



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**"EL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA
DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA
GENERAL DE TUNGURAHUA."**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: López Rivera, Viviana Marcela

Tutor: Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

Ambato – Ecuador

Junio, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: "**EL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA GENERAL DE TUNGURAHUA**" de López Rivera Viviana Marcela, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación "**EL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA GENERAL DE TUNGURAHUA**", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2015

LA AUTORA

.....
López Rivera, Viviana Marcela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, 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, Junio del 2015

LA AUTORA

.....

López Rivera, Viviana Marcela

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: "**EL RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA GENERAL DE TUNGURAHUA**", de López Rivera Viviana Marcela, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2015

Para constancia firman.

.....

PRESIDENTE/A

.....

1^{er} VOCAL

.....

2^{do} VOCAL

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato a la Facultad de Ciencias de la Salud por abrirme sus puertas a tan prestigiosa Carrera como es la de Psicología Clínica, a todos los maestros por sus enseñanzas a lo largo de este camino, a la Fiscalía General de Tungurahua por permitir realizar el presente trabajo de graduación dentro de esta noble institución; y de manera muy especial al Dr. Germán Galarza Tutor, por haber recibido el apoyo incondicional y su vasto conocimiento.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado en primer lugar a Dios por permitirme llegar a la culminación de mi Carrera, a mis padres (Daniel y Luz) por brindarme su apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida, a mi esposo (Erick) por ser ese compañero absoluto, que ha sido el motor fundamental con su amor y comprensión y a mi hijo (Fabricio) porque con su sonrisa y sus lindas palabras ha sido una luz en este largo camino.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR180455509-0	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3 PROGNOSIS	7
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	8
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	9

1.4 OBJETIVOS	10
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	11
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.1.1 FILOSÓFICA.....	19
2.1.2 EPISTEMOLÓGICA	20
2.1.3 ONTOLÓGICA	20
2.1.4 SOCIOLÓGICA.....	21
2.1.5 PSICOLÓGICA	21
2.2 ASPECTO LEGAL.....	22
2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	25
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	28
2.4.1.1 FAMILIA	28
2.4.1.2 PAREJA	36
2.4.1.3 RELACIÓN SIMBIÓTICA	41
2.4.1.4 RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA	45
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE	61
2.4.2.1 PSICOPATOLOGÍA	61
2.4.2.2 TRASTORNOS DEL HUMOR.....	69
2.4.2.4 DEPRESIÓN.....	81
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	91
2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	91

2.5.1 Variable Independiente	92
2.5.2 Variable Dependiente.....	92
CAPÍTULO III.....	93
METODOLOGÍA.....	93
3.1 ENFOQUE.....	93
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	93
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	94
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	95
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	97
3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	101
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	102
CAPÍTULO IV.....	103
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	103
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	139
4.2.1. VERIFICACIÓN	147
CAPÍTULO V	148
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	148
5.1 CONCLUSIONES.....	148
5.2 RECOMENDACIONES.....	150
CAPÍTULO VI.....	151
PROPUESTA.....	151
6.1 TÍTULO	151
6.2 DATOS INFORMATIVOS	151
6.3 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	152
6.4 JUSTIFICACIÓN	154

6.5 OBJETIVOS	155
Objetivo general	155
Objetivos específicos	155
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	156
6.7.METODOLOGIA / MODELO OPERATIVO.....	165
6.9 MARCO ADMINISTRATIVO.....	171
6.10 REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	172
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
BIBLIOGRAFÍA	173
LINKOGRAFIA.....	175
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DATOS UTA.....	176
ANEXOS	178

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA: N° 1 OPERACIONALIZACIÓN VARIABLE INDEPENDIENTE. ...	97
TABLA: N° 2 OPERACIONALIZACIÓN VARIABLE DEPENDIENTE.....	99
TABLA: N° 3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	101
TABLA N° 4: PROCEDENCIA DEL AGRESOR	103
TABLA N° 5: SEPARACIÓN RECIENTE.	105
TABLA N° 6: ACOSO RECIENTE.....	106
TABLA N° 7: VIOLENCIA FÍSICA	107
TABLA N° 8: VIOLENCIA EN PRESENCIA DE OTROS.	108
TABLA N° 9: AUMENTO DE FRECUENCIA	109
TABLA N° 10: AMENAZAS GRAVES.....	110
TABLA N° 11: AMENAZAS CON OBJETOS.....	111
TABLA N° 12: INTENCIÓN DE LESIONES GRAVES.....	112
TABLA N° 13: AGRESIONES SEXUALES.	113
TABLA N° 14: CELOS INTENSOS.....	114
TABLA N° 15: HISTORIAL DE CONDUCTAS VIOLENTAS	115
TABLA N° 16: HISTORIAL DE CONDUCTAS VIOLENTAS CON OTRAS PERSONAS.....	116
TABLA N° 17: CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGA.	117
TABLA N° 18. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL	118
TABLA N° 19: CONDUCTAS DE CRUELDAD	119
TABLA N° 20: JUSTIFICACIÓN DE CONDUCTAS VIOLENTAS.	120
TABLA N° 21: PERCEPCIÓN DE PELIGRO	121
TABLA N° 22: INTENTO DE RETIRAR LAS DENUNCIAS	122
TABLA N° 23: VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA.	123
TABLA N° 24: ME SIENTO DECAÍDO Y TRISTE.	124
TABLA N° 25: POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR.....	125
TABLA N° 26: SIENTO GANAS DE LLORAR.	126
TABLA N° 27: PROBLEMAS PARA DORMIR.	127
TABLA N° 28: COMO LA MISMA CANTIDAD.	128
TABLA N° 29: DISFRUTO DEL SEXO.	129
TABLA N° 30: ESTOY PERDIENDO PESO.	130

