Psicología Clínica y como ya se ha descrito en párrafos anteriores , no se reduce simplemente al aspecto teórico o de investigación sino además a la ayuda psicoterapéutica que se pueda brindar, por ende el ejecutor de esto es decir el Psicólogo será el encargado de guiar y brindar estrategias al individuo para que el mismo logre adaptarse de mejor manera al medio mediante el cambio en el comportamiento inadecuado, de creencias irracionales, e incluso del actitudes o expresiones que se evidencian al momento de interactuar con el resto.

El comportamiento de los individuo tiene un elemento fundamental en la adquisición de habilidades sociales, esta adquisición desde tempranas edades evita que los seres humanos experimenten aislamiento, insatisfacción personal, rechazo, entre otras características, el desarrollo y obtención de estas habilidades influye en la adecuada resolución de problemas, es decir, ante problemas sociales existentes el individuo tendrá las herramientas necesarias para afrontar dicho conflicto.

No existe una conceptualización clara y única acerca de lo que son las habilidades sociales, sin embargo se exponen aproximaciones conceptuales que se describirán a continuación:

- “Las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (Pedrosa, García et al, 2000, p.8).
- Pedrona (2000) menciona que las habilidades sociales constituyen un repertorio de comportamientos con componentes tanto verbales como no verbales a través de los cuales el individuo incluye reacciones de otros en su contexto personal, a partir de esto el individuo responde al medio ya sea adquiriendo nuevas habilidades, utilizando las propias, o suprimiendo las mismas, con el fin de apreciar consecuencias tanto deseadas como no deseadas en el ámbito social, los comportamientos adecuado aplicados a los mismos serían los definidos como habilidades sociales

Labrador, Cruzado, Muñoz (1997), describen las siguientes características relacionadas a la conceptualización de habilidades sociales comúnmente aceptadas:

- Las H.S. representan un conjunto de capacidades de actuación aprendidas las cuales se presentan mediante conductas manifiestas.
- La manifestación de H.S. está direccionada a cumplir ciertos objetivos, ya sean relacionados con el ambiente o personales.

- Tienen un rasgo de especificidad situacional es decir, el contexto cultural o social o la situación determinaran en cierta forma la expresión de H.S.
- Las H.S. están determinadas por una serie de componentes, ya sean estos en función de niveles, grado de inferencia y especificidad que se adopte, además de características conductuales así como cognitivos y fisiológicos. La expresión de habilidades sociales estará determinada por la combinación de varios componentes y elementos.

A nivel general se puede decir que las Habilidades Sociales representan un conjunto de conductas y elementos aprendidos o adquiridos por el individuo los cuales ayudan a reaccionar y adaptarse de manera adecuada al medio, permitiendo una interacción apropiada con su entorno, logrando la satisfacción a nivel personal.

Clases de Habilidades Sociales.

Pedrona (2000), menciona que en base a las destrezas que se presenten en el individuo se desarrollan tres clases de H.S; Habilidades cognitivas, emocionales e instrumentales.

- **Habilidades Sociales Cognitivas:** Están determinadas por la psique, todos los procesos psicológicos que se desprendan dentro de la interacción social, como por ejemplo la identificación de necesidades, preferencias, gustos o conductas

deseables tanto personales como sociales, la capacidad para resolver problemas e identificar emociones tanto propias como del resto, entre otras características de índole cognitivo.

- **Habilidades Sociales Emocionales:** Son todas las expresiones en el contexto de relaciones sociales las cuales tienen que ver con la emisión de emociones que pueden ir desde presencia de emociones consideradas agradables como la alegría, hasta emociones desagradables como la tristeza. Tomando en consideración además de la situación en la que se encuentra el individuo.
- **Habilidades Sociales Instrumentales:** Están relacionadas con el actuar y la utilidad que generan las mismas en la interacción social, es así que estas habilidades permiten al individuo iniciar o mantener conversaciones, alternativas de reacción adecuada a efectos negativos que se presenten con el medio como conductas agresivas, además de conductas no verbales como la postura, los gestos, entre otros, la falta en la adquisición de estas habilidades dificulta el actuar social.

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

El entrenamiento está orientado a proporcionar y fomentar en el individuo la adquisición de Habilidades Sociales, tal y como se explicó con anterioridad el ser humano tiene la capacidad de modificar, aprender, adquirir y aplicar ciertos comportamientos o cogniciones para una mejor adaptación partiendo por esto se considera que deben existir tanto factores personales así como ambientales para la consecución de las mismas; Labrador (1997) describe las características en los procedimientos de Entrenamiento de H.S.

- 1) El E.H.S. está basado en desarrollar habilidades sociales nuevas o conductas alternativas a las que ya posee el sujeto, sin tomar en cuenta de manera fundamental las causas que originaron el conflicto.
- 2) Es de vital importancia la intervención activa del sujeto, es decir el paciente como agente primordial de cambio.
- 3) La consideración del entrenamiento en H.S. como procedimientos psicoeducativos de formación.
- 4) Las Ventajas con las que cuenta, como la familiaridad, la breve duración, terminología sencilla fácil de manejar, flexibilidad para adaptarla a distintos contextos, la formación es breve y sencilla.
- 5) Evidencia amplia acerca de la eficacia.

2.4.2.4 Relaciones sociales

Dentro de la Psicología, especialmente dentro del campo social, es importante considerar que el individuo se caracteriza por una serie de regularidades de ámbito social una de estas es el reconocimiento de la influencia que tiene el resto sobre el individuo y de la misma forma la influencia que ejerce el individuo sobre el medio.

Las relaciones sociales están determinadas por la conexión que existe entre los individuos, la cuales están reguladas por normas socialmente aceptadas, esta interacción establece las pautas o características que conforman un grupo y transmitiendo las mismas a través de un proceso común de socialización, las cuales pueden estar reflejadas en las relaciones sociales con la familia, los amigos, compañeros de trabajo, la pareja, entre otras. Además de esto las relaciones sociales constituyen una necesidad para los individuos, ya que es a través de la interacción social, en donde el individuo logra obtener el mayor aprendizaje, para el desarrollo de cualquier relación social es común la intervención de varios factores partiendo de factores personales, como cogniciones, conductas, emociones, entre otras. Una adecuada interacción social provee al individuo de herramientas necesarias para su desarrollo y bienestar apropiado. El contacto social brinda además al individuo cierto tipo de satisfacción tal y como lo señala Berscheid (citado por Morales, Moya y Gaviria, 2007, p.334), “Las relaciones íntimas satisfactorias constituyen lo mejor de la vida”. Entre los beneficios o las funciones de las relaciones sociales, se

encuentran la comparación social, la reducción social y la búsqueda de información, según menciona Moya (2007):

- La comparación está determinada en base a cómo el individuo debe actuar mediante la comparación con el otro, es decir en una situación conflictiva el individuo tiende a relacionarse o afiliarse a una persona o grupo de personas con las mismas características, para de esta manera manejar desde una perspectiva adecuada la situación que se presente.
- La segunda función del desarrollo de relaciones sociales es la reducción de ansiedad, ésta tomada desde el punto de vista de apoyo o la interacción beneficiosa que se obtenga a partir del contacto con otra persona, generalmente el individuo tiende a asociarse con otras personas que le brinden seguridad y que colaboren en la reducción de síntomas ansiosos, sin embargo es importante tomar en cuenta que cuando el otro individuo se encuentra en las mismas condiciones o situaciones parecidas el sujeto tiene dificultades para tranquilizarse.
- Y por último la búsqueda de información, que tiene cierta relación con la primera, ya que el individuo en situaciones amenazantes tiende a buscar la compañía de otro esto con el fin de que la otra persona pueda brindar la información necesaria para combatir o contrarrestar la problemática o la situación de peligro.

Estos tres enfoques están relacionados con la búsqueda de soluciones en situaciones por así decirlo amenazantes o desagradables, sin embargo es importante tomar en cuenta que el individuo logra formar y mantener relaciones sociales en base a la búsqueda de aspectos agradables, como conseguir aceptación, sentir cariño o respaldo por la otra persona, compartir aspectos positivos, entre otros, lo que mejora y aumenta la calidad de vida del individuo.

Bienestar mediante las relaciones sociales

Las relaciones sociales están relacionadas directamente con el bienestar personal, es decir el mantener relaciones sociales adecuadas genera satisfacción y una mejor adaptación al medio por ende la calidad de vida del individuo aumenta. Cuando las relaciones sociales no son adecuadas se da a denotar sintomatología negativa, Moya (2007) menciona que al hablar de soledad ésta se relaciona con aspectos negativos, como falta de habilidades sociales, o resolución de problema en el ámbito social como formar y mantener una conversación con otra persona, aislamiento, síntomas depresivos, entre otros.

Por ende el énfasis en el mantenimiento de relaciones sociales adecuadas, mejora la salud de las personas, promueve la longevidad y reduce los riesgos de

mortalidad, esto como características objetivas sin embargo no son relevantes si no existe un apoyo social.

2.4.2.5 Maltrato a la mujer

Violencia de Género

La violencia de género puede definirse como un tipo de violencia en el cual intervienen no solo el aspecto material que en este caso son las agresiones físicas y la falta de recursos económicos sino que además repercute el ámbito simbólico que en este caso está definido por la muestra de emociones, deseos, carencias a la hora de establecer relaciones afectivas. (Gil, Lloret, 2007).

Violencia contra las mujeres

El maltrato a la mujer es una problemática social la cual se ha producido desde muchos años atrás y aún no logra ser erradicada, esto debido a los conceptos patriarcales que aún se mantienen y que sin duda se siguen desarrollando y alimentando de generación en generación, el sometimiento a las mujeres es una característica que no pasa desapercibida ya que al hablar de una relación hombre-mujer, se forma automáticamente una jerarquía la cual no los coloca en igualdad de condiciones sino que, pone al hombre sobre la mujer. (Kipen, Caterberg, 2006).

Podría definirse como cualquier tipo de comportamiento violento realizado contra una mujer generalmente efectuado por un integrante familiar, que en el caso de parejas heterosexuales, que equivale a la mayoría de la población, es generada por un hombre, en este tipo de comportamiento es evidente una serie de aspectos entre los que incluyen maltratos de tipo físico, sexual, psicológico. Y con esto el desarrollo de factores patológicos en ambas partes tanto en el maltratado así como en la persona maltratada, en este caso las mujeres quienes afrontar diariamente estas actitudes violentas.

Ciclo de la Violencia

Walker (citado por Prieto, 2004), describe como se produce y se mantiene la violencia en pareja, esto en base a un trabajo realizado con mujeres maltratadas en donde observó que el patrón de violencia tendía a ser el mismo en la mayoría de mujeres maltratadas, la cual se desarrollaba en tres fases que se describen a continuación:

- 1) La fase de tensión: Esta fase es denominada de tensión esto debido a que la problemática empieza a registrarse en la pareja produciéndose fricciones entre los miembros de la misma, en esta fase se registran actitudes hostiles hacia la pareja, la cual alivia esta fricción producida complaciendo o dejando pasar este tipo de situaciones, las cuales no quedan resueltas adecuadamente y por ende a pesar de que en esta fase no se producen actitudes agresivas en gran nivel, aquí ya aparece la acumulación de insultos, gritos, entre otros.

2) La fase de Agresión: En esta fase la acumulación de características que componen la fase 1, llegan a su límite y el agresor tiende a explotar generando agresiones de índole tanto psicológica, sexual, y física, en esta fase las mujeres tienden a volverse sumisas, temerosas y mostrarse indefensas rasgos que aumentan el sentido de poder que tiene el agresor, en esta etapa la mujer maltratada se predispone a la agresión, y menos probable es el caso de las mujeres que denuncian al agresor.

3) La fase de conciliación: o denominada de “luna de miel”, , en esta fase el agresor muestra arrepentimiento por las conductas agresivas realizadas contra su pareja, muestra promesas de cambio, y provee de falsas esperanzas las cuales son receptadas positivamente por la mujer maltratada, generándose refuerzos positivos en la mujer por lo que le impulsa a mantenerse dentro de la relación.

El ciclo de violencia tal y como lo menciona Walker, explica muchas características presentes en la mujeres maltratadas, entre estas el de retirar denuncias en caso de haberlas realizado, o cambiar su estado de sufrimiento por uno justificativa en el que disculpan las agresiones ocurridas con el fin de que los actos violentos no se repitan sin embargo es muy común que el ciclo se vuelva a repetir, produciéndose agresiones cada vez más fuertes y continuas, desarrollándose además escasas

reconciliaciones lo que hace que la mujer tome la decisión definitiva de abandonar este ciclo, sin embargo esto ocurre ya pasados varios años de intensa agresión.

Tipos de Violencia

Los tipos de violencia comúnmente registrados se enmarcan en tres rangos, la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual.

- **Violencia Física:** Corresponde a todas las acciones u omisiones intencionales que causan daño en la integridad física de la mujer, este tipo de agresión es fácilmente identificable ya que el agresor deja marcas en el cuerpo de la mujer, las conductas agresivas incluyen todo tipo de golpes, cachetadas, mutilaciones, heridas con cualquier tipo de objeto, entre otras.
- **Violencia Psicológica:** Componen todas las acciones y omisiones las cuales tienen como finalidad desvalorar, intimidar o controlar el comportamiento de la mujer, influyendo predominantemente sobre el mismo, limitando a la mujer maltratada sobre sus decisiones u opiniones, las amenazas, insultos, intimidaciones, humillaciones, chantaje, entre otras características provocan un malestar psicológico en la mujer, produciendo alteraciones a nivel de autoestima, o afectaciones graves en su estado de ánimo. Este tipo de violencia a diferencia del físico tiene un nivel más alto en cuanto a la detección se

refiere, ya que las secuelas del maltrato no se evidencian a simple visto sino a través de una valoración psicológica adecuada con la mujer maltratada, o mediante su aspecto emocional o relato.

- **Violencia Sexual:** Este tipo de violencia está caracterizada por las acciones u omisiones que ponen en riesgo el desarrollo psicosexual de la mujer, poniendo en peligro la adecuada salud sexual de la mujer con actividades lascivas, prácticas sexuales no voluntarias, violación, y todas aquellas actitudes y conductas que denigren la imagen de la mujer.

2.5 HIPÓTESIS

2.5.1 Hipótesis I

El Trauma Emocional está relacionado con la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciante de la Comisaría de la Mujer.

2.5.2 Hipótesis O

El Trauma Emocional no está relacionado con la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciante de la Comisaría de la Mujer.

2.6 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES

Variable independiente

Trauma Emocional

Variable dependiente

Calidad de las Relaciones Sociales

Término de relación

Relación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo acoge el enfoque crítico propositivo de carácter cuanti-cualitativo, considerándose cuantitativo debido a que se basó en la búsqueda de datos los mismos que fueron sometidos a previos análisis estadísticos; además es considerado cualitativo ya que se investigó los fenómenos sociales desde el área en el que se desarrollan asimismo la veracidad de la información obtenida, sometiéndola a la criticidad con sustento del marco teórico.

3.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 DE CAMPO

Esta investigación es de Campo debido a que se estudió la problemática en el lugar donde la población de éste proyecto acudió otorgando así datos concretos de fuentes primarias, aportando de esta manera con la transformación de una realidad; para llevar a cabo esto fue indispensable utilizar herramientas durante la recolección

de información las cuales están enmarcadas en las: entrevistas, fichas, test y observación directa.

3.2.2 BIBLIOGRÁFICA- DOCUMENTAL

El presente trabajo investigativo contó con datos secundarios impresos en libros, periódicos, revistas, internet, los cuales atraviesan por estrictos parámetros de validez antes de ser utilizados dentro de este proyecto, ésta información amplia de forma significativa los datos obtenidos mediante las entrevistas directas además de que sustenta lo investigado y explica satisfactoriamente aquellos contenidos científicos dentro de las ciencias y en especial del área de Psicología Clínica.

3.2.3 DE INTERVENCIÓN SOCIAL O PROYECTO FACTIBLE

El presente proyecto va más allá de la mera investigación y observación de las variables definidas ya que su fin es transformarse en un ícono que genere innovaciones a nivel social además de ser un impulso para la trascendencia del individuo a la autorrealización, buscando así la estabilidad en las áreas de desenvolvimiento del ser humano y una positiva calidad de vida.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

La investigación se guió en la asociación de variables la misma que permitió plantear predicciones mediante la mediación de relaciones entre éstas, además concedió calcular el grado de relación que ambas poseen para así partiendo de éstas determinar los comportamientos que se realizan en mayor o menor grado a nivel de la población.

3.3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación se aplicó en mujeres que acuden a la Comisaría de la Mujer en el período Enero-Julio 2013.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: TRAUMA EMOCIONAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS E
El Trauma emocional y psicológico es el resultado de eventos extraordinariamente estresantes que rompen su sentido de seguridad, haciendo que se sienta indefenso y vulnerable en un mundo peligroso. Robindon, et al. (2015).	<p>Biológica</p> <p>Psicológica</p> <p>Social</p>	<p>La excitación ansiosa</p> <p>Depresión</p> <p>Irritación</p> <p>Experiencias intrusivas</p> <p>Evitar defensa</p>	<p>-Recuerdos que causan malestar cuando usted menos lo espera.</p> <p>-Nerviosismo.</p> <p>-Ansiedad elevada.</p> <p>-Se siente triste.</p> <p>-Desea estar muerto.</p> <p>-Sentimientos de desesperanza.</p> <p>-Se enfada con poca o sin ninguna razón.</p> <p>-Se molesta fácilmente con los demás.</p> <p>-Se siente por dentro enfadado.</p> <p>-Pesadillas o sueños desagradables.</p> <p>-Recuerdos o imágenes intrusivas sobre cosas desagradables.</p> <p>-Recuerdos repentinos sobre algo desagradable del pasado.</p> <p>-Intenta olvidar los malos momentos de su vida.</p> <p>-Intenta evitar ciertos recuerdos.</p> <p>-Evita a ciertas personas o lugares porque le recuerdan algo.</p>	<p>TÉCNICA</p> <p>Ficha socio-demográfica.</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>Test psicométrico: Trauma Symptom Inventory (TSI) John Briere, PhD 1995</p>

		Disociación	<ul style="list-style-type: none"> -Siente como si estuviera fuera de su cuerpo. -Siente como si estuviera mirándose desde lejos. -Siente como si realmente no supiera quién es. 	
		Preocupaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> -No está satisfecho con su vida sexual. -Siente confusión con respecto a sus sentimientos sexuales. -Pensamientos o sensaciones sexuales cuando piensa que no debería tenerlos. 	
		Comportamiento sexual disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> -Tiene relaciones sexuales con alguien que apenas conoce. -Se mete en problemas por el sexo. -Utiliza el sexo para conseguir amor o atención. 	
		Deterioro de la auto-referencia	<ul style="list-style-type: none"> -Necesita que otros le digan lo que tiene que hacer. -Se siente confundido sobre lo que piensa o cree. -Sus sentimientos o pensamientos cambian cuando está con otras personas. 	
		Comportamiento de reducción de la tensión.	<ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos o fantasías de herir a alguien. -Amenaza o intento de suicidio. -Empieza discusiones o peleas para liberar su rabia. 	