TABLA N° 31: PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO.	131
TABLA N° 32: MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO.....	132
TABLA N° 33: ME CANSO SIN RAZÓN.....	133
TABLA N° 34: MI MENTE ESTÁ CLARA.....	134
TABLA N° 35: ES FÁCIL HACER LO QUE HACÍA.....	135
TABLA N° 36: ME SIENTO AGITADO.	136
TABLA N° 37: SIENTO ESPERANZA.	137
TABLA N° 38: ESTOY IRRITABLE.	138
TABLA N° 39: ME SIENTO DECAÍDO Y TRISTE.	139
TABLA N° 40: SIENTO QUE SOY ÚTIL.	140
TABLA N° 41: ME SIENTO DECAÍDO Y TRISTE.	141
TABLA N° 42: SIENTO QUE ESTARÍAN MEJOR SI YO MURIERA.....	142
TABLA N° 43: DISFRUTO DE LAS COSAS QUE DISFRUTABA ANTES.	143
TABLA N° 44.....	144
TABLA: N° 45.....	146

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO: N° 1.....	103
GRÁFICO: N° 2.....	105
GRÁFICO: N° 3.....	106
GRÁFICO: N° 4.....	107
GRÁFICO: N° 5.....	108
GRÁFICO: N° 6.....	109
GRÁFICO: N° 7.....	110
GRÁFICO: N° 8.....	111
GRÁFICO: N° 9.....	112
GRÁFICO: N° 10.....	113
GRÁFICO: N° 11.....	114
GRÁFICO: N° 12.....	115
GRÁFICO: N° 13.....	116
GRÁFICO: N° 14.....	117
GRÁFICO: N° 15.....	118
GRÁFICO: N° 16.....	119
GRÁFICO: N° 17.....	120
GRÁFICO: N° 18.....	121
GRÁFICO: N° 19.....	122
GRÁFICO: N° 20.....	123
GRÁFICO: N° 21.....	124
GRÁFICO: N° 22.....	125
GRÁFICO: N° 23.....	126
GRÁFICO: N° 24.....	127
GRÁFICO: N° 25.....	128
GRÁFICO: N° 26.....	129
GRÁFICO: N° 27.....	130
GRÁFICO: N° 28.....	131
GRÁFICO: N° 29.....	132
GRÁFICO: N° 30.....	133
GRÁFICO: N° 31.....	134

GRÁFICO: N° 32.....	135
GRÁFICO: N° 33.....	136
GRÁFICO: N° 34.....	137
GRÁFICO: N° 35.....	138
GRÁFICO: N° 36.....	139
GRÁFICO: N° 37.....	140
GRÁFICO: N° 38.....	141
GRÁFICO: N° 39.....	142
GRÁFICO: N° 40.....	143
GRÁFICO: N° 41.....	145

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"EL RIESGO DE VIOLENCIA PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA
DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA
GENERAL DE TUNGURAHUA"**

Autora: López Rivera, Viviana Marcela

Tutor: Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

El presente estudio de investigación está enfocado en la incidencia del riesgo de violencia de pareja en la depresión de mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua con el fin de establecer alternativas de solución oportunamente y tratar de mejorar el estilo de vida de estas mujeres.

La investigación está dividida en seis capítulos; en el primer capítulo están planteados los objetivos siendo el principal la determinación de la incidencia de los riesgo de violencia de pareja en la depresión, en el capítulo segundo se encuentran los conceptos básicos necesarios de las variables. El tercer capítulo trata sobre la metodología utilizada para poder llegar a cumplir los objetivos de la investigación, en el cuarto capítulo encontramos el análisis y la interpretación de los datos obtenidos a través de los métodos de recolección en este caso de test estándar, y la verificación de hipótesis; en el quinto capítulo están expuestas las conclusiones y recomendaciones para finalmente en el capítulo sexto encontramos con la propuesta, la misma que está orientada a la terapia Cognitiva de A. Beck.