Tabla N° 1 Operacionalización de la Variable Independiente.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

3.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Establecen las pautas de la cultura de grupo y su transmisión a través del proceso de socialización. Las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona. Barquin, Briones, Garcia, Vega (2012)</p>	<p>Psicológica</p> <p>Social</p>	<p>-Autoexpresión de situaciones sociales.</p> <p>-Defensa de los propios derechos como consumidor.</p> <p>-Expresión de enfado o disconformidad</p>	<p>- A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer tonto ante los demás.</p> <p>-Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.</p> <p>-Tiendo a guardar mis opiniones a mi mismo.</p> <p>-Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me quedo callado.</p> <p>-Cuando alguien se me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta.</p> <p>-Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.</p> <p>-Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.</p> <p>-Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.</p> <p>-Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.</p>	<p>TÉCNICA</p> <p>Ficha socio-demográfica</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>Test EHS Escala de Habilidades Sociales. Elena Gismero González. 2010.</p>

		<p>-Decir no y cortar interacciones</p> <p>-Hacer peticiones</p> <p>-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto</p>	<p>-Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.</p> <p>-Nunca se cómo “cortar a un amigo que habla mucho”.</p> <p>-Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.</p> <p>-A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.</p> <p>-Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.</p> <p>-Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.</p> <p>-Soy incapaz de pedir a alguien una cita.</p> <p>-A veces no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto.</p> <p>-Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé que decir.</p>	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Tabla N° 2 Operacionalización de la Variable Dependiente.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1 DESCRIPCIÓN DE TEST PSICOMÉTRICOS

ANEXO 1 Ficha socio-demográfica

Autor: María Belén Sánchez Naranjo (2013).

Objetivo: Recabar información demográfica específica que complemente la esencia investigativa del presente proyecto, mediante datos tales como: tipo de maltrato, edad, etnia.

ANEXO 2 Test Trauma SymptomInventory (TSI)

Autor: John Briere, PhD (1995).

Objetivo: Evaluar la sintomatología postraumática aguda y crónica, incluyendo aquellos efectos de eventos traumáticos y las dificultades intra-e interpersonales a menudo asociados con el trauma psicológico.

Escalas

- La excitación ansiosa (AA): síntomas de ansiedad, incluidos los relacionados con la hiperactivación postraumática.
- Depresión (D) :sintomatología depresiva, tanto en términos de estado de ánimo y las distorsiones cognitivas depresivos.

- Ira / Irritabilidad (AI): efecto enojado o irritable, así como las cogniciones asociadas enojo y comportamiento.
- Experiencias intrusivas (IE): síntomas intrusivos asociados con el estrés postraumático, como escenas retrospectivas, pesadillas y pensamientos intrusivos.
- La evitación defensiva (DA): evitación postraumática, tanto cognitiva como conductual.
- La disociación (DIS): sintomatología disociativa, como la despersonalización, las experiencias fuera del cuerpo, y entumecimiento psíquico.
- Preocupaciones sexuales (SC): angustia sexual, tales como la insatisfacción sexual, la disfunción sexual, y pensamientos sexuales no deseados o sentimientos.
- Comportamiento Disfuncional Sexual (OSD): conducta sexual que es de alguna manera disfuncional, ya sea por su calidad indiscriminada, su potencial de auto-daño, o su uso inapropiado de lograr objetivos no sexuales.
- Deterioro de la auto-referencia (ISR): problemas en el "yo" de dominio, como confusión de identidad, alteración del yo-otro, y una relativa falta de auto-ayuda.
- Comportamiento de reducción de la tensión (TRB): tendencia del demandado a recurrir a métodos externos para reducir la tensión interna o de

emergencia, tales como la auto-mutilación, ataques de ira y las amenazas de suicidio.

ANEXO 3 Test Escala de Habilidades Sociales (EHS)

Autor: Elena Gissero González (2010).

Objetivo: Valorar el déficit en habilidades sociales mediante la proyección de datos acerca de las capacidades de aserción del individuo en distintos contextos, de sus expresiones y la calidad en las relaciones con su entorno social.

Escalas

- Autoexpresión de situaciones sociales: refleja la capacidad de expresión individual de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales.
- Defensa de los propios derechos como consumidor: manifiesta conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo.
- Expresión de enfado o disconformidad: refleja la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y / desacuerdos con otras personas aunque se trate de amigos o familiares.
- Decir no y cortar interacción: refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como el negarse a prestar algo cuando nos

disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en lo que lo crucial es poder decir no a otras personas y cortar las interacciones - a corto o largo plazo - que no se desean mantener por más tiempo.

- Hacer peticiones: manifiesta la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea a amistades o situaciones de consumo.
- Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto: El factor se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto y de poder hacer espontáneamente un cumplido un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios positivos.

3. 6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Investigar de qué manera el trauma emocional está relacionado con la calidad de las relaciones sociales de las mujeres denunciadas de la Comisaría de la Mujer.
¿De qué personas u objetos?	80 mujeres
¿Sobre qué aspectos?	VI: Trauma emocional VD: relaciones sociales
¿Quién lo va hacer?	La investigadora
¿A quién?	Mujeres denunciadas
¿Cuándo?	Febrero -Julio 2013
¿Dónde?	Comisaría de la Mujer de Ambato
¿Cuántas veces?	80 veces
¿De qué técnicas de recolección?	-Psicométricas. - Ficha socio-demográfica.
¿Con qué instrumentos?	- Ficha socio-demográfica. -Test Trauma Symptom Inventory. -Test EHS Escala de Habilidades Sociales.

Tabla N° 3 Plan de recolección de información.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Demostrar o descartar la hipótesis planteada.
¿De qué personas u objetos?	80 mujeres
¿Sobre qué aspectos?	VI: Trauma emocional VD: relaciones sociales
¿Quién lo va hacer?	La investigadora
¿A quién?	Mujeres denunciantes
¿Cuándo?	Febrero -Julio 2013
¿Dónde?	Comisaría de la Mujer de Ambato
¿Cuántas veces?	80 veces
¿De qué técnicas de recolección de la información?	-Psicométricas. - Ficha socio-demográfica.
¿Con qué instrumento?	Método estadístico Chi cuadrado.

Tabla N° 4 Plan de procesamiento de información.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Análisis e interpretación de resultados de la ficha socio-demográfica

ANEXO N: 1

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

1.- ¿A qué rango de edad pertenece usted?

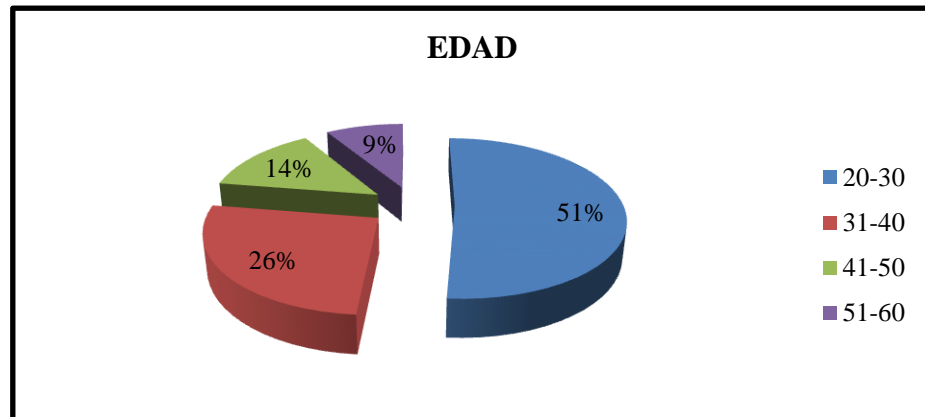
Tabla N°5 Promedio correspondiente a la edad de las mujeres encuestadas.

Rango	Número de encuestados	Porcentaje
20-30	41	51%
31-40	21	26%
41-50	11	14%
51-60	7	9%
TOTAL	80	100%

Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°1



Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base a ésta opción se observa que de una totalidad de 80 mujeres encuestadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato, un porcentaje equivalente al 51% pertenecen a un rango de edad fijado entre 20 a 30 años de edad, también se obtuvo un porcentaje del 26% para un rango de 31 a 40 años de edad, el 14% en un rango de 41 a 50 años de edad y en menor porcentaje se halla el 9 % perteneciente a un rango de 51 a 60 años de edad.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que las mujeres incluidas en el rango de menor edad se presentan más afectadas por una o todas las variaciones del maltrato, debido a que son quienes más acuden a realizar denuncias o solicitar seguimientos en el

departamento de psicología de esta Institución por el contrario aquella población limitada en el rango de mayor edad no posee demasía concurrencia en la Comisaría de la Mujer de Ambato denotando posiblemente dificultad a su acceso o falencias referentes a información de este establecimiento.

2.- ¿A qué etnia pertenece usted?

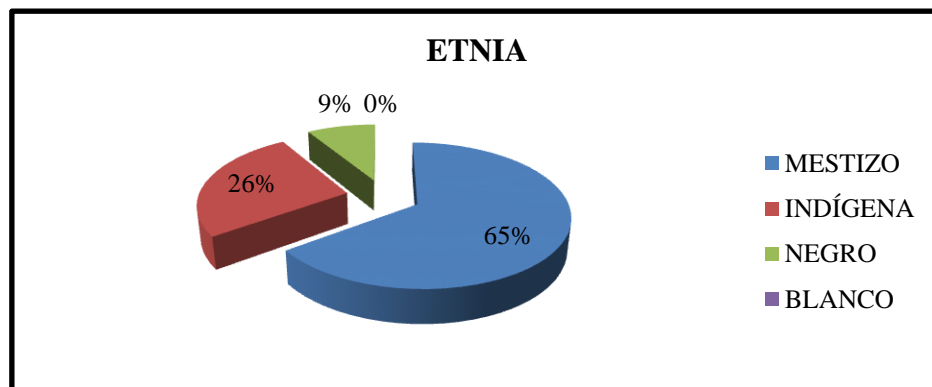
Tabla N°6 Porcentaje correspondiente a la etnia de las mujeres encuestadas.

Etnia	Número de encuestados	Porcentaje
MESTIZO	52	65%
BLANCO	0	0%
INDÍGENA	21	26%
NEGRO	7	9%
TOTAL	80	100%

Fuente: Ficha socio-demográfica.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°2



Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos en esta alternativa se deduce que de las 80 personas encuestadas el porcentaje más representativo se enmarca en un 65% perteneciente a una etnia mestiza, el 26% resalta dentro de la etnia indígena, además el 9% restante corresponde a la etnia negra, siendo así la etnia blanca aquella que no posee porcentaje cuantitativo superior al 0 % dentro de la totalidad de mujeres evaluadas.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra que los actos de violencia son emitidos hacia una población cuyas raíces no logran bloquear dichas acciones, el maltrato hacia la mujer llega a ser parte cotidiana en muchas de las agrupaciones étnicas y en otras tan sólo son llamados errores; existen grupos estigmatizados cuyas zonas no poseen la importancia adecuada a nivel general confluyendo en el no conocer sus derechos-deberes y por lo tanto no validarlos. La etnia mestiza asciende como superior en relación a niveles de maltrato en esta investigación siendo quienes acuden con más frecuencia a realizar procesos de defensa en base a la información vertida en campañas generales en contra de la violencia y a estereotipos machistas que se han ido desintegrando conforme a actitudes de equidad de género dispuestos como temas prioritarios a ras del Ecuador. La etnia que sujeta actos violentos en mayor cantidad también es la indígena cuyos alrededores poseen información sin

embargo sus arquetipos marcan muchos rasgos de patriarcado sujetando aún en el presente a la mujer como un rol de segundo mando. La evaluación concede como una etnia no tan afectada por el maltrato a la mujer a la etiquetada como: negra, en base a la zona Tungurahua en donde la investigación se realizó y sin datos acerca de mujeres incluidas en la etnia blanca.

3.- ¿Cuál es su estado civil?

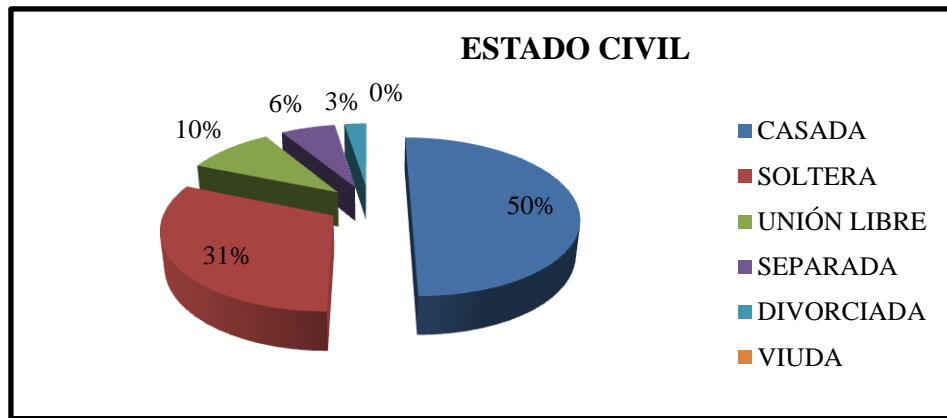
Tabla N°7 Porcentaje correspondiente al estado civil de las mujeres encuestadas.

Estado civil	Número de encuestados	Porcentaje
CASADA	40	50%
SOLTERA	25	31%
UNIÓN LIBRE	8	10%
SEPARADA	5	6%
DIVORCIADA	2	3%
VIUDA	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°3



Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Ésta alternativa enmarca el estado civil de las mujeres encuestadas en la Comisaría de la Mujer y el nivel de maltrato englobado en cada una de ellas, por lo tanto se presenta un porcentaje agudo del 50% en aquellas agrupadas como: casadas, debido a que la violencia es generalmente impartida por el cónyuge, siguiéndole el porcentaje de 31% perteneciente a mujeres solteras, ambos son los grupos que denotan mayor índice de victimización; el 10 % pertenece al estado catalogado como: unión libre; el 6% a mujeres separadas, el 3% restante para mujeres divorciadas y 0% al estado civil viudo.

Interpretación

Por los datos obtenidos se interpreta que las mujeres pertenecientes al estado civil de casadas son quienes más han sido víctimas de acciones violentas posiblemente porque el agresor viene siendo el cónyuge cuyo hogar los interna a ambos; a éste grupo le continúa aquellas mujeres clasificadas como solteras cuyo índice de violencia resulta agudo impartido generalmente por parejas afectivas; en porcentajes menores se hallan estados civiles tales como: unión libre, separadas y divorciadas, todo en base a la encuesta previa. El gráfico indica una realidad que rodea a las mujeres maltratadas ya que el agresor tiende a ser generalmente la pareja inclusive puede provenir de familiares y de personas lejanas, adjuntando a esto la falta de acceso a redes de apoyo para salvaguardar la integridad de las víctimas, es así que una mujer casada posiblemente sufrirá lesiones de manera más consecutiva sin embargo se halla que una mujer que no convive con su pareja igualmente es proclive a recibir un trato no ético.

4.- ¿Qué tipo de maltrato ha recibido o recibe usted?

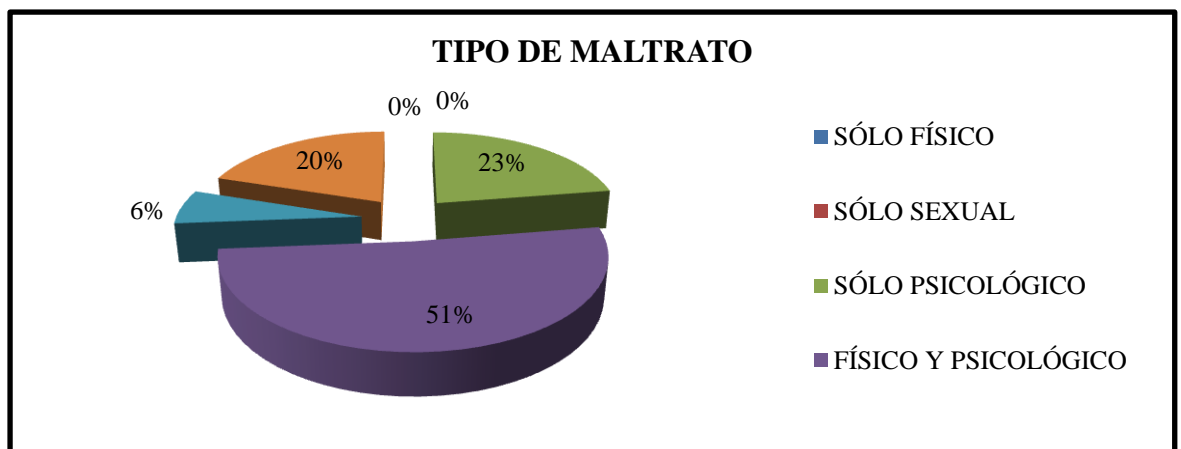
Tabla N°8 Porcentaje correspondiente al tipo de maltrato vivido por las mujeres encuestadas.

Tipo de maltrato	Número de encuestados	Porcentaje
SÓLO FÍSICO	0	0%
SÓLO SEXUAL	0	0%
SÓLO PSICOLÓGICO	18	23%
FÍSICO Y PSICOLÓGICO	41	51%
PSICOLÓGICO Y SEXUAL	5	6%
FÍSICO, PSICOLÓGICO, SEXUAL	16	20%
TOTAL	80	100%

Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 4



Fuente: Ficha socio-demográfica

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Los datos obtenidos de las mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato en relación a esta interrogante revelan que los porcentajes más agudos se sitúan sobre el maltrato físico y psicológico con un 51%, en tanto que la violencia netamente psicológica se halla en un porcentaje de 23% alcanzada por un 20% que representa al maltrato físico, psicológico y sexual; el menor índice está representado por la violencia psicológica y sexual con un 6% en tanto que el maltrato de tipo sólo físico y sólo sexual permanecen en una estancia de 0%.

Interpretación

El maltrato es el conjunto de acciones que desvalorizan a la víctima de manera física, psicológica o sexual e inclusive muchos de los actos violentos conllevan no sólo la práctica de uno sino también la unión de todas estas; la investigación denota que en todo maltrato exterior existe la presencia del factor psicológico, determinado por palabras en su mayoría que desequilibran la salud mental no sólo de la víctima sino además de su círculo de desarrollo; los ítems que indican sólo maltrato físico o sólo sexual se hallan en un porcentaje sin valor debido a que no hay forcejeo con palabras sutiles, por lo tanto se hace hincapié en que el maltrato psicológico está presente en todas las expresiones violentas ya que la psiquis es quien se alimentara de manera negativa de aquellos sucesos generando normosis en los círculos de violencia,

ideas irracionales que impiden la superación y malestar significativo en el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral de la mujer maltratada.