PALABRAS CLAVES: RIESGO – VIOLENCIA, DEPRESIÓN, TERAPIA - COGNITIVA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

**"THE RISK OF DATING VIOLENCE AND ITS IMPACT ON THE
DEPRESSION OF WOMEN ATTENDING THE ATTORNEY GENERAL
OF TUNGURAHUA"**

Author: López Rivera, Viviana Marcela.

Tutor: Dr. Galarza Zurita, Germán

Date: March, 2015

SUMMARY

This research study focuses on the impact of the risk of partner violence in depressed women attending the Attorney General of Tungurahua to establish alternative solutions on time and try to improve the lifestyle of these women. The research is divided into six chapters; in the first chapter set forth the objectives remain the main determining the incidence of risk of partner violence in depression, in the second chapter are the basics of variables. The third chapter discusses the methodology used to get to meet the objectives of the research, in the fourth chapter we find the analysis and interpretation of data obtained through collection methods in this case standard test, and verification Hypothesis; in the fifth exposed conclusions and recommendations in the sixth chapter finally meet the proposal it is oriented A. Beck Cognitive Therapy.

KEYWORDS: RISK – VIOLENCE, DEPRESSION, COGNITIVE - THERAPY.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas más controversiales en todo el mundo es la violencia contra la pareja, siendo lo más frecuente que el hombre sea el agresor dentro del núcleo familiar. Este es una grave problemática social que día a día va en crecimiento, siendo esto sumamente preocupante.

Bajo la dominación de “violencia de pareja” se incluyen varias manifestaciones de un patrón de conductas violentas que van desde la violencia física, psicológica y hasta las agresiones sexuales, el aislamiento y el control de la pareja e incluso la extorsión económica.

Las mujeres inmersas en estas conductas violentas por parte de sus conyugues, tienen varias consecuencias que pueden ser a nivel físico y más aún psicológicos como la depresión, enfermando a la persona.

Debemos tener en cuenta que estamos dentro de una modalidad de violencia crónica y repetitiva, cíclica propia de un agresor que es poco probable su cambio, y de una víctima que por diversos factores se la puede describir como afectivamente dependiente muchas de las veces ignorando el riesgo al que está expuesta al seguir en la relación violenta.

Es por esto que es necesario que las patologías psicológicas y problemas fisiológicos que presentan las mujeres en riesgo de violencia deban ser manejados por profesionales de la salud con una intervención multidisciplinaria y tratar de dar alternativas de solución.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

EL RIESGO DE VIOLENCIA PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA FISCALÍA GENERAL DE TUNGURAHUA.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

En la página www.who.int/mediacentre publicado en el año 2013 se indica que en un análisis reciente hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros.

El maltrato contra la mujer en Latinoamérica se entiende como cualquier acción u omisión que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad. El promedio en Latinoamérica de mujeres que alguna vez fueron maltratadas por sus parejas esta entre un 30 y un 45% en el libro La Mujer y el Maltrato según el autor (Gryspan, 2001).

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, un nuevo estudio en el año 2013 sobre violencia contra la mujer, realizado en 12 países de América Latina y el Caribe, muestra que entre el 17 y el 53 % de las entrevistadas reportó haber sufrido abuso físico o sexual por parte de sus parejas.

Según un informe de las Naciones Unidas presentado este viernes en Panamá, califica la violencia de género en la región como "un problema de gravísima relevancia". (Diario El Universo, 2013).

MESO

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social en la página www.inclusion.gob.ec/en en el año 2009 ocho de cada diez mujeres en Ecuador sufre de maltrato físico o psicológico por sus parejas además, en los últimos años se han recibido alrededor de 250.000 denuncias de mujeres que han sufrido maltrato. Del total de mujeres ecuatorianas de 15 a 49 años de edad, un 42 por ciento había observado alguna forma de violencia entre sus padres; el 35.9 por ciento observó maltratos físicos entre sus padres cuando ellas eran menores de 15 años de edad, y un 39.6 por ciento fue testigo de violencia psicológica. El maltrato existente en sus hogares y la falta de información hace que las mujeres tenga pensamientos

erróneos los cuales con el ciclo de la violencia se van reforzando y haciendo que estos no permitan que las mujeres busquen ayuda, como los datos evidencian, más que la mitad (54%) de las mujeres que relataron violencia física o sexual durante el último año no buscaron ninguna ayuda.