4.1.2 Análisis e interpretación de resultados de la variable independiente

ANEXO N: 2

Test Trauma Symptom Inventory (TSI) John Briere, PhD

1.- Excitación ansiosa (AA)

Tabla N°9 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a la Excitación Ansiosa de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	1	1%
MODERADO	61	76%
GRAVE	18	23%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°5



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al test realizado a las mujeres denunciadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato se obtiene que de una población de 80 personas existe un nivel elevado de excitación ansiosa en un marco moderado marcado por un 76% en respuesta de un acto con carga negativa, en un porcentaje de 23% se presencia en estado grave y en menores porcentajes se hallan niveles tales como leve con el 1% y ausente con 0%.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que los episodios violentos generan en el individuo un desequilibrio emocional y mental desestabilizando el desempeño adecuado del mismo, siendo así que en esta población se presencia una sintomatología general a nivel moderado del estado de ánimo perceptible mediante síntomas de ansiedad entre

ellos los relacionados con la hiperactivación postraumática; se evidencia que a partir de un acto perjudicial la persona siempre otorgará una reacción a diferente escala ya sea leve, moderada o grave.

2.- Depresión (D)

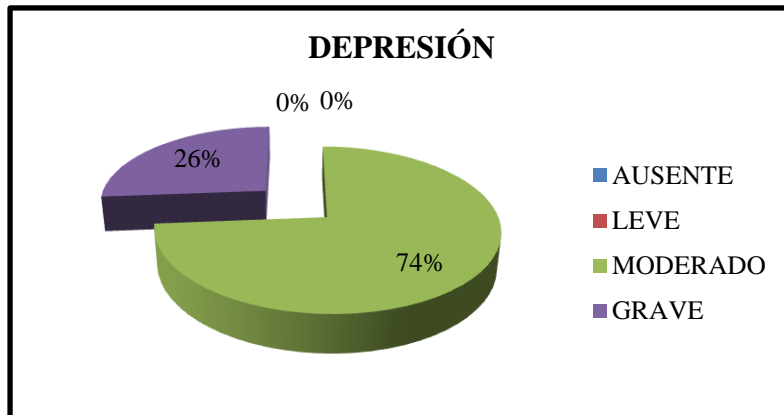
Tabla N°10 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a la Depresión de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	0	0%
MODERADO	59	74%
GRAVE	21	26%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°6



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos en ésta área se deriva que un porcentaje de 74% destinado hacia el nivel moderado es aquel con mayor valor dentro de las mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer que presentan depresión a partir de un evento traumático, se presencia además un 26% que corresponde a la manifestación de una depresión en grado grave cuyos efectos suelen ser más visible, siendo así que niveles como ausente y leve no se hallen presentes por su porcentaje nulo de 0%.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra que los acontecimientos perjudiciales vividos desencadenarán efectos nocivos en el estado psíquico de las mujeres

violentadas, produciendo sintomatología depresiva en términos de estado de ánimo creando así distorsiones cognitivas depresivas resaltadas en ideas irracionales y como estímulos de normosis en el círculo de la víctima. El individuo como ser de emociones y pensamientos reaccionará notablemente ante agresiones de todo tipo con comportamientos que llegarían al aislamiento y conductas autolíticas con el fin de escape y protección de reprimendas sociales, familiares e inclusive del propio maltratador.

3.- Irritación (AI)

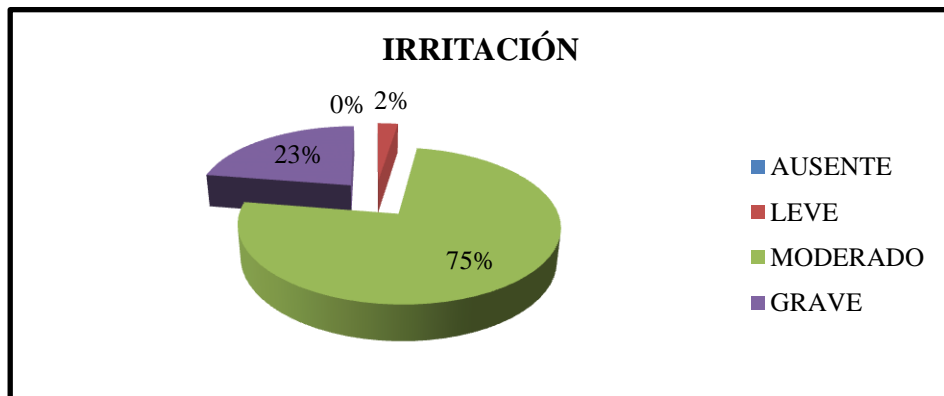
TablaN°11 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a la Irritación de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	2	2%
MODERADO	60	75%
GRAVE	18	23%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 7



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Ésta alternativa enmarca el nivel de irritación que hechos nocivos producen en la estabilidad psicológica y física de un individuo, las mujeres denunciante a quienes se aplicó el test evidenciaron que presencian ira y frustración en un porcentaje elevado de 75% catalogado como moderado, en un 23% dentro de una irritabilidad grave y leve en un 2% como porcentaje menor y como nulo se enmarca irritación ausente.

Interpretación

Por los datos obtenidos se concluye que un gran porcentaje de mujeres denunciante en la Comisaría de la Mujer de Ambato presentan un nivel alto de irritabilidad representada por enojo asociado en su mayoría con cogniciones de ira y

frustración, lo mismo que se demuestra en su comportamiento siendo inclusive adoptado por parte del agresor como actitudes desafiantes incitando erróneamente a encuentros saturados de violencia, lo cual no hace más que producir cotidianidad de eventos. Sin embargo en la población también se hallan porcentajes mínimos de éste carácter apreciando la singularidad de que no en todos los casos un hecho traumático producirá elevada irritación.

4.-Experiencias Intrusivas (IE)

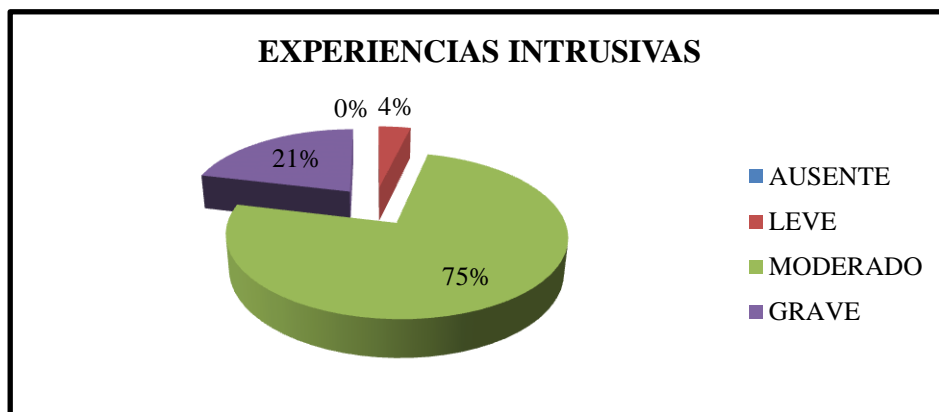
Tabla N° 12 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a las Experiencias Intrusivas de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentajes
AUSENTE	0	0%
LEVE	3	4%
MODERADO	60	75%
GRAVE	17	21%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 8



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Con estos resultados se puede constatar que la población perteneciente a las mujeres denunciadas evaluadas en la Comisaría de la Mujer presenta experiencias intrusivas en un porcentaje alto de 75% en nivel moderado, un porcentaje del 21% enmarca estas respuestas de manera grave y con una sintomatología menos perceptible un 4% equivalente a leve y 0% a ausente.

Interpretación

Por lo anterior se puede apuntar que la sintomatología englobada en las experiencias intrusivas se detallan en la mayoría de entrevistadas que han sido participes de hechos con cargas negativas, enmarcándolo de tal manera en un nivel

moderado, las mujeres que generan este malestar presentarán síntomas intrusivos asociados con el estrés postraumático tales como escenas retrospectivas, pesadillas y pensamientos intrusivos que harán de ella un sujeto inestable e incapaz de desenvolverse adecuadamente en sus áreas; de la misma manera se evidencia que un porcentaje relativamente notorio eleva la sintomatología a nivel grave generando que para el sujeto sea más complicado elaborar un equilibrio mental.

5.- Evitar defensa (DA)

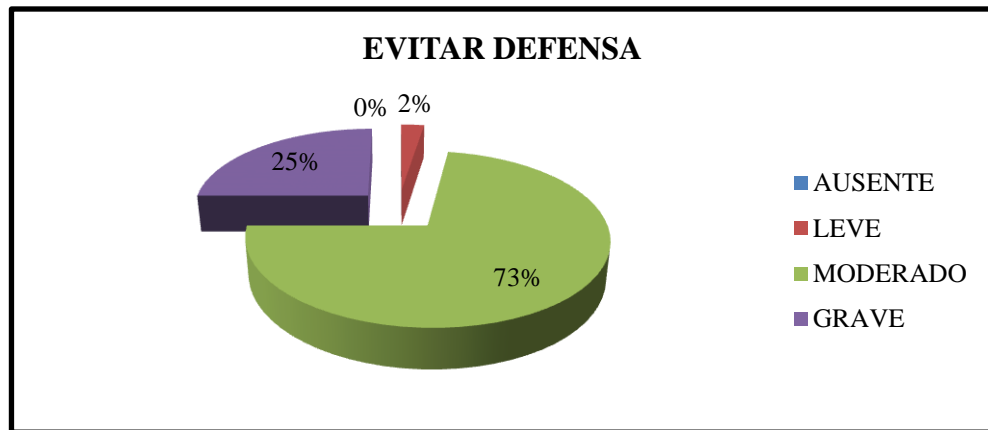
Tabla N°13 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación al Evitar Defensas de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	2	2%
MODERADO	58	73%
GRAVE	20	25%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°9



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al test realizado se obtienen porcentajes a nivel grave, moderado, leve y ausente sobre la evitación en torno a la auto-defensa de las mujeres evaluadas, siendo así que un 73% manifestó que presenta esta característica de manera moderada, existiendo además un 25% de sintomatología grave y en mínimo porcentaje un 2% ,existiendo un 0% para la opción ausente; lo cual demuestra que los acontecimientos negativos generan mecanismos defensivos.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra que la población afectada por diversos acontecimientos de carácter traumante generará mecanismos defensivos con los

cuales podrá sujetarse de manera usual a situaciones de la cotidianidad e inclusive servirán de escudo contra el agresor, sin embargo estas defensas podrían resultar endebles y ocasionar mayor sintomatología; un porcentaje elevado de evaluadas mantienen esta evitación postraumática tanto de manera cognitiva como conductual, moldeando ideas y acciones que generen la sobrevivencia desde el punto crítico de cada una de ellas.

6.- Disociación (DIS)

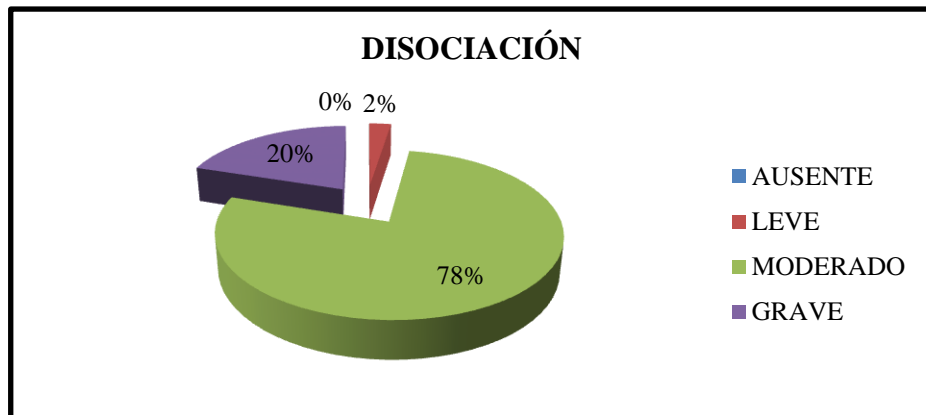
TablaN°14 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a la Disociación de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	2	2%
MODERADO	62	78%
GRAVE	16	20%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 10



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Ésta alternativa enmarca el nivel de disociación en las mujeres evaluadas que asistieron a la Comisaría de la Mujer de Ambato tras haber atravesado por situaciones traumantes, es así que un porcentaje de ésta población se encuadra en el 78% catalogado como moderado; el 20% pertenece al nivel grave, el 2% representa una presencia leve de este ítem y un 0% indicando la ausencia de la disociación en ese personal.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que la sintomatología disociativa dentro de éste grupo evaluado corresponde a un gran porcentaje sobre el nivel moderado, concediéndole el intermedio en la escala debido a que existe un puntaje nulo en la

ausencia de ésta alternativa; los acontecimientos violentos acarrearán un sin número de respuestas por parte del sujeto afectado siendo algunas la despersonalización que ayudará al individuo a no sentir como propio aquellos sentimientos que su cuerpo presenta, además de las experiencias fuera del cuerpo y entumecimiento psíquico que otorga lapsus en los que la psiquis controla pensamiento y emociones retirándose de aquel sujeto que ha sufrido demasiado, sin control directo sobre estas decisiones.

7.- Preocupaciones sexuales (SC)

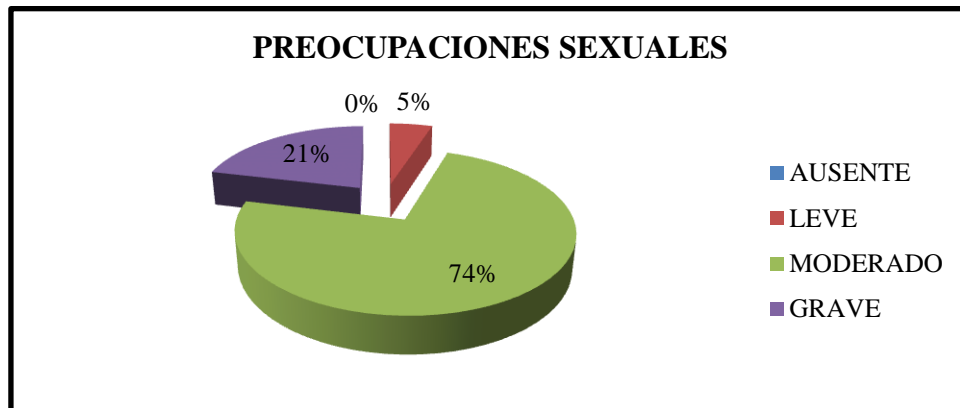
Tabla N°15 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación a las Preocupaciones Sexuales de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	4	5%
MODERADO	59	74%
GRAVE	17	21%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°11



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Con estos resultados se puede constatar que de las 80 mujeres encuestadas mediante este test un 74% de ellas presentan preocupaciones sexuales en nivel moderado manifestado a partir de un tiempo prudente después de haber presenciado estímulos negativos en sucesos traumantes, un 21% pertenece al nivel grave de preocupaciones referentes a ésta área, un 5% se encuentre inmerso en el nivel leve y un 0% en nivel ausente; existiendo claramente ansiedad sexual en las víctimas de maltrato en general.

Interpretación

Por lo anterior se puede deducir que en individuos que han atravesado situaciones conflictivas, de violencia, y de carácter traumático el factor sexual al igual

que el social se verá afectado de manera representativa ya que muchas ocasiones el agresor es la pareja de la víctima, la misma que optará por su satisfacción, muchas veces en contra de la voluntad de la misma generando así angustia sexual, tales como la insatisfacción sexual, la disfunción sexual y los pensamientos o sentimientos no deseados; por lo tanto un alto índice de preocupación a nivel de este ítem se enmarca en la totalidad de la población encuestada no de forma grave pero sí moderadamente distintiva.

8.- Comportamiento sexual disfuncional (OSD)

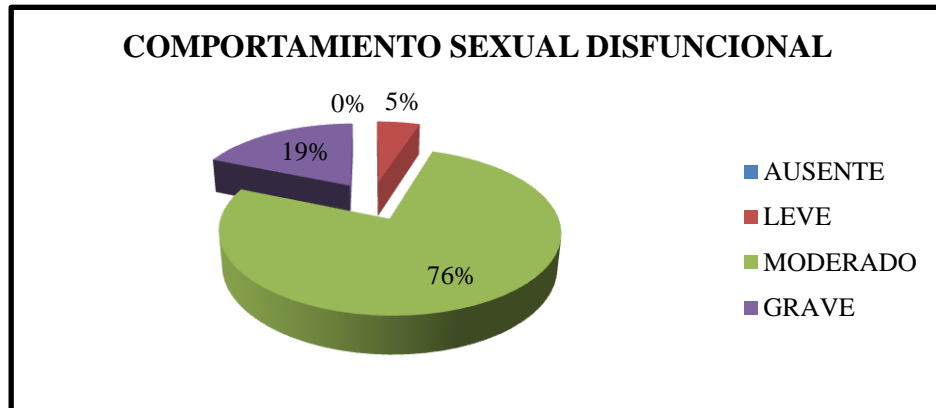
Tabla N°16 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación al Comportamiento Sexual Disfuncional de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentajes
AUSENTE	0	0%
LEVE	4	5%
MODERADO	61	76%
GRAVE	15	19%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 12



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Ésta alternativa enmarca el nivel de comportamiento sexual disfuncional en la población evaluada, a partir de una totalidad de 80 personas encuestadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato un porcentaje de 76% resulta moderadamente afectado, en tanto que un 19% se halla gravemente aquejado, un 5% engloba el ítem leve y 0% para el de ausente; cabe resaltar que el nivel moderado se halla más agudo en esta alternativa.

Interpretación

Por los datos obtenidos se concluye que los individuos al presenciar o revivir continuamente situaciones de violencia se encuentran elevando su sintomatología, en este caso, el área sexual es la que traza el patrón de sintomatología en un límite

moderado con mayor agudeza; aquellas características que invaden la psiqui de la abusada suelen ser generalmente una conducta sexual que es de alguna manera disfuncional, ya sea por su calidad indiscriminada, su potencia de auto-daño o su uso inadecuado para lograr objetivos no sexuales.

9.- Deterioro de la Auto-referencia (ISR)

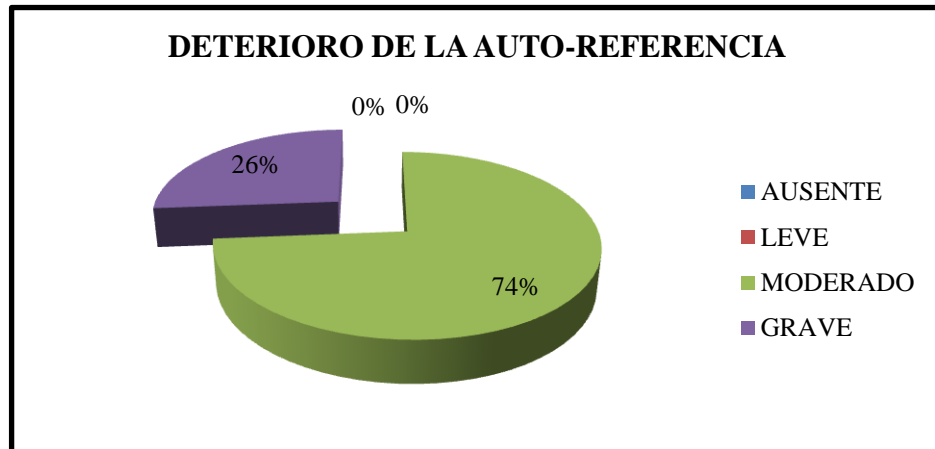
Tabla N°17 Porcentaje correspondiente al nivel de sintomatología en relación al Deterioro de la Auto-referencia de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentajes
AUSENTE	0	0 %
LEVE	0	0 %
MODERADO	59	74 %
GRAVE	21	26 %
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 13



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos se evidencia que un 74% de la población evaluada posee deterioro a nivel moderado en relación a la auto-referencia, en tanto que en menor porcentaje se halla el nivel grave con un 26%, catalogando como nulos a los niveles ausente y leve con un 0%; es así que se evidencia cómo a partir de sucesos violentos y negativos la referencia de su propia persona va modificándose y alterándose lo cual originará sintomatología e ineficiente desempeño.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra los problemas en el dominio del “yo” de aquella población encuestada la misma que ha transcurrido un tiempo de

sometimiento y pérdida de autonomía por lo tanto los niveles de este ítem engloban lo grave y lo moderado, además existe la presencia de confusión de identidad y una relativa falta de auto-apoyo; estas características pertenecen a una sintomatología a partir de acontecimientos traumantes en las que el individuo se halla en gran parte inestable no sólo con su entorno sino también con información y acciones provenientes de su psiquis.

10.- Comportamiento de Reducción de la Tensión (TRB)

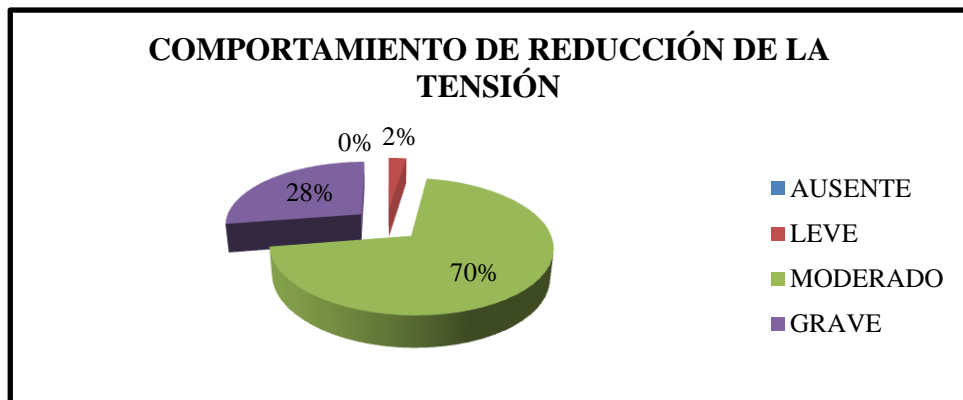
TablaN°18 Porcentaje correspondiente a la sintomatología en relación al Comportamiento de Reducción de la Tensión de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	2	2%
MODERADO	56	70%
GRAVE	22	28%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°14



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al test realizado a una población de 80 mujeres que acudieron a la Comisaría de la Mujer en la ciudad de Ambato se obtuvo porcentajes relacionados al comportamiento de reducción de tensión a partir de un período de tiempo indicado en el que se produjo o continuaron desarrollándose situaciones de violencia, es así que en un porcentaje elevado del 70% se marca lo moderado, en un 28% se engloba lo grave el 2% equivale al nivel leve y un 0% en ausente.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que los individuos después y durante sucesos violentos desarrollarán actitudes e ideas irracionales con el fin de obtener un

equilibrio que en muchos casos no es alcanzado, en esta alternativa las mujeres evaluadas tienen tendencia de recurrir de manera moderada y grave en métodos externos para la reducción de la tensión interna o la angustia, como la automutilación, ataques de ira y las amenazas frecuente de suicidio las cuales en varias situaciones llegan a su culminación generando mayor incertidumbre en familiares y pedidos de información y cadenas de ayuda a Instituciones encargadas del bienestar social.

11.- Síntomas del trauma

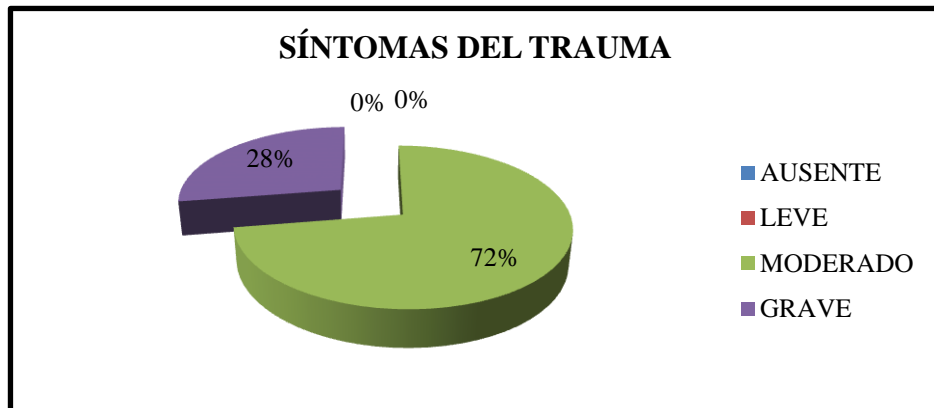
Tabla N° 19 Porcentaje correspondiente a la Sintomatología del Trauma presente en las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
AUSENTE	0	0%
LEVE	0	0%
MODERADO	58	72%
GRAVE	22	28%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°15



Fuente: Test Trauma Symptom Inventory (TSI) Jhon Briere PhD.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos en el Test Trauma Symptom Inventory aplicado a las mujeres denunciadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato los mismos que enmarcan puntos relevantes para esta investigación, encontrando que de un total de 80 mujeres ninguna de ellas presenta sintomatología direccionada a eventos traumáticos a nivel Ausente y Leve con un porcentaje de 0 %, existen 58 mujeres representando el 72% de la población que manifiesta una sintomatología Moderada y finalmente se evidencia que una población de 22 mujeres que representan el 28% de las encuestadas presenta un nivel de sintomatología de trauma Grave.

Interpretación

Se evidencia notablemente las reacciones de ésta población ante sucesos de carga negativa, siendo así que todas las mujeres a quienes se les aplicó el reactivo (TSI) presentan un nivel de sintomatología prevalente en un nivel moderado que equivale aproximadamente a una tercera parte de la población otorgando el porcentaje restante al nivel grave, haciendo notorio que todo acto de maltrato en cualquiera de sus variaciones generará malestar significativo a nivel psicológico, físico y sexual, el mismo que repercutirá en el desenvolvimiento del encuestado en varias o todas las áreas de su desarrollo.

4.1.3 Análisis e interpretación de resultados de la variable dependiente

ANEXO N: 3

Test EHS Escala de Habilidades Sociales. Elena Gismero González

1.- Autoexpresión de Situaciones Sociales

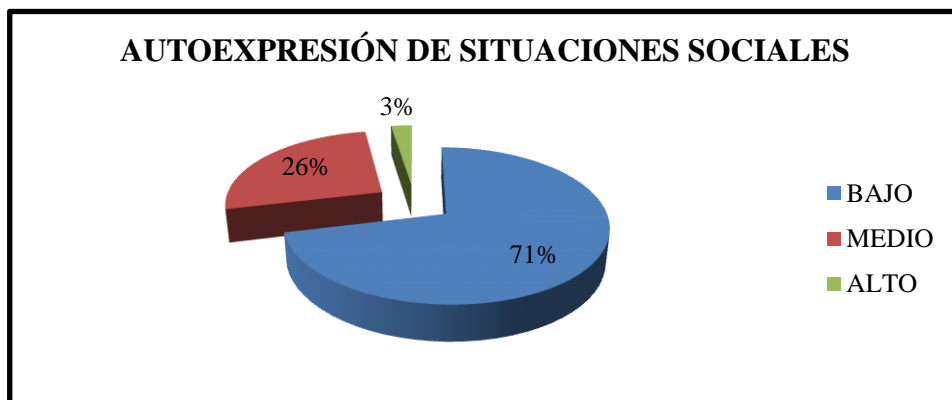
TablaN°20 Porcentaje correspondiente a la Autoexpresión de situaciones sociales de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	57	71%
MEDIO	21	26%
ALTO	2	3%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 16



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al test realizado se indica que el porcentaje más alto pertenece al 71% ubicado en el nivel bajo de autoexpresión de situaciones sociales, en el que el individuo no se desenvuelve adecuadamente frente a sus pares, el 26 % pertenece al nivel medio y el porcentaje restante abarca el 3% respectivo del literal alto; la autoexpresión es uno de los medios de sociabilización, al mantenerse en situaciones conflictivas ésta irá modificándose negativamente.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que un gran porcentaje abarca el nivel bajo para auto-expresión en situaciones sociales lo cual indica que el individuo no posee la capacidad de expresarse de manera espontánea y sin mostrar ansiedad en distintos ámbitos, entrevistas laborales, tiendas, oficinas, grupos y reuniones sociales lo cual es generado por la tensión en la que convive generalmente todos los días y el permanecer aislada provocará el no desarrollo de las características sociales propias; menos de la mitad de las entrevistadas posee la facilidad para expresar sus opiniones y sentimientos, crear un dialogo y desenvolverse adecuadamente.

2.- Defensa de los propios derechos como consumidor

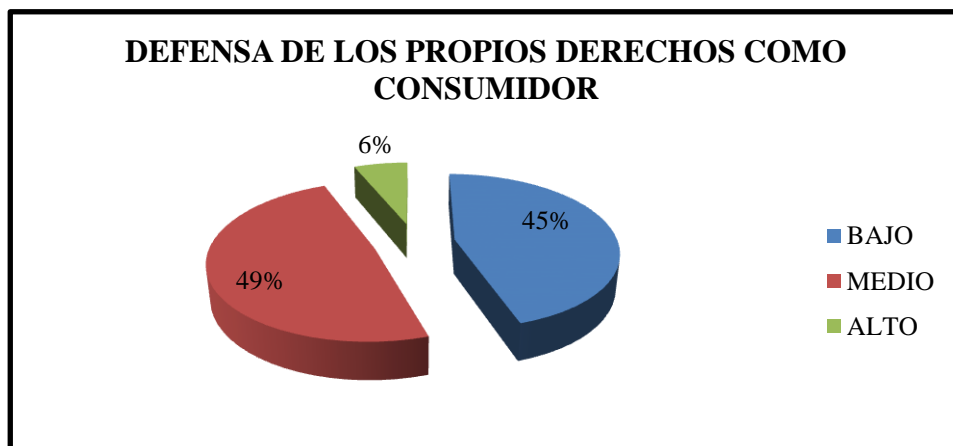
Tabla N°21 Porcentaje correspondiente a la Defensa de los propio derechos como consumidor de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	36	45%
MEDIO	39	49%
ALTO	5	6%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°17



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos en la aplicación del test a 80 mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato se obtuvo un porcentaje de 49% para la alternativa: medio y 45% en: bajo, denotando así la falta de comunicación respecto a defensa de los propios derechos como consumidores, de la misma manera se obtuvo un porcentaje mínimo de 6% para aquella población que responde adecuadamente para proteger sus derechos.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra que la expresión social se verá disminuida debido a sucesos negativos que pudiesen generar en la persona sentimientos de inferioridad y por lo tanto dificultar su interacción con su entorno, sin embargo una pequeña población denota una puntuación catalogada como: alta para defender sus derechos y aquella relación con el medio social se verá enriquecida por su participación.

3.-Expresión de enfado o disconformidad

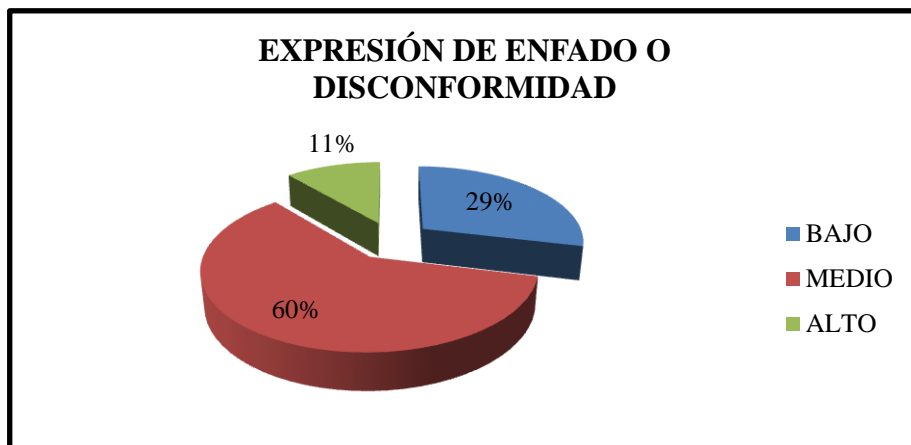
TablaN°22 Porcentaje correspondiente a la Expresión de enfado o disconformidad de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	23	29%
MEDIO	48	60%
ALTO	9	11%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N° 18



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Ésta alternativa enmarca el nivel de expresión de enfado o disconformidad; el porcentaje más alto pertenece al nivel: medio con un 60% que indica que ésta expresión es manipulable tanto para mujeres que continúan o no sus acontecimientos de carga negativa; por el contrario el 29% engloba puntajes bajos y el 11% puntajes altos catalogando la capacidad de conllevar de manera positiva quejas y opiniones de disconformidad.

Interpretación

Por los datos obtenidos se concluye que una alta puntuación en este ítem indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados al igual que comentar desacuerdos con otras personas de una manera positiva y saludable; por el contrario el puntaje bajo señala la dificultad para expresar discrepancias y el preferir evitar aspectos que puedan molestar a otros tan sólo por impedir conflictos; es así que con una puntuación mayor se halla la alternativa presente en un punto medio en el cual se puede estabilizar para mejorar actitudes sociales de las encuestadas.

4.- Decir no y cortar interacciones

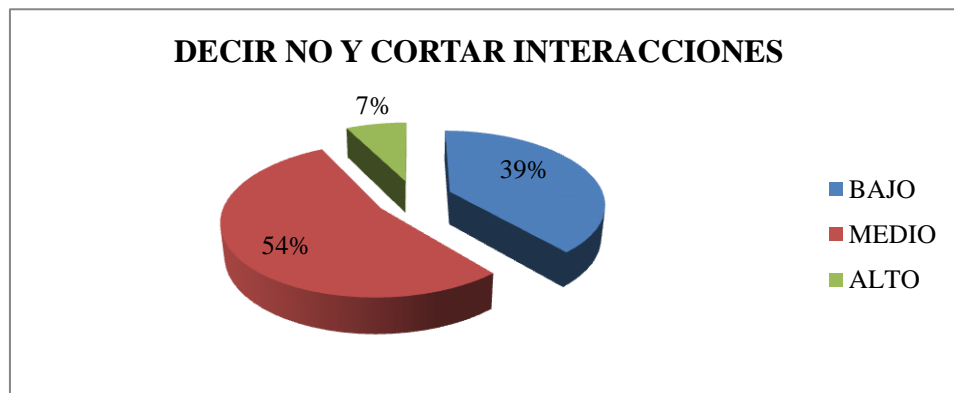
TablaN°23 Porcentaje correspondiente al Decir no y cortar interacciones de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	31	39%
MEDIO	43	54%
ALTO	6	7%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°19



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

Con estos resultados se puede constatar que de una población de 80 mujeres denunciadas un porcentaje perteneciente al 54% de ellas se encuentra en un nivel medio respecto al ítem decir no y cortar interacciones, ésta escala posee el mayor valor; en segundo sitio se halla un porcentaje de 39% englobando la incapacidad de negarse a cancelar interacciones, y en un 7 % dentro del nivel alto están aquellas mujeres que poseen la habilidad de manejar una interacción de manera positiva.

Interpretación

Por lo anterior se deduce que un porcentaje mínimo de las mujeres evaluadas posee la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener a largo plazo deteniéndolas en el preciso momento en el que se presenten en desacuerdo de una manera positiva, sin embargo un gran porcentaje de esta población podría llevar una relación que le disguste por largo plazo sin encontrar el momento ni la actitud para cancelar aquellos vínculos, lo cual generará relaciones patológicas y malestar a nivel personal.

5.- Hacer peticiones

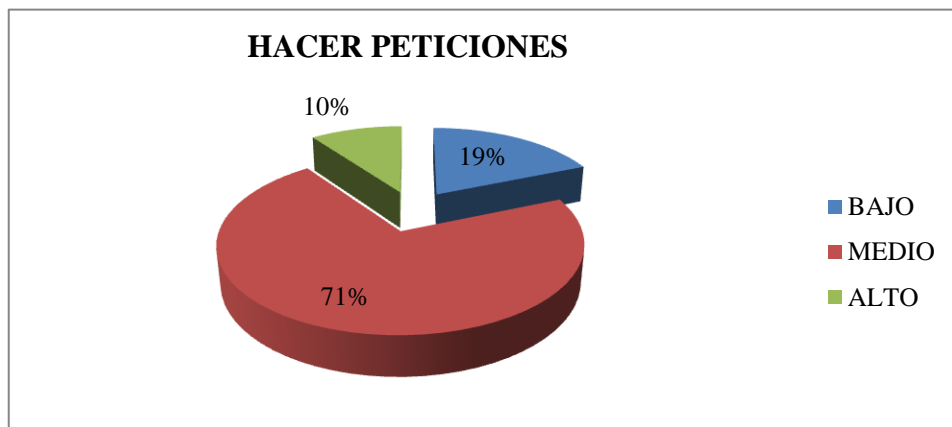
Tabla N°24 Porcentaje correspondiente al Hacer peticiones de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	15	19%
MEDIO	57	71%
ALTO	8	10%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°20



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al test realizado a una población comprendida de 80 personas, los valores más sobresalientes se engloban en un 71% equivalente a medio en el ítem hacer peticiones lo cual denota una posible estabilidad en esta toma de decisiones, el 10% representa la actitud decisiva del individuo para realizar estas acciones sin embargo el porcentaje de la escala baja es 19% lo cual revela que esta población posee dificultad en el instante de hacerse notar mediante peticiones.

Interpretación

Se evidencia de tal manera que un gran porcentaje de la población refleja la expresión de peticiones a otra personas de algo que se desea ya sea un amigo o alguna situación que amerite la solicitud de consumo, para lo cual su estabilidad personal se halla a disposición de la interacción social, existe un porcentaje menor que indica la existencia de mujeres dentro de la encuesta que encontrarían muchas dificultades en expresar peticiones de aquello que se desea, esto debido a conflictos que en su área de desenvolvimiento se estén creando lo cual va a afectar significativamente el aspecto social de interacción de la misma.

6.- Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

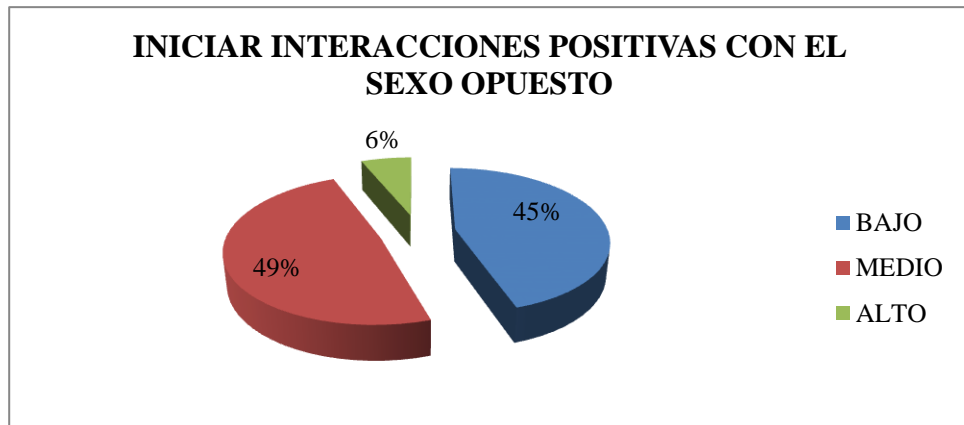
Tabla N°25 Porcentaje correspondiente al Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	36	45%
MEDIO	39	49%
ALTO	5	6%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Gráfico N°21



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

A partir de los datos obtenidos en este ítem se clasifican los porcentajes conforme su nivel, un 49% remarca un nivel medio en el que el individuo puede moldear sus actitudes y mejorar las relaciones existentes, el 45% indica un nivel bajo de interacción en especial con el sexo opuesto siendo así que el ultimo porcentaje pertenece al 6% el cual engloba a las mujeres cuyas relaciones sociales se hallan en estado activo y sus interacciones son adecuadas.

Interpretación

Mediante estos resultados se demuestra que de una población de 80 mujeres que acudieron a la Comisaría de la Mujer de Ambato un gran porcentaje posee facilidad en sus interacciones sociales manejando sus habilidades para iniciar conversaciones con el sexo opuesto lo cual después de atravesar episodios de maltrato vendría a ser muy dificultoso, sin embargo también se encuentra un porcentaje que le resulta difícil llevar espontáneamente y sin ansiedad tales conductas debido a que su salud mental ha creado mecanismos negativos que resultan aisladores sociales.

7.- Habilidades Sociales

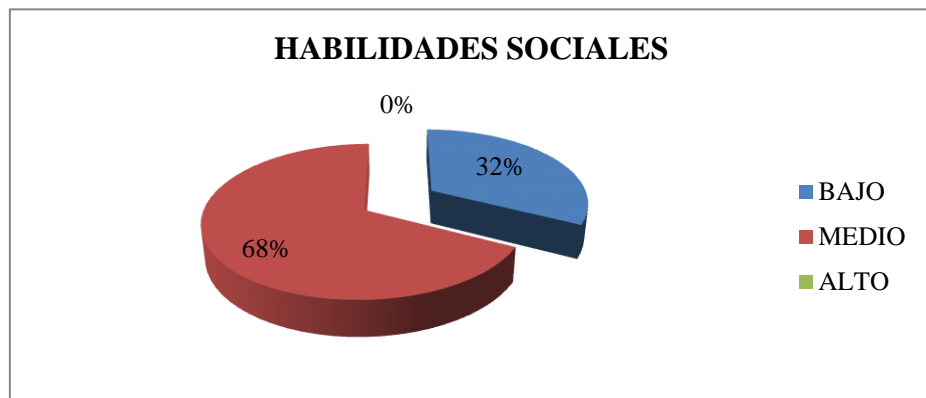
Tabla N°26 Porcentaje correspondiente a la Calidad de las Habilidades Sociales de las mujeres encuestadas.

Nivel	Número de encuestados	Porcentaje
BAJO	26	32%
MEDIO	54	68%
ALTO	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

GRÁFICO N° 22



Fuente: Test Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero González.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

En base al Test Escala de Habilidades Sociales aplicado a las mujeres denunciantes de la Comisaría de la Mujer de Ambato se obtuvieron datos notables para la presente investigación, hallando que de un total de 80 personas 26 de ellas representan un porcentaje de 32% catalogándose dentro de un nivel Bajo de calidad en sus relaciones sociales, así mismo existen 54 mujeres que presentan un nivel Medio de calidad en sus relaciones sociales con un porcentaje de 68 % y finalmente con un nulo porcentaje se encuentra el 0% de mujeres que mantienen un nivel Alto de calidad en su relaciones sociales en referencia de la población total.

Interpretación

Por los datos expuestos anteriormente se puede evidenciar la existencia de dificultades en el instante del desenvolvimiento a nivel social, debido a varios factores negativos que la persona haya podido vivenciar anteriormente cuyos efectos en ésta área se denotan a ras de varias actitudes de reacción con otros sujetos en distintos escenarios. De forma general se puede mencionar que el gran porcentaje de mujeres presentan un nivel medio de asertividad en el área social plasmando además que ninguna de ellas manifiesta, en base al test, que exteriorizan actitudes positivas y de excelente desenvolvimiento frente a grupos pares probablemente por un desequilibrio emocional que no le permite al sujeto desarrollar mecanismos defensivos para contrarrestar sucesos nocivos en su vida cotidiana.

4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Comprobación de Hipótesis mediante la prueba del chi cuadrado (X^2).

Se realiza con los resultados globales de los reactivos utilizados.

4.2.1 Planteamiento De La Hipótesis.

Hipótesis I: El Trauma Emocional se relaciona con la calidad de las relaciones sociales.

Hipótesis O: El Trauma Emocional no se relaciona con la calidad de las relaciones sociales.

4.2.2 Estimador Estadístico.

Se trabajó con el método de comprobación estadístico conocido como Chi cuadrado, donde su fórmula y respectivo desarrollo se describen a continuación.

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Σ = sumativa

O = frecuencia observada

= ϵ esperada

χ^2 : Chi cuadrado

4.2.3 Datos y cálculo estadístico de las mujeres evaluadas

Tabla de contingencia TSI * EHS

Recuento

		EHS		Total
		BAJO	MEDIO	
TSI	MODERADO	18	41	59
	GRAVE	8	13	21
Total		26	54	80

Tabla N° 27: Contingencia TSI * EHS

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Análisis

De un total de 59 mujeres evaluadas con una sintomatología de trauma moderado, 18 presentan bajo y 41 medio entorno a la calidad en las relaciones sociales; 21 mujeres dentro de una sintomatología de trauma grave, 8 de ellas manifiestan bajo y 13 medio respecto a su calidad en el desenvolvimiento de sus relaciones sociales.

Cálculo del grado de libertad

$$gl = (f-1) (c-1)$$

$$gl = (2-1) (2-1)$$

$$gl = 1$$

Fijando un margen de error de 0,05 y con la obtención de un grado de libertad equivalente a 1 se emplea el uso de la Tabla de distribución de Chi Cuadrado, de tal manera se determinará que el valor del Chi Cuadrado crítico es de 3,84.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,406 ^a	1	,524		
Corrección por continuidad ^b	,134	1	,714		
Razón de verosimilitudes	,400	1	,527		
Estadístico exacto de Fisher				,591	,352
Asociación lineal por lineal	,401	1	,526		
N de casos válidos	80				

Tabla N° 28: Pruebas del Chi cuadrado

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Mediante la debida revisión de la tabla anterior se determina que el Chi Calculado (χ^2) equivale a ,406 .

Además se evidencian los valores de probabilidad $p= 0,52$.

```
 $\chi^2$  Test  
 $\chi^2=0.40635656$   
 $P=0.52382458$   
 $df=1$ 
```

Curva de distribución de Chi Cuadrado

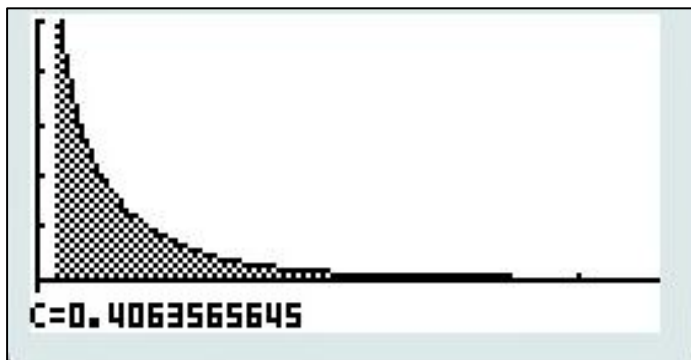


Gráfico N° 23: Curva de distribución de Chi Cuadrado

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

Curva de distribución de la probabilidad

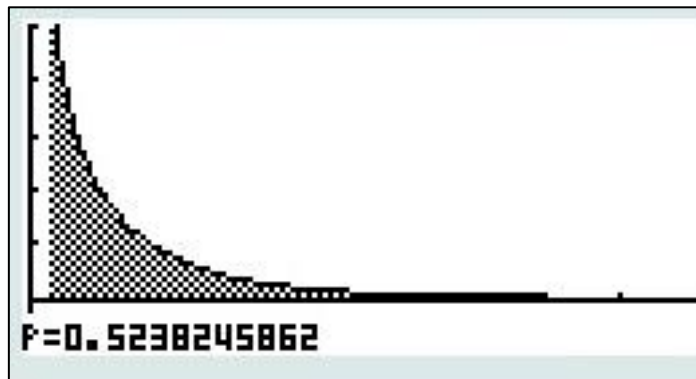


Gráfico N° 24: Curva de distribución de la probabilidad

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

La verificación de hipótesis fue realizada a partir de las siguientes fórmulas:

Sí: $X^2 \text{ cal} < X^2 \alpha$ Aceptación de la Hipótesis Nula (HO)

Al reemplazar los valores se obtendrá lo siguiente:

0,406 < 3,84 Aceptación de la Hipótesis Nula (HO)

Se evidencia de tal manera que el Chi Cuadrado calculado es menor para el Chi Cuadrado crítico aceptando así la hipótesis nula.

Fórmula de la probabilidad

Sí: $p_{cal} > p_{\alpha}$ Aceptación de la Hipótesis Nula (HO)

$0,52 > 0,05$ Aceptación de la Hipótesis Nula (HO)

Si la probabilidad calculada es mayor que la probabilidad crítica se acepta la HO.

4.2.4 Conclusión

El Trauma emocional de las mujeres denunciadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato **no se relaciona** con la calidad de las relaciones sociales de las mismas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La relación entre el trauma emocional y la calidad de las relaciones sociales se marca en un sentido de correlación elemental más no determinante, previo a la comprobación de la hipótesis nula, concibiendo conocimientos sobre su interrelación en el desenvolvimiento del individuo en escalas adaptables y por ende no plasmándose como una simbiosis patológica.
- El trauma emocional presente en la población evaluada se enmarca en un porcentaje alto de 72% perteneciente al nivel Moderado, continuo de un porcentaje del 28% para el nivel Grave, haciendo evidente la presencia de causa-efecto en cada una de las mujeres evaluadas ya que la vivencia de esta población a previos sucesos negativos genera en las mismas una amplia gama de impactos psicológicos, sin embargo estos síntomas no se enmarcan en un cuadro patológico.

- La presente población evaluada respecto a su calidad en las relaciones sociales posee niveles de relevancia de un 32% pertenecientes a un nivel Bajo, así mismo un porcentaje de 68% mantiene un nivel Medio en torno al presente concepto; por tal razón se resalta la importancia de la estabilidad emocional/psicológica en el desenvolvimiento social.
- En base a los resultados obtenidos de la investigación referente al trauma emocional generado por eventos de violencia vividos por las mujeres denunciadas de la Comisaría de la Mujer de Ambato y su correlación con el desenvolvimiento en el área social, en forma precisa en la calidad de las relaciones sociales de las mismas se concluye la posibilidad de implantar una solución basada en la modificación de cogniciones y conductas y el debido entrenamiento en habilidades sociales en un entorno grupal, cuya cohesión fortalecerá áreas específicas a intervenir.

5.2. RECOMENDACIONES

- Mediante el análisis previo de la investigación realizada se presenta una propuesta, la misma que se direcciona hacia la intervención psicoterapéutica con el fin de reducir el riesgo de traumas emocionales en las mujeres maltratadas, además de generar estrategias que establezcan y fomenten la asertividad en habilidades sociales y una salud mental adecuada, beneficiando así tanto su desarrollo personal como sus relaciones sociales.
- Talleres de capacitación acerca de los niveles de intervención comunitaria enfocada a la relación existente entre el trauma emocional y la calidad de las relaciones sociales de los individuos por parte del Departamento de Psicología de la Comisaría de la Mujer de Ambato cuya misión principal es la prevención, detección y administración de justicia.
- Concienciar a la población femenina acerca de sus derechos, deberes y el cumplimiento de los mismos para desarrollar en las mismas un sentido de sana convivencia social en el que se creen redes de apoyo para afrontar de forma positiva aquellas situaciones que desestabilicen sus áreas de desarrollo
- Instruir a la comunidad con el objetivo de sensibilizar y educar respecto a temas de violencia informando sobre desarrollo integral, derechos humanos y

las consecuencias de actos inadecuados sobre la salud individual y colectiva con el fin de disminuir tasas de maltrato que generan trastornos físicos, psicológicos y sociales.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TEMA

Terapia Cognitiva Conductual de grupo para el manejo del Trauma Emocional y relaciones sociales presente en las mujeres denunciantes de la Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.1.3 TIEMPO ESTIMADO DE LA EJECUCIÓN

4 meses - 15 sesiones.

6.1.4 BENEFICIARIOS

Beneficiarios Directos

Las mujeres denunciante de la Comisaría de la Mujer de Ambato.

Beneficiarios Indirectos

- Familiares de las mujeres participantes.

- Comunidad.

6.1.5 UBICACIÓN

Tungurahua, Ambato. Calle Sucre y Castillo. Edificio de la Gobernación de Tungurahua.

6.1.6 EQUIPO TECNICO RESPONSABLE

María Belén Sánchez Naranjo, egresada de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

Departamento de Psicología Clínica la Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Los acontecimientos que alimentan la historia de los individuos abarcan un sin número de causas y consecuencias las mismas que construyen su personalidad y estilo de vida, el mismo que se ve representado en cogniciones y emociones presentes exteriorizadas en comportamientos adecuados o inestables; el impacto que tengan las vivencias otorgaran siempre un margen de estudio en el instante en el que el sujeto se encuentre manifestando sintomatología que impida el apropiado desenvolvimiento.

Es de conocimiento que los eventos en toda su naturaleza no determinen su impacto en base al género, etnia, edad, y demás; por tal razón, es indispensable el aclarar que la investigación se enfoca en el género femenino por su visibilidad, en cierta manera, de su exteriorización sintomatológica posterior a la exposición de actos infortunados en su diario vivir, respuestas visibles en áreas de desenvolvimiento tal como las relaciones sociales, ya que al ser sujetos de grupo los comportamientos serán perceptibles; otorgando credibilidad a la información de Punset (2010) “(...) las personas con relaciones sociales prolijas –un estado inaccesible sin un cierto grado de inteligencia emocional– tienen un 50 por ciento más de posibilidades de sobrevivir que los ajenos al torbellino social”(s.p.i).Uno de los datos a nivel Nacional que enmarcan una de las situaciones más relevantes acerca de los traumas es el maltrato que en todos sus ejemplares vulneran la salud mental y física de las mujeres; Padilla (2012) cita “Un número cercano a los tres millones de mujeres ecuatorianas sufren

algún tipo de violencia; no obstante, el número de denuncias no refleja esa realidad, pues la justicia apenas registra 600 mil causas de familia(...)"(s.p.i.), si bien es cierto los actos de abuso se dan, generalmente no son denunciados provocando un círculo de silencio que acarreará la repetición de actos violentos y la afonía de denuncias tapizadas en promesas o amenazas.

Aquellas agresiones físicas, psicológicas o sexuales que generan traumas emocionales en las víctimas, en un enfoque más específico para esta investigación se detalla en el INEC (2000) que "En Tungurahua aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, sin embargo la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género con el 65,1%."(p.5).

El trauma emocional es una secuela notoria en las mujeres, aspecto que se exterioriza además en la conducta social que la misma presenta; las relaciones sociales serán afectadas debido a que la inestabilidad que vive la víctima se traducirá en un comportamiento con matices de aislamiento perjudicando su área social. Galarza (2011) expresa: "Las consecuencias que produce el maltrato en la mujer y la familia son: bajo rendimiento escolar, laboral y en las relaciones mutuas, conductas que afectan el comportamiento social de todos los miembros de la familia (...)"(p 1).

El presente trabajo investigativo proporciona datos sobre los niveles de trauma emocional y su resultado en la calidad de las relaciones sociales del grupo evaluado cuya característica en común es el maltrato psicológico, físico y/o emocional; mediante el Test Trauma Symptom Inventory aplicado a las mujeres denunciadas en la Comisaría de la Mujer de Ambato se evidenció que no existe la presencia de sintomatología encaminada a un cuadro patológico, registrándose como un puntaje relevante que un 72% de la población manifiesta una sintomatología Moderada posterior a un suceso traumático; de la misma manera se evaluó a este grupo con el Test Escala de Habilidades Sociales el cual determinó que el 68 % de las mujeres revela un nivel Medio respecto a la calidad en sus relaciones sociales siendo así que el desempeño social no se halla marcado como deterioro clínicamente significativo.

Finalmente se señala la relación entre ambas variables que conforman al sujeto como un ser independiente y perteneciente a un grupo, para lo cual se establece que éste debe lograr una estabilidad a nivel psicológico en pro de una salud mental que beneficie la superación de acontecimientos negativos, implantando procedimientos psicoterapéuticos que disminuyan la sintomatología traumática y fortalezcan la calidad en el desempeño social.

6.3 JUSTIFICACIÓN

El trauma emocional de las mujeres evaluadas en la presente investigación se enmarca en niveles no patológicos al igual que la calidad de las relaciones sociales de las mismas no se hallan totalmente deterioradas; los sucesos que han atravesado este grupo comprende generalmente el maltrato en todas sus representaciones, ya sean físicas, psicológicas o sexuales las mismas que han generado en los individuos malestar y escaso desempeño favorable en sus áreas de desenvolvimiento.

Sin embargo, el no registrar un patrón de gravedad no excluye la presencia de sintomatología negativa, por lo cual se plantea la implementación de una terapia apropiada que no se centre en su totalidad en las consecuencias de la violencia, por el contrario que relacione los resultados de ésta con la práctica de las relaciones sociales, un proceso terapéutico que disminuya niveles de trauma y fortalezca la calidad de relacionarse con el medio otorgando estrategias de uso practicable a nivel individual y grupal. Es así que la presente propuesta posee un corte cognitivo conductual enfocado en la modificación de pensamientos y comportamientos en secuencia y enfocados en la actualidad del individuo con el previo análisis de los acontecimientos traumáticos del pasado para así a través de una adaptación de la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick, P.A., Monson, C.M. &Chard, K.M. que se ha aplicado con éxito a una variedad de sucesos traumáticos, formular una

Terapia Grupal que transforme la cognición errónea y por secuencia generar emociones y conductas positivas o adaptables.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General

Aplicar la Terapia Cognitiva Conductual de grupo para el manejo del Trauma Emocional y relaciones sociales presente en las mujeres denunciadas de la Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Reducir el riesgo de traumas emocionales que generen trastornos psicológicos a futuro.
- Fortalecer las estrategias en las relaciones sociales de las mujeres.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La factibilidad de la propuesta se puntualiza en los siguientes ítems:

INSTITUCIONAL

Consentimiento a nivel Institucional y aprobación concerniente a la aplicación de la propuesta.

ECONÓMICA

Costos disponibles para el cumplimiento de la presente propuesta.

OPERATIVA

Plan terapéutico con proyección establecida para su ejecución.

ORIGINALIDAD

Ejecución de un plan terapéutico que conjuga variables de trauma emocional con relaciones sociales, aplicado específicamente a la presente población.

LEGAL

No presenta inconvenientes relacionados al marco legal.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

6.6.1 Terapia cognitiva conductual

La conducta se halla vinculada estrechamente con el ambiente y por ende en constante modificación, los vínculos establecidos entre persona y entorno moldean

comportamientos de modo continuo y recíproco, sin embargo éstas modificaciones pueden ser realizadas por el propio individuo; de esta manera la Terapia Cognitiva Conductual abreviada TCC, otorga marcos de intervención a nivel psicológico, centrándose en la resolución de problemas, manteniendo un orden justo en su información y progreso, Sánchez (2008) refiere que “(...) se pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica. Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas” (p.307), enfocándose así en un estado psicológico actual a través de la identificación de variables que argumenten causas y permitan la formulación de actividades para establecer junto al paciente un plan terapéutico que beneficie su avance en salud.

La TCC tiene como base aumentar o disminuir conductas determinadas las mismas que abarcan sentimientos y pensamientos utilizando técnicas, el objetivo es incorporar en el individuo estrategias que él mismo pueda desarrollar durante el proceso y después de este, ya que uno de los principios fundamentales en los que se sustenta esta terapia es el re-aprendizaje; como seres de costumbres, las personas trascienden positiva o negativamente adquiriendo conocimientos y llevándolos a la práctica lo cual es un claro ejemplo del aprendizaje como medio de adaptación y supervivencia.

Las TCC suelen compartir características tales como:

- 1) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- 2) El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- 3) La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- 4) Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- 5) La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos).
- 6) Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. Ingram y Scout (citado por Hernandez y Sánchez, 2007, p.72)

En base a estos parámetros se procura:

- Comprender los pensamientos automáticos basados en situaciones específicas que posteriormente el individuo puede llegar a generalizar.
- Utilizar el área cognitiva para favorecer la predisposición en el reaprendizaje.
- Conocer y diferenciar cogniciones, emociones y conducta, además de la relación existente entre ellas.
- Entender que no todos los pensamientos pueden estar sujetos a evaluación y registro de manera objetiva.

- Emplear procedimientos cognitivos o conductuales, para obtener la mejoría sintomática del individuo, modificando las estrategias a partir del caso clínico.

Se determina de tal manera que la TCC posee un trasfondo científico enfocado en la investigación de aquellos sucesos que originaron cambios negativos en el sujeto, comprendiendo el trasfondo del problema se analizará de manera más minuciosa aquellas conductas actuales que se enlazan a pensamientos irracionales, y por ende el cambio que se realice abarcará dichas áreas mentales, emocionales y las conductas necesarias para una adecuada interacción en el entorno.

6.6.2 Terapia de grupo cognitivo conductual

La psicoterapia grupal es una dimensión cuya aplicación se ha venido incrementando conforme a los años y al evidenciar resultados positivos su utilización ha abarcado un sin número de problemáticas; guiado por un psicoterapeuta profesional, su principal objetivo es obtener la ayuda individual y grupal para un conocimiento de sí mismo como ente interpersonal debido a que todos los seres se desenvuelven en un ámbito de conjunto ya sea éste social, familiar, educativo; de éste modo se obtiene una mejor comprensión de temáticas varias para la modificación del estilo de vida.

Esta modalidad posee diversas ventajas, Kaplan y Sandock (1998) manifiestan: “El grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución”. (p.225) el mismo que se desenvolverá en un ambiente de protección con libertad de participación respetando los lineamientos previos, todos los pacientes aportarán con conocimientos y representaciones lo cual enriquecerá los procedimientos fortaleciendo habilidades sociales que se aprovecharan en el diario vivir, siendo el refuerzo algo recíproco entre terapeuta y pacientes.

Un punto clave es la aceptación que un paciente pueda presenciar ante un grupo par con similar sintomatología que ante el terapeuta cuya presencia no estará necesariamente plasmada con la misma, de la manera Kaplan y Sandock (1998) interpretan que: “El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o le hacen atractivo ante los demás” (p.225).

El terapeuta a cargo deberá conocer y manejar de manera óptima las técnicas correspondientes y ejecutarlas de una manera ética, iniciando por la organización del grupo de trabajo y por el establecimiento de un entorno colaborador cohesionado para continuamente ir detectando aquellos patrones negativos de conducta y cognición que correspondientemente influyan entre sí, mediante la planificación de tiempo, técnicas

e instrumentos a utilizar se establecerán cambios y modificaciones que mejoren la adaptabilidad del sujeto. Las evaluaciones diagnósticas que el terapeuta abarque en esta terapia deberán ser meticulosas determinando aquellas conductas y cogniciones inadecuadas o erróneas que ejerzan en el grupo conflictos para así determinar alternativas seguras para la solución del problema.

Construcción de la cohesividad grupal

La terapia grupal posee como principal factor, la cohesión, cuya finalidad es la de proporcionar un entorno adecuado y que brinde la seguridad a todos sus participantes mediante la utilización de métodos audiovisuales, juegos interactivos, flexibilidad en los roles, tareas, entre otros para que así tanto los pacientes como el terapeuta deberán sentirse cómodos en cada una de las sesiones para así generar resultados adecuados que sean interiorizados y ejecutados en muchas de las áreas de desenvolvimiento humano.

6.6.3 Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son definidas por Melinda Combs y Diana Slaby (citado por Kaplan y Sandock 1998) como: “la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado, de forma específica socialmente aceptable y al mismo tiempo, beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero”(p.229).

Las habilidades sociales son conductas aprendidas que pueden modificarse positivamente mediante experiencias de aprendizaje al observar la adecuada ejecución de comportamientos, practicarlas y perfeccionarlas a través del reforzamiento en situaciones reales adquiriendo de esta manera una adecuada adaptación social.

Éste entrenamiento se fundamenta en los principios del aprendizaje por lo mismo se sitúa al sujeto como agente activo de cambio mediante procedimientos psicoeducativos de formación, además se incluye el grado de deterioro psicológico como un factor influyente en el estado actual y en los resultados del paciente; se establece dentro de este entrenamiento:

- Una fase de educación en la que se expone el modelo explicativo y se otorga la debida importancia a la conducta social enfatizando las causas-efectos de los comportamientos desadaptativos.
- Una fase de entrenamiento mediante la práctica de instrucciones, modelado, ensayo terapéutico, role-playing, retroalimentación; técnicas otorgadas por el psicólogo y desarrolladas de manera individual y grupal.
- Una fase de práctica en espacios naturales que estimule la ejecución de tareas en casa como Autorregistros y las conductas entrenadas durante el contexto

clínico con el fin de promover la generalización en el paciente así mismo como el mantenimiento de las mismas.

Reducción de la ansiedad

Las técnicas de relajación son herramientas muy aplicadas dentro de éste parámetro debido a que su función concede alivio al paciente con la disminución progresiva del tono muscular y el enlentecimiento de la respiración, modificaciones que producen cambios en la respuesta motora y cognitiva; dotando una serie de habilidades para afrontar situaciones que provocan ansiedad y estrés.

Reestructuración cognitiva

El principal objetivo de la reestructuración cognitiva es identificar y cuestionar aquellos pensamientos o creencias irracionales antes, durante y después del suceso negativo, de manera que puedan ser sustituidos por cogniciones más adaptativas, reduciendo así el malestar emocional que el individuo origina.

Se inicia otorgando los motivos fundamentales del porqué se realizará una reestructuración cognitiva, identificando así los pensamientos inadecuados mediante ejercicios cognitivos; el grupo brinda ideas sobre la auto-superación cogniciones de

manejo para finalmente generar acciones eficaces que generen afirmaciones de superación.

Resolución sistemática de problemas

Es un término que facilita la explicación de un proceso sistémico en el que se elabora un análisis del problema para así identificar formas de abordaje que permitan fundamentar estrategias y alternativas para que el aprendizaje grupal sea demostrado fuera de éste, poniendo a prueba todas las herramientas adquiridas y evaluándolas de manera autónoma. En base a un conflicto general dentro del grupo se establecerán los ejercicios de resolución de problemas.

Técnicas grupales

Rose (citado por Kaplan y Sandock 1998) mencionan: “(...) las instrucciones grupales se dirigen a las actividades interactivas y cooperativas y suelen modificar la estructura grupal” (p.232) mediante el empleo de varias técnicas específicas para el número de personas incluidas en un grupo y el síntoma en común que se halle en modificación, en base a que el cambio que se implante en los fenómenos grupales por ende reformará aquellas conductas individuales. La generalización de dichos cambios en el encuadre clínico a situaciones reales serán la meta final del empleo de las técnicas grupales en la terapia con igual característica.

6.6.4 Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick, Monson&Chard.

La TPC es efectiva en el TEPT y otros cuadros sintomatológicos provenientes de situaciones traumáticas ofreciendo una alternativa a las intervenciones basadas en la exposición; en el cual se solicita la redacción del impacto y la exteriorización de la memoria traumática.

La Terapia de Procesamiento Cognitivo se enfoca en el acontecimiento traumático del individuo y en su afrontamiento para así obtener estabilidad y control de su vida, debido a que cualquier estímulo puede generar en el paciente conductas de evitación se determina que los primeros ítems en modificar sean las cogniciones; de tal manera se enseña a cuestionar creencias a través de cuestionamientos verbales y escritos, a partir de su desarticulación se evidenciarán verbalizaciones más equilibradas las misma que se trasladaran a la práctica; igualmente las emociones experimentadas en las tareas se utilizarán para determinar puntos de estancamiento y áreas de conflicto.

El presente protocolo de terapia se aplica en 12 sesiones focalizándose en el acontecimiento traumático de mayor gravedad para desplazarse desde la sesión número 5 a otros sucesos; además se implementan 3 sesiones adicionales al manual con enfoque cognitivo –conductual.

6.7 TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

- **Autoinstrucciones**

“Se dirige específicamente a promover el autocontrol del individuo, y consiste en aprender a utilizar una serie de comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea, de tal manera que el sujeto los internalice y generalice, transformándose así en un esquema cognitivo que vaya guiando su comportamiento” (Labrador, Cruzado & Muñoz ,1997 p. 589). Su objetivo radica en guiar el aprendizaje de nuevos comportamientos a partir de instrucciones dictadas por el modelo (terapeuta), el mismo que presentará dichas indicaciones junto a conductas que se relacionen entre sí para que así el sujeto/grupo seguidamente ejecuten dichos actos con las mismas instrucciones para luego internalizarlas mediante frases encubiertas y además poder facilitar la puesta en práctica de varias técnicas.

- **Autorregistros**

Técnica también denominada Evaluación de la propia conducta, consiste en evaluar el comportamiento del individuo/grupo de trabajo induciendo como un punto de importancia el generar reflexión para lo cual se propone la formulación de un registro diario emitido además como tarea para el hogar en el que se evidenciarán el incremento de aquellas conductas deseadas y la eliminación o disminución de las no deseadas, planteándose así como una estrategia de intervención.

- **Contrato terapéutico**

El contrato se realizará de manera oral y escrita para mayor compromiso entre el terapeuta y el sujeto/grupo, ya que así se asegurará en forma general la asistencia a las sesiones además del cumplimiento de sus Autorregistros y tareas prácticas, el terapeuta se adherirá al protocolo durante la ejecución del plan terapéutico identificando aquellas conductas inadecuadas y modificarlas.

Se pretende implicar totalmente al paciente al proceso, evitando así la discontinuidad a las mismas, igualmente implantar parámetros específicos referentes a horarios y puntualidad; se debe fijar adicionalmente los objetivos del presente tratamiento justificándolo a través de una evaluación continua que otorgará información acerca de los avances o estancamientos que el terapeuta deberá manejarlos y direccionarlos hacia el óptimo desenvolvimiento terapéutico.

- **Detección**

Técnica que consiste en buscar las creencias irracionales generadas por la cognición que repercuten en la expresión emocional y por ende generarán conductas perturbadoras; empleando de tal manera los Autorregistros como un reconocimiento de cogniciones irracionales a través de apuntes o preguntas que permitan al sujeto/grupo identificarlas de manera más eficiente.

- **Cuestionamiento Socrático**

Se emplea durante todo el proceso terapéutico el cuestionamiento Socrático con la finalidad de inducir el cambio y enseñar a los pacientes a cuestionar sus propios pensamientos y creencias conociendo así la inconsistencia de cogniciones disfuncionales desafiándolas para aliviar el malestar psicológico.

Esta técnica facilita que el paciente perciba su autonomía durante el proceso y perciba los logros como suyos y no del terapeuta, promoviendo además la responsabilidad y cumplimiento con la terapia. Éste consta de seis categorías principales:

- **Ejercicio de riesgo.**

Técnica utilizada para la representación vivencial de las estrategias aprendidas y las herramientas adquiridas durante el proceso terapéutico, es decir al mantener ya la teoría es necesario la ejecución, la misma que puede ser desarrollada en situaciones reales que no perjudiquen al sujeto /grupo para que éste sea capaz de asumir riesgos que no afecten su avance psicoterapéutico.

- **Escucha activa**

La escucha activa consiste en la comprensión del contenido digital y análogo de un mensaje, comprender no sólo lo textual de las frases sino además entender el carácter emocional de las mismas mediante el parafraseo (resumir lo dialogado), el reflejar el estado emocional, validar las opiniones sin restricciones son estrategias que optimizan el trabajo del terapeuta y el intercambio de información entre pacientes. Esta técnica consiste en fortalecer habilidades de escucha enfocada en aquellas conductas observables que dirigen la atención al otro para destacar información, y de aquellos comportamientos observables que permiten la exteriorización del interés hacia el otro y al mismo momento de comunicación.

- **Inversión del rol racional**

Se enfoca en la representación de supuestos en las que el sujeto deberá elegir un pensamiento negativo y ejecutar la presente técnica, de tal manera esta creencia irracional será planteada por el individuo el mismo que fijará un acontecimiento simulado y creencias racionales para el mismo, comprobando de esta manera los efectos nuevos y aquellas características eliminadas en el desenvolvimiento del paciente.

- **Lista de pensamientos positivos y negativos**

La discusión de estilos de pensamientos o maneras de visualizar los acontecimientos negativos y ocasionalmente no basados en hechos reales brindarán información para la generación de registros en los que se delimiten creencias positivas o negativas los mismos que deben ser registrados y revisados diariamente mediante una autoexaminación para así relacionar aquellos pensamientos con el estado anímico propio. Siendo las cogniciones negativas todas aquellas que repercutan en sentimientos depresivos y los positivos influenciaron el área afectiva forjando bienestar.

- **Psicoeducación**

Colom y Vieta (2004)“Su objetivo es ayudar a los pacientes (...) a comprender y afrontar las consecuencias de su trastorno con una aproximación teórica y práctica, en el contexto de un modelo médico que les permite colaborar de forma activa con el método en algunos aspectos del tratamiento” (p.149)

La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual utiliza continuamente ésta técnica para desarrollar una explicación concisa acerca de la ejecución de la misma y del plan terapéutico de trabajo; ordenado generalmente respecto a temas y conceptos, el principal objetivo es informar. La psicoeducación busca adherir al paciente al

tratamiento mediante el otorgar conocimientos para que el sujeto comprenda la situación actual y empatice al conocer que su terapeuta se encuentra interesado en su bienestar motivándolo al pleno compromiso terapéutico y a compartir sugerencias o indicaciones en el desarrollo.

- **Rapport**

El establecimiento del rapport es uno de los objetivos fundamentales dentro de una terapia y durante la misma debido a que así el paciente y el terapeuta podrán establecer un entorno positivo para el intercambio de ideas y la ejecución adecuada de las técnicas, es así que la relación entre ambas partes se enmarcará además en lineamientos de respeto y no se quebrantarán los roles haciendo así indispensable el mencionar que se debe controlar instantes de transferencia que puedan afectar el curso del programa. Patterson (1970) indica que “es algo que se desarrolla y que existe cuando el orientador realmente se interesa y se preocupa por el individuo y por sus problemas”(p. 172).

- **Refuerzo**

Labrador et al. (1997) “Su empleo está destinado a proporcionar a los sujetos la motivación necesaria para que mejoren su actuación en los diversos ensayos,

aumenten la tasa de las respuestas adecuadas y mantengan los logros que, de forma progresiva, vayan alcanzando” (p. 809)

La aplicación de esta técnica dentro de un grupo establecido se realizará de forma sistemática, implantando programas de refuerzo además de la debida supervisión entre los mismos integrantes ya sea por parejas o por grupo pequeños con sus debidas indicaciones y objetivos; contribuyendo de esta manera al moldeamiento de los comportamientos y manteniendo sus avances positivos.

- **Registro de Confianza (Resick, Monson&Chard)**

La confianza puede ampliarse a otras áreas de funcionamiento del sujeto lo cual creará dificultades en la toma de decisiones lo que puede generalizar la evitación al instante de relacionarse con otros, ésta creencia del poder confiar va a depender de la percepción propia del individuo lo mismo que fortalecerá positiva o negativamente el autoconcepto y generará efectos en la autoprotección del mismo. La confianza también radica en áreas tales como la familiar y la social (amistades) que contribuyen a las reacciones que posea el paciente de manera que al encontrarse tras un suceso tormentoso éste procurará vigilar de manera intensa con quien puede confiar y de quien desconfiar; todo esto se deberá diferenciar para la mejoría de esta característica.

- **Registro de Desafío de Creencias (Resick, Monson&Chard)**

El terapeuta cumple la función intermitentemente de recordad al sujeto que los accidentes poseen un nivel de probabilidad baja lo que implica que los hechos traumáticos no se generarán en cada ocasión para lo cual es necesario establecer alternativas de creencia acerca de imposibilitar que éste se vuelva a repetir si él mismo también utiliza estrategias para evitarlo es decir en el caso de violencia, retirarse del circulo de maltrato.

- **Registro de Desafío de Creencias/Estima (Resick, Monson&Chard)**

La autoestima es la creencia del valor individual adoptado como propio, para poseer una elevada autoestima es necesario un autoconocimiento y sobre el valor que se le otorga a los demás; la estima es un claro ejemplo del cómo se encuentra la salud mental con respecto a uno mismo como ente de capacidades sociales.

- **Registro de Patrones de Pensamiento Problemático (Resick, Monson&Chard)**

Este registro solicita al paciente que note si posee tendencias a particulares patrones contraproducentes de pensamiento explicando además el cómo estas cogniciones llegan a ser automáticos creando sentimientos negativos y produciendo

conductas de derrota. Para lo cual el sujeto deberá responder un cuestionario enfocado a la lectura de mente, sobregeneralización entre otras.

- **Registro de Poder y control (Resick, Monson&Chard)**

La creencia no realista del poder respecto a los demás puede o no controlar resultados futuros en las relaciones interpersonales, la violencia generará posiblemente en el sujeto la cognición de tener el control completo en nuevas situaciones impidiendo que el otro ejerza también su control creando relaciones dificultosas e inclusive más peligrosas que las ya vividas. La capacidad de autocrecimiento se asocia a la expectativa de resolver problemas y afrontar desafío.

- **Registro de Seguridad (Resick, Monson&Chard)**

La seguridad que tenía el sujeto antes del suceso traumático se hallará desestabilizado debido a la carga negativa que suponen dichos acontecimientos, cuyas creencias se alteraron o reforzaron y sus efectos en la conducta. Se diferenciarán las prácticas de seguridad prudente y la reducción de probabilidades de revivir escenas traumáticas. La seguridad se enfocará en uno mismo y en otros ya que dependerá del individuo fortalecer este aspecto para estabilizar su relación con el medio.

- **Registros ABC**

El objetivo fundamental es la identificación a partir del sujeto el vínculo entre cogniciones y emociones previas al conocimiento y desafío de las conductas. Al modificar las creencias o aquellos pensamientos irracionales que se detectaron (B) se continúa ubicando el escenario o la situación en donde se originó aquello que causa displacer (A) para así conocer la consecuencia del mismo (C), es decir se conocerá los vínculos patológicos del grupo.

- **Retroalimentación**

De forma verbal o visual la retroalimentación se deberá otorgar como eje fundamental de la terapia durante las sesiones pertinentes, debido a la importancia que rige el retomar aspectos que quedaron inconclusos durante la sesión o de aquellos relevantes que necesitan más tiempo para desarrollarlos y así fortalecer más el aprendizaje elaborado. Beck (2000) añade: “Al responder a la retroalimentación y hacer los ajustes necesarios, el terapeuta demostró comprensión y empatía hacia la paciente. Eso facilita la colaboración y la confianza.” (p. 66).

- **Rol-Playing**

Labrador et al. (1997) “(...) a través de esta técnica se pretende que el sujeto tenga la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas, cuando veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado”. (p. 806). Esta técnica presenta una ejecución dramática mediante el uso de actividades dinámicas y regidas por el tema a tratar o aspectos individuales que sea necesario aclararlos o desarrollarlos, momento en el que el paciente deberá imaginarse realizando las diferentes actividades que fortalecerán su óptimo desenvolvimiento. El paciente imaginara una situación específica y la ejecutará con el fin de analizar y anticipadamente conocer las consecuencias negativas e inesperadas que pueden llegar a suceder.

- **Seguimiento**

El objetivo específico de esta técnica es el de reevaluar todo aprendizaje adquirido e implantado en los sujetos utilizando además una retroalimentación de cambios y metas cumplidas promoviendo en el mismo el desarrollo de estrategias y herramientas adquiridas y reproducidas en situaciones reales.

- **Técnica de relajación**

Estas técnicas consisten en aprender a detectar zonas musculares que se hallan bajo presión debido a las situaciones actuales o inclusive por temor a iniciar el plan terapéutico, éstos métodos instruyen las formas de prevenir el aumento de la tensión y ansiedad que el individuo genere. El aprender a relajar el cuerpo y mente los individuos se hayan en estados de serenidad propicios para tomar decisiones y trabajar dentro de los parámetros de la terapia. Otro objetivo también se plantea en el aprendizaje de estas técnicas que se podrán ejecutar libremente en el hogar u otro ámbito social o cotidiano.

- **Visualizaciones**

Labrador et al. (1997) “Consiste en evocar de manera imaginaria una escena, situación o acontecimiento que tenga un valor especial para tranquilizar o relajar a la persona” (p.391) , de esta manera se manipula la imaginación para obtener mayores emociones y pensamientos que se puedan tornar en adecuados, además la visualización otorgará tranquilidad y relajación al paciente conforme realice adecuadamente la presente técnica.

6.8 PLAN OPERATIVO

FASE I: INTRODUCCIÓN Y EDUCACIÓN	
Sesión N° 1	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Construir el rapport con el grupo. -Establecer cohesión grupal. -Educar al grupo sobre el esquema terapéutico a ejecutarse. -Proporcionar una fundamentación del tratamiento. -Delinear el curso del tratamiento y elicitarse el cumplimiento del mismo.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Rapport. -Escucha activa. -Psicoeducación. -Contrato terapéutico.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Dinámica. -Explicación del terapeuta al grupo acerca del trauma emocional y de los resultados obtenidos en la investigación previa. -Revisión de acontecimientos traumáticos. -Actividades en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 29: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
EL SIGNIFICADO DEL ACONTECIMIENTO	
Sesión N° 2	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir niveles de ansiedad y estrés. -Identificar las creencias irracionales. -Aclarar la formulación cognitivo-conductual del plan terapéutico. -Identificar la conexión entre sucesos, pensamientos y emociones. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica de relajación. -Registros ABC. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de técnicas de relajación. -Revisión de los relatos y Autorregistros. -Revisar los efectos del trauma que pueden utilizarse para producir motivación para el cambio. -Información acerca de los Registros ABC así como de su empleo y revisión. -Asignar tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 30: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	
Sesión N°3	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir niveles de ansiedad y estrés. -Informar cómo el cambio de pensamientos puede modificar la intensidad o el tipo de emociones que se experimentan. -Determinar creencias irracionales. -Comenzar a desafiar las creencias irracionales referentes al suceso traumático. -Informar acerca de las alternativas de solución de problemas. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica de relajación. -Registros ABC. -Diálogo Socrático. -Formulario de Resolución de problemas. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de técnicas de relajación. -Empleo y revisión de Registros ABC. -Asistir acerca del etiquetar pensamientos y emociones en respuesta a sucesos. -Asignar tareas de escribir detalladamente el incidente traumático. -Información acerca del formulario de Resolución de problemas así como de su empleo y revisión. -Asignar tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 31: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
RECUERDO Y REPRESENTACIÓN DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO	
Sesión N° 4	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir niveles de ansiedad y estrés. -Fomentar en el grupo la lectura de tareas con expresión afectiva. -Identificar ideas irracionales relacionadas al acontecimiento traumático representado. -Formular soluciones alternativas -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica de relajación. -Registros ABC -Diálogo Socrático. -Rol-playing. -Formulario de Resolución de problemas. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de técnicas de relajación. -Empleo y revisión de registros ABC. -Representación de acontecimientos traumáticos relatados. -Establecimiento de alternativas para la resolución de problemas. -Asignar tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 32: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
MODIFICACIÓN DE PATRONES DE PENSAMIENTO PROBLEMÁTICO	
Sesión N°5 y 6.	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar nuevas adiciones/omisiones a partir de la reelaboración del acontecimiento traumático. -Fomentar la expresión afectiva en el relato de los acontecimientos -Identificar expresiones afectivas. -Determinar creencias mediante el registro de desafío de creencias. -Continuar con la terapia cognitiva en los puntos de estancamiento del suceso. -Valoración de alternativas de solución. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Registros ABC. -Diálogo Socrático. -Rol-playing. -Registro de Desafío de creencias. -Formulario de Resolución de problemas. -Registro de Patrones de Pensamiento Problemático. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Empleo y revisión de registros ABC. -Exposición de nuevos relatos elaborados por el grupo. -Discusión de las nuevas adiciones/omisiones. -Enlistar ventajas y desventajas para la toma de decisiones en la resolución de problemas. -Información acerca del Registro de Patrones de Pensamiento Problemático. -Tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 33: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
MODIFICACIÓN DE PATRONES DE PENSAMIENTO PROBLEMÁTICO	
Sesión N°7	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Modificar creencias irracionales relacionadas con el trauma. -Sustituir patrones problemáticos de pensamientos por cogniciones más adaptativas. -Reconocer como influyen las creencias en la conducta. -Ayudar a la introducción de autoafirmaciones más moderadas. -Seleccionar alternativas adecuadas para la resolución de problemas. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Diálogo Socrático. -Registro de Discusión de creencias. -Formulario de Resolución de problemas -Folleto del Módulo de Seguridad. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los Registros de Patrones Problemáticos de Pensamiento y los del registro ABC. -Asociar la información de los registros anteriores en el Registro de Discusión de creencias. -Puesta en práctica y verificación de las alternativas adecuadas para resolver problemas. -Introducir el Folleto del Módulo de Seguridad y desarrollar la primera parte. (Relacionada con uno mismo y con otros.) -Tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 34: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
FORTALECIMIENTO DE LA ESTIMA	
Sesión N° 8 y 9	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades en la generación de autoafirmaciones para mejorar la autoestima. -Fortalecer la autopercepción positiva. -Identificar habilidades de estima con el entorno. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de Discusión de Creencias/Estima. -Diálogo Socrático. -Autoinstrucciones. -Visualizaciones. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los halagos y actividades agradables que el paciente haya realizado para sí mismo. -Revisar el Registro de Discusión de Creencias en estima. -Emplear la imaginación y relajación para mejorar la autopercepción. -Asistir acerca de las relaciones sociales en función de la estima. -Tareas en casa (Autorregistros)
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 35: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
FORTALECIMIENTO DE LA CONFIANZA	
Sesión N° 10	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecer los cambios observados de las cogniciones y modificar las dificultades presentes en las mismas. -Instaurar aspectos de confianza. -Desarrollar la autoconfianza y la autoexpresión. -Fortalecer el desarrollo de la autoconfianza en el desenvolvimiento social. -Mejorar la capacidad de iniciar interacciones adecuadas. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Módulo de Confianza. -Diálogo Socrático. -Registro de Discusión de Creencias. -Ejercicio de riesgo. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los registros sobre la confianza en él mismo y en otros. -Fomentar la ejecución de riesgos calculados. -Instruir sobre los efectos de la confianza en el desempeño social. -Ejecución de ejercicios que fortalezcan las estrategias asertivas. -Tareas en casa (Autorregistros).
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 36: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD	
Sesión N°11	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Discutir el éxito o problemas para el cambio de cogniciones. -Otorgar alternativas de ayuda para confrontar cogniciones problemáticas. -Registrar tipos de pensamientos (positivos/negativos). -Otorgar herramientas para la defensa de derechos individuales y de otros en el convivir social. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Registros de Discusión de Creencias. -Registro de Seguridad. -Diálogo Socrático. -Lista de pensamientos positivos y negativos. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Examinar los Registros de Discusión de Creencias. -Revisar el Módulo de Seguridad y centrar la atención en las cuestiones de seguridad relacionadas con uno mismo y otros. -Elaborar un listado general sobre pensamientos recurrentes negativos y positivos. -Tareas en casa (Autorregistros)
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 37: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
FORTALECIMIENTO DEL PODER/CONTROL	
Sesión N° 12	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Modificar cogniciones sobre control/poder y generar una visión equilibrada de los mismos. -Implantar el conocimiento sobre su influencia en los acontecimientos y el control propio de sus reacciones. -Fortalecer estrategias para detener interacciones inadecuadas con el medio social. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de Poder y Control. -Registro de Discusión de Creencias. -Diálogo Socrático. -Técnica de relajación. -Rol-playing. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los Registros de Discusión de Creencias del paciente sobre control y poder. -Instruir en la programación de sucesos agradables. -Reconocimiento del efecto de las conductas controladas adecuadamente en la práctica social. -Representación de acontecimientos para afrontar situaciones traumáticas y anticipar consecuencias.
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 38: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
FORTALECIMIENTO DE LA INTIMIDAD	
Sesión N° 13	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecer la auto- intimidad. -Fomentar el desarrollo y mantenimiento de las relaciones con otros. -Aplicar creencias racionales sobre las conductas de intimidad. -Generar estrategias para mejorar las relaciones con el entorno a partir de un autoconocimiento. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Registros de Discusión de Creencias. -Diálogo Socrático. -Inversión del rol racional -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los Registros de Discusión de Creencias relacionados con la intimidad y trabajar en resolver cualquier creencia que pudiera interferir con el desarrollo o mantenimiento positivo de las relaciones sociales y de las relaciones con uno mismo. -Instruir con representaciones dinámicas la obtención y el mantenimiento de las relaciones con el sexo opuesto a través de un manejo adecuado de la intimidad. -Representación mediante situaciones simuladas el uso de creencias racionales en base a una experiencia negativa previa relacionada a su intimidad.
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 39: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE II: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	
Sesión N° 14 y 15	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir niveles de ansiedad y estrés. -Desarrollar métodos para la emisión de respuestas emocionales y sociales apropiadas ya sean estas verbales o no verbales. -Fomentar la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales. -Desarrollar la capacidad de reproducir las habilidades sociales en momentos y ambientes diferente y de forma espontánea y no automática. -Exponer conclusiones finales. -Fortalecer aprendizajes.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de relajación. -Diálogo Socrático. -Instrucciones. -Rol-playing. -Refuerzo. -Retroalimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de técnicas de relajación. -Presentación de modelos conductuales apropiados y de ejemplos prácticos imaginarios y reales. -Presentación de dramatizaciones. -Práctica de estrategias con el debido apoyo verbal, visual y físico. -Disertación grupal de conductas observadas, aprendidas y eliminadas.
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 40: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

FASE III: CIERRE	
Sesión N° 16	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de las habilidades con uno mismo y con otros (entorno social) aprendidas en terapia. -Identificar y comprobar los objetivos y expectativas alcanzados. -Fortalecer conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico. -Fortalecer habilidades aprendidas. -Registrar avances psicoterapéuticos.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentación. -Seguimiento.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición de un Relato Final y comparación con el Relato Inicial. -Revisar el curso del tratamiento. -Identificar las metas para el futuro (personal y social). -Recapitulación de todo el plan terapéutico. -Disertación grupal de aprendizajes. -Evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso. -Indicaciones finales.
RESPONSABLE	Investigadora.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Talento humano. -Aula de trabajo. -Material de oficina. -Equipo tecnológico.

Tabla N° 41: Plan Operativo de la Terapia Cognitiva Conductual de grupo.

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

6.9 MARCO ADMINISTRATIVO

6.9.1 RECURSOS INSTITUCIONALES

- Universidad Técnica de Ambato.
- Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.9.2 RECURSOSHUMANOS

- Investigador: María Belén Sánchez Naranjo.
- Mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato.

6.9.3 RECURSOS MATERIALES

- Reactivos.
- Ficha.
- Copias
- Libros

6.9.4 RECURSOS DE OFICINA

- Hojas de papel bond
- Esferos
- Resaltadores.
- Corrector.
- Lápiz.
- Borrador.

- Otros (grapas, clips)

6.9.5 RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computador
- Internet
- Impresora/Scanner.
- Infocus.
- Memory Flash.

6.9.6 OTROS RECURSOS

- Transporte.
- Refrigerio.

6.9.7 RECURSOS ECONÓMICOS

PRESUPUESTO

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Humanos	\$400,00
Institucionales	\$00,00
Materiales	\$120,00
Oficina	\$50,00
Tecnológicos	\$750,00
Otros	\$55,00
Subtotal	\$1375,00
Imprevistos (5 % del total)	\$ 68,75
Total	\$1437,75

Tabla N° 42: Recursos económicos-Presupuesto

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

7.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD/MES		MAYO					JUNIO				
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO											
FASE I	INTRODUCCIÓN Y EDUCACIÓN										
FASE II INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	EL SIGNIFICADO DEL ACONTECIMIENTO										
	IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS										
	RECUERDO Y REPRESENTACIÓN DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO										
	MODIFICACIÓN DE PATRONES DE PENSAMIENTO PROBLEMÁTICO										
	FORTALECIMIENTO DE LA ESTIMA										

ACTIVIDAD/MES		JULIO				AGOSTO					
FASE II INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	FORTALECIMIENTO DE LA CONFIANZA	■									
	FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD		■								
FASE III	FORTALECIMIENTO DEL PODER/CONTROL			■							
	FORTALECIMIENTO DE LA INTIMIDAD				■						
CIERRE	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES					■	■				
	CIERRE						■				

Tabla N° 43: Cronograma de actividades

Elaborado por: María Belén Sánchez Naranjo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Beck, J. (2000) *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. España:

Gedisa.

Hollander, P. (2000). *Principios y métodos de psicología social*. Argentina:

Amorrortu.

Ibáñez, B. (2011). *Manual para la elaboración de tesis*. México: Trillas.

Kaplan, H., Sandock, B. (1998). *Terapia Grupal*. Madrid: Médica

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1977). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámida.

Morris, C. y Maisto, A. (2011) *Introducción a la Psicología*. México: Pearson

Patterson, C.H. (1970) *Orientación autodirectiva y psicoterapia: teoría y práctica*.

México: F. Trillas.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: El Manual Moderno.

Trull, T. y Phares E. (2003). *Psicología clínica Conceptos, métodos y aspectos*

prácticos de la profesión. Thomson Learning.

Vallejo, J. (2005). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Mason.

LINKOGRAFÍA

Bahamonte, M (2006) “*Experiencias traumáticas y sintomatología de trastorno por estrés post-traumático en una muestra de estudiantes universitarios*”.

Recuperado de <http://ponce.inter.edu/cai/tesis/mbahamonde-index.html>

Bitrán, J. (1995) “*La psiquiatría como disciplina médica*”. Recuperado de

<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/TrastornosAnimo.html>

Blanco, P. (2004) “*La violencia contra las mujeres*” Recuperado de

https://books.google.com.ec/books?id=oj0i0kWkV94C&dq=ciclo+de+la+violencia&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Cevallos, I (2012) “*Basta de maltratos a la mujer*”. Recuperado de

<http://nuevotiempo.org/mundoactual/2012/08/24/basta-de-maltratos-a-la-mujer/>

Colom F. y Vieta E. (2004) “*Uso de la Psicoeducación, terapia cognitiva-conductual y terapia interpersonal en los pacientes bipolares*”. Recuperado de

http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/110030501460152.pdf

Fernandez, A(2009)“*Autopercepción y relaciones interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violación sexual a través del psicodiagnóstico de*

Rorschach". Recuperado de

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/412?show=full>

Galarza, N (2011) "*El maltrato físico y psicológico por parte del cónyuge y el comportamiento sexual de la mujer de 18 a 40 años de edad de la "Comisaria de la Mujer" de la ciudad de Ambato*" Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/934/3148-Nataly%20Galarza.pdf?sequence=1>

Gil, E., Lloret, I. (2007) "*El feminismo y la violencia de género*" Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=m7qX77Gc39kC&dq=violencia+de+g%C3%A9nero&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Grijalva, E (2007) "*Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de Tratamiento*" Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>

Grossetti, M., CNRS y Université de Toulousel. (2009) "*¿Qué es una relación social? Un conjunto de mediaciones diádicas*" Recuperado de http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol16/vol16_2e.pdf REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.6(2), <http://revista-redes.rediris.es>

Hernández, N., Sánchez J. (2007). "*Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la Salud.*" Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA71&dq=Tera

pia+Cognitiva+Conductual&hl=es&sa=X&ei=VMQAVcaxC9G0sATwgoDA
Cg&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

Ortíz, A., Ibañez, V. (2011) “Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental”
Recuperado de

http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf

Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E.
(2006) “*Psicopatología*” Recuperado de

[https://books.google.com.ec/books?id=GL39_Yi_HQEC&printsec=frontcover
&dq=psicopatolog%C3%ADa&hl=es&sa=X&ei=aKMIVaqdFMb2sAWc7oG
oDA&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa&f=fal
se](https://books.google.com.ec/books?id=GL39_Yi_HQEC&printsec=frontcover&dq=psicopatolog%C3%ADa&hl=es&sa=X&ei=aKMIVaqdFMb2sAWc7oGoDA&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa&f=false)

Julio, V., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011) “*Niveles de atención, de
prevención y atención primaria de la salud*”. Recuperado de
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion
_14/bibliografia_complementaria_14.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf)

Kipen, A. y Caterberg, M. (2006) “*Maltrato, un permiso milenario: la violencia
contra la mujer*” Recuperado de

[https://books.google.com.ec/books?id=p45hiz7uOQYC&dq=maltrato+a+las+
mujeres&hl=es&source=gbs_navlinks_s](https://books.google.com.ec/books?id=p45hiz7uOQYC&dq=maltrato+a+las+mujeres&hl=es&source=gbs_navlinks_s)

- López, L (2011) “*Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral.*” Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/481/>
- Mehrotra, A. (2000). Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia. Recuperado de [http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/ecuador/leyes/leyviolencia a mujer.pdf](http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/ecuador/leyes/leyviolencia%20a%20mujer.pdf)
- Mesa, P. (1986) “*El marco teórico de la psicopatología*” Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=2wKpYGEjNswC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Padilla, L (2012) “*Una encuesta nacional visibiliza la generalizada violencia a la mujer en el Ecuador*”. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/1250.html>
- Peñañiel, E. y Serrano, C. (2000) “*Habilidades sociales*” Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=zpU4DhVHTJIC&dq=habilidades+sociales&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Punset, E (2010) “*Tener amigos es bueno para la salud*”. Recuperado de <http://www.eduardpunset.es/7559/general/tener-amigos-es-bueno-para-la-salud>
- Robinson, L., Smith, M., MA y Segal, J. (2015) “*Trauma emocional y psicológico*”. Recuperado de <http://www.helpguide.org/articles/ptsd-trauma/emotional-and-psychological-trauma.htm>.

Sharfetter, Ch. (1988) “*Introducción a la psicopatología general*” Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=OiRDIEscBWQC&printsec=frontcover&dq=psicopatologia&hl=es&sa=X&ei=RW0jVafTHsnNsAXfrYHoAQ&ved=0CDMQ6AEwBA#v=onepage&q=psicopatologia&f=false>

Silva, V (2012) “*Violencia Intrafamiliar*” Recuperado

de <http://www.ibecmagazine.com/TECNOLOG%20DAGADGETS/TabId/459/ArtMID/1165/ArticleID/895/Violencia-Intrafamiliar-Un-realidad-que-se-vive-en-nuestra-sociedad.aspx>

Villarreal, A. (2009) *El Trauma Emocional*. Recuperado de <http://alma55.blogspot.com/2009/07/el-trauma-emocional.html>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

EBRARY: Ruiz, F. M. Á., Díaz, G. M. I., & Villalobos, C. A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. España: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado 16 de octubre del 2014, disponible en <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Sanz, D. A. L. M. L. (Ed.). (2012). *Psicología: individuo y medio social*. España: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado 21 de octubre del 2014, disponible en <http://www.ebrary.com>

EBRARY: *Psicología social* (3a. ed.). (2007). España: McGraw-Hill España. Recuperado 23 de octubre del 2014, disponible en <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Cortese, E. N., Cortese, R. H., & Díaz, Á. V. (2004). *Psicología médica: salud mental*. Argentina: Editorial Nobuko. Recuperado 9 de diciembre del 2014, disponible en <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Rosentreter, J. (2006). *Habilidades sociales y salud mental: un enfoque comunitario*. Chile: Red Última Década. Recuperado 17 de diciembre del 2014, disponible en <http://www.ebrary.com>

PROQUEST: Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15-39. Recuperado 15 de enero del 2015, disponible en <http://search.proquest.com/docview/750061727?accountid=36765>

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO Facultad Ciencias de la Salud

Ficha socio-demográfica para el desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación de Tesis:
“El Trauma Emocional y la Calidad de las Relaciones Sociales de las Mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato”

FICHA No. _____ CAUSA No. _____ FECHA: _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo M H Género F M Estado civil _____

G. étnico: Me__ In__ Bl__ Ne__ Otro _____

Procedencia _____ Residencia _____

Ocupación _____

Tipo de maltrato

Sólo físico	
Sólo sexual	
Sólo psicológico	
Físico y psicológico	
Psicológico y sexual	
Físico, psicológico y sexual	

Reactivos y puntuaciones:

REACTIVO 1: _____

REACTIVO 2: _____

María Belén Sánchez Naranjo estudiante de Décimo Semestre de **Psicología Clínica UTA**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad Ciencias de la Salud

Aplicación del Test Trauma SymptomInventory (TSI) John Briere, PhD para desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación de Tesis:

“El Trauma Emocional y la Calidad de las Relaciones Sociales de las Mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato”

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones: Por favor, lea estas instrucciones atentamente antes de empezar. Indique a continuación de la pregunta. Rellene sus datos personales. Este cuestionario consta de 100 ítems que describen experiencias que han podido o no ocurrirle. Por favor, indique la alternativa que mejor describa con que frecuencia le han ocurrido las siguientes experiencias en los últimos seis meses.

Si se equivoca o cambia de opinión, NO LO BORRE. Tache su respuesta incorrecta y ponga la respuesta correcta.

Por favor, responda a cada uno de los ítems con la mayor sinceridad posible. Asegúrese de haber respondido cada uno de los ítems. Tómese el tiempo que necesite para rellenar el TSI .

Ponga un:

0 si NUNCA le ha ocurrido en los últimos 6 meses.

1 si le ha ocurrido muy pocas veces en los en los últimos 6 meses.

2 si le ha ocurrido en algunas ocasiones en los en los últimos 6 meses.

<u>1</u>	0 1 2 3	<u>21</u>	0 1 2 3	<u>41</u>	0 1 2 3	<u>61</u>	0 1 2 3	<u>81</u>	0 1 2 3
<u>2</u>	0 1 2 3	<u>22</u>	0 1 2 3	<u>42</u>	0 1 2 3	<u>62</u>	0 1 2 3	<u>82</u>	0 1 2 3
<u>3</u>	0 1 2 3	<u>23</u>	0 1 2 3	<u>43</u>	0 1 2 3	<u>63</u>	0 1 2 3	<u>83</u>	0 1 2 3
<u>4</u>	0 1 2 3	<u>24</u>	0 1 2 3	<u>44</u>	0 1 2 3	<u>64</u>	0 1 2 3	<u>84</u>	0 1 2 3
<u>5</u>	0 1 2 3	<u>25</u>	0 1 2 3	<u>45</u>	0 1 2 3	<u>65</u>	0 1 2 3	<u>85</u>	0 1 2 3
<u>6</u>	0 1 2 3	<u>26</u>	0 1 2 3	<u>46</u>	0 1 2 3	<u>66</u>	0 1 2 3	<u>86</u>	0 1 2 3
<u>7</u>	0 1 2 3	<u>27</u>	0 1 2 3	<u>47</u>	0 1 2 3	<u>67</u>	0 1 2 3	<u>87</u>	0 1 2 3
<u>8</u>	0 1 2 3	<u>28</u>	0 1 2 3	<u>48</u>	0 1 2 3	<u>68</u>	0 1 2 3	<u>88</u>	0 1 2 3
<u>9</u>	0 1 2 3	<u>29</u>	0 1 2 3	<u>49</u>	0 1 2 3	<u>69</u>	0 1 2 3	<u>89</u>	0 1 2 3
<u>10</u>	0 1 2 3	<u>30</u>	0 1 2 3	<u>50</u>	0 1 2 3	<u>70</u>	0 1 2 3	<u>90</u>	0 1 2 3
<u>11</u>	0 1 2 3	<u>31</u>	0 1 2 3	<u>51</u>	0 1 2 3	<u>71</u>	0 1 2 3	<u>91</u>	0 1 2 3

<u>12</u>	0 1 2 3	<u>32</u>	0 1 2 3	<u>52</u>	0 1 2 3	<u>72</u>	0 1 2 3	<u>92</u>	0 1 2 3
<u>13</u>	0 1 2 3	<u>33</u>	0 1 2 3	<u>53</u>	0 1 2 3	<u>73</u>	0 1 2 3	<u>93</u>	0 1 2 3
<u>14</u>	0 1 2 3	<u>34</u>	0 1 2 3	<u>54</u>	0 1 2 3	<u>74</u>	0 1 2 3	<u>94</u>	0 1 2 3
<u>15</u>	0 1 2 3	<u>35</u>	0 1 2 3	<u>55</u>	0 1 2 3	<u>75</u>	0 1 2 3	<u>95</u>	0 1 2 3
<u>16</u>	0 1 2 3	<u>36</u>	0 1 2 3	<u>56</u>	0 1 2 3	<u>76</u>	0 1 2 3	<u>96</u>	0 1 2 3
<u>17</u>	0 1 2 3	<u>37</u>	0 1 2 3	<u>57</u>	0 1 2 3	<u>77</u>	0 1 2 3	<u>97</u>	0 1 2 3
<u>18</u>	0 1 2 3	<u>38</u>	0 1 2 3	<u>58</u>	0 1 2 3	<u>78</u>	0 1 2 3	<u>98</u>	0 1 2 3
<u>19</u>	0 1 2 3	<u>39</u>	0 1 2 3	<u>59</u>	0 1 2 3	<u>79</u>	0 1 2 3	<u>99</u>	0 1 2 3
<u>20</u>	0 1 2 3	<u>40</u>	0 1 2 3	<u>60</u>	0 1 2 3	<u>80</u>	0 1 2 3	<u>100</u>	0 1 2 3

María Belén Sánchez Naranjo estudiante de Décimo Semestre de **Psicología**

Clínica UTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad Ciencias de la Salud

Aplicación del Test Trauma SymptomInventory (TSI) John Briere, PhD para desarrollo del proyecto de
Investigación y Disertación de Tesis:

“El Trauma Emocional y la Calidad de las Relaciones Sociales de las Mujeres denunciantes en la Comisaría de la
Mujer de Ambato”

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: Por favor, lea estas instrucciones atentamente antes de empezar. Indique a continuación de la pregunta. Rellene sus datos personales. Este cuestionario consta de 100 ítems que describen experiencias que han podido o no ocurrirle. Por favor, indique la alternativa que mejor describa con que frecuencia le han ocurrido las siguientes experiencias en los últimos seis meses.

Si se equivoca o cambia de opinión, NO LO BORRE. Tache su respuesta incorrecta y ponga la respuesta correcta.

Por favor, responda a cada uno de los ítems con la mayor sinceridad posible. Asegúrese de haber respondido cada uno de los ítems. Tómese el tiempo que necesite para rellenar el TSI.

Ponga un:

0 si NUNCA le ha ocurrido en los últimos 6 meses.

1 si le ha ocurrido muy pocas veces en los en los últimos 6 meses.

2 si le ha ocurrido en algunas ocasiones en los en los últimos 6 meses.

3 si le ha ocurrido A MENUDO en los últimos 6 meses

En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia usted a sentido lo siguiente?

1. ___ Pesadillas o sueños desagradables
2. ___ Intenta olvidar los malos momentos de su vida
3. ___ Irritabilidad
4. ___ Evita pensar acerca del pasado
5. ___ Se enfada por cosas que no tienen mucha importancia
6. ___ Se siente vacía/o
7. ___ Se siente triste
8. ___ Recuerdos o imágenes intrusivas sobre cosas desagradables
9. ___ No está satisfecha/o con su vida sexual
10. ___ Siente como si estuviera fuera de su cuerpo
11. ___ Dolores en la parte baja de la espalda
12. ___ Recuerdos que causan malestar cuando usted menos lo espera
13. ___ Tiene ganas de llorar
14. ___ No se siente feliz
15. ___ Se enfada con poca o sin ninguna razón
16. ___ Siente como si realmente no supiera quien es
17. ___ Se siente deprimida/o
18. ___ Tiene relaciones sexuales con alguien que a penas conoce
19. ___ Pensamientos o fantasías de herir a alguien
20. ___ Su mente se pone en blanco
21. ___ Desmayos
22. ___ Temblores
23. ___ Intenta evitar tener recuerdos dolorosos
24. ___ No entiende por qué hizo algo
25. ___ Amenaza o intento de suicidio
26. ___ Siente como si estuviera mirándose desde lejos
27. ___ Se siente tensa/o o “al límite”
28. ___ Se mete en problemas por el sexo
29. ___ No se siente realmente como si fuera usted misma/o
30. ___ Desea estar muerta/o

31. ___ Se preocupa por las cosas
32. ___ No está segura/o de lo que quiere en la vida
33. ___ Pensamientos o sentimientos negativos durante las relaciones sexuales
34. ___ Se molesta fácilmente con los demás
35. ___ Empieza discusiones o, peleas para liberar su rabia
36. ___ Utiliza el sexo para evitar sentirse sola/o o triste
37. ___ Se enfada aunque no quiera
38. ___ No es capaz de sentir sus emociones
39. ___ Siente confusión con respecto sus sentimientos sexuales
40. ___ Utiliza otras drogas que no son cannabis (Hash, marihuana)
41. ___ Se sobresalta
42. ___ Ausencias mentales
43. ___ Se paraliza por momentos
44. ___ Necesita que otros le digan lo que tiene que hacer
45. ___ Grita o aleja a la gente cuando siente que no debería haberlo hecho
46. ___ Coquetea o se insinúa para conseguir la atención de alguien
47. ___ Pensamientos o sensaciones sexuales cuando piensa que no debería tenerlos
48. ___ Se hace físicamente daño (por ejemplo, se araña, corta, o quema); sin intención suicida
49. ___ Dolores físicos
50. ___ Fantasías sexuales de ser dominada/o o controlada/o
51. ___ Ansiedad elevada
52. ___ Problemas en sus relaciones sexuales con otras personas
53. ___ Desea tener mas dinero
54. ___ Nerviosismo
55. ___ Se siente confundida/o sobre lo que piensa o cree
56. ___ Se siente cansada/o
57. ___ Se siente por dentro enfadada/o
58. ___ Se mete en problemas por el alcohol
59. ___ Evita a ciertas personas o lugares porque le recuerdan algo
60. ___ Una parte de su cuerpo pierde sensibilidad
61. ___ Desea parar de pensar en el sexo
62. ___ Recuerdos repentinos sobre algo desagradable del pasado
63. ___ Desea golpear a alguien o algo
64. ___ Sentimientos de desesperanza
65. ___ Escucha a alguien que le habla que realmente no está allí
66. ___ de pronto recuerda algo malo
67. ___ Intenta evitar ciertos recuerdos
68. ___ Problemas sexuales
69. ___ Utiliza el sexo para sentirse poderosa/o o importante
70. ___ Sueños violentos
71. ___ Actúa de modo “seductor” aun cuando usted no desea tener relaciones sexuales
72. ___ En algún momento, ve o escucha algo desagradable que le sucedió en el pasado
73. ___ Utiliza el sexo para conseguir amor o atención
74. ___ Pensamientos atemorizantes o desagradables que aparecen de repente en su mente
75. ___ Confunde sus propios sentimientos con los de otra persona
76. ___ Desea tener relaciones sexuales con alguien que sabe que es malo para usted
77. ___ Se siente avergonzada /o por sus sentimientos o conductas sexuales
78. ___ Evita estar sola/o
79. ___ Pierde el sentido del gusto
80. ___ Sus sentimientos o pensamientos cambian cuando esta con otras personas

81. ___ Tiene relaciones sexuales que tiene que mantener en secreto
82. ___ Le preocupa que alguien pueda robarle sus pensamientos
83. ___ No se permite sentirse mal por su pasado
84. ___ Siente como si las cosas no fueran reales
85. ___ Siente como si estuviera en un sueño
86. ___ No come o duerme durante dos días o mas
87. ___ Trata de no tener sentimientos con relación a algo que alguna vez le hizo daño
88. ___ Sueña despierta/o
89. ___ Trata de no pensar o hablar sobre cosas que alguna vez le hirieron
90. ___ Sienta como si la vida no vale la pena vivirla
91. ___ Se altera o asusta ante ruidos inesperados
92. ___ Ve gente que ya ha muerto
93. ___ Tiene problemas para controlar su mal humor
94. ___ Los demás la/le influyen fácilmente
95. ___ Desea no tener ninguna sensación de tipo sexual
96. ___ Desea prender fuego a un edificio público
97. ___ Miedo a morir o sufrir una lesión /agresión
98. ___ Se siente tan deprimida/o que evita a la gente
99. ___ Piensa que alguien lee su mente
100. ___ Siente que no vale para nada

María Belén Sánchez Naranjo estudiante de Décimo Semestre de **Psicología**

Clínica UTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad Ciencias de la Salud

Aplicación del Test EHS Escala de Habilidades Sociales. Elena GismeroGonzalez para desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación de Tesis:

“El Trauma Emocional y la Calidad de las Relaciones Sociales de las Mujeres denunciantes en la Comisaría de la Mujer de Ambato”

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: A continuación aparecen frases que describen diversas situaciones , se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no . No hay respuestas correctas ni incorrectas , lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible. Para responder utilice la siguiente clave:

A = No me identifico , en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos.

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer tonto ante los demás	A B C D					
2. Me cuesta telefonar a tiendas , oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D					
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado , voy a la tienda a devolverlo.		A B C D				
4. Cuando en un tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.		A B C D				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto , paso un mal rato para decirle que “NO”				A B C D		
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.					A B C D	
7. Si en un restauran no me traen la comida como le había pedido					A B C D	

,llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.						
8.A veces no seque decir a personas atractivas al sexo opuesto.						A B C D
9.Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no seque decir.						A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mi mismo	A B C D					
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D					
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.		A B C D				
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.			A B C D			
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono , me cuesta mucho cortarla.				A B C D		
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden , no secomo negarme.				A B C D		
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto , regreso allí a pedir el cambio correcto					A B C D	
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.						A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.						A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D					
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de	A B C D					

presentación a tener que pasar por entrevistas personales.						
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.		A B C D				
22. Cuando un familiar cercano me molesta , prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.			A B C D			
23. Nunca se como “cortar “ a un amigo que habla mucho				A B C D		
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión				A B C D		
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.					A B C D	
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.					A B C D	
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita						A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D					
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A B C D					
30. Cuando alguien se me” cuele ” en una fila hago como si no me diera cuenta.		A B C D				
31. Me cuesta mucho expresar mi ira , cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados			A B C D			
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio “ para evitar problemas con otras personas.			A B C D			
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.				A B C D		
TOTAL						

María Belén Sánchez Naranjo estudiante de Décimo Semestre de **Psicología Clínica**
UTA

Detalle de la tabla de valores críticos de la distribución chi cuadrado

DISTRIBUCION DE χ^2												
Grados de libertad	Probabilidad											
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001	
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83	
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82	
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27	
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47	
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52	
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46	
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32	
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12	
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88	
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59	
	No significativo								Significativo			