En la página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC, www.inec.gob.ec según la Primera Encuesta de Violencia de Género realizada en el año 2011, el 60,6% de las mujeres en Ecuador ha vivido algún tipo de violencia. La violencia contra la mujer no tiene mayores diferencias entre zonas urbanas y rurales: en la zona urbana el porcentaje es de 61,4% y en la rural 58,7%.

El mismo estudio también reveló que las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia contra la mujer. Según las cifras, del INEC al parecer muchas mujeres consideran a la violencia como parte normal de su matrimonio; y es que un 90% de mujeres que han sido víctimas de violencia de género no piensa ni quiere separarse de su pareja.

MICRO

En la provincia de Tungurahua las denuncias de mujeres víctimas de violencia de pareja han ido aumentando con relación a estadísticas de años anteriores, haciendo que este tema cada día que pasa preocupe más a las autoridades de la provincia puesto que esto conlleva consigo niños y familias con dificultades físicas y psicológicas.

En la página oficial del MIES, inclusion.gob.ec en el año 2009 de cada 100 mujeres de la provincia al menos 60 han sufrido de algún tipo de maltrato. Casi siempre el maltrato no solo se da a mujeres sino también se extiende hacia los niños los cuales son los más afectados en la relación maltratante existente entre la pareja. Según el Instituto de estadísticas y censos INEC en la página www.inec.gob.ec la Provincia de Tungurahua ocupa segundo lugar en prevalencia violencia intrafamiliar en los estudios realizados en el año 2011.

En el primer mes del año 2013, la Comisaría de la Mujer registró alrededor de 305 casos de violencia doméstica. La Comisaria Raquel Carrillo aseguró que los ciudadanos inmersos en el mundo de la agresión, buscan cualquier motivo para cometer su acción, pero, sin duda, siempre sobresalen: problemas económicos, dificultades múltiples, alcoholismo y sobre todo el difícil tema del aumento del consumo de drogas. Los casos de violencia intrafamiliar se diferencian generalmente todos son distintos. El año pasado cerró con 3490 denuncias y las cifras llevan por el mismo camino a los analistas-sociales. De las cifras que se registraron en el mes de enero el 80% provienen de mujeres y el 20% de hombres. (Diario El Heraldo, 2013).

La violencia en cifras, en una pequeña encuesta realizada en la ciudad, según Diario La Hora en el año 2014, se dio a conocer que por lo menos un 60 por ciento de la población femenina asegura haber sufrido algún tipo de maltrato.

Maltrato físico

El 60% de las mujeres reconoce haber tenido o tener algún problema de salud asociado al maltrato. El 19% de estos trastornos son de tipo físico, tales como rupturas, hematomas, etc. Estos episodios suelen ser tratados para el 18% de las mujeres en los servicios de urgencias, donde adquieren, 21%, un certificado

médico del mismo. Una de las consecuencias físicas relatadas por las mujeres con cierta relevancia son los trastornos ginecológicos con el 24%.

Maltrato psicológico

El 42% informa haber tenido algún tipo de trastorno psíquico como consecuencia del maltrato, siendo la depresión, 29%, la patología más detectada. El 35% de las mujeres ha sido tratada de dicha alteración, siendo la terapia psicológica, 20%, la estrategia de intervención más habitual. Otras consecuencias detectadas son: el consumo de sustancias, 27%, los pensamientos de suicidio, 58%, la insatisfacción personal, 34% y la baja valoración de sí misma, influyendo en el autoestima de esta un 28%. (Diario La Hora, 2014).

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La violencia en contra de la mujer ha existido desde hace mucho tiempo atrás, siendo una de las principales el maltrato cometido por parte de su pareja, causando varios desequilibrios emocionales haciendo que éstas caigan en una dependencia emocional aceptando el estilo negativo de vida que llevan junto a sus parejas.

Existen varios factores que afecta la salud no solo física sino también emocional de las mujeres que se encuentran en riesgo de violencia siendo una de las principales su baja autoestima haciendo que no logren tener cogniciones apropiadas de su realidad y sigan inmersas en este círculo, muchas de las veces aceptándolo o creyendo que esto se encuentra dentro de los parámetros normales en una relación de pareja; hasta incluso sintiéndose culpables o merecedoras del maltrato que ejercen sobre ellas sus parejas causando así una problemática aún mayor en su salud mental manteniendo una visión negativa sobre sí misma.

Las mujeres en riesgo de violencia de pareja son desvalorizadas; siendo esto una de las formas más frecuentes de violentar y así lograr someter a estas lo cual pueden desembocar en algunas psicopatologías entre esas una de las más frecuentes como es la depresión.

1.2.3 PROGNOSIS

Es importante el estudio de las mujeres en riesgo de violencia de pareja y su incidencia en la depresión ya que sin el conocimiento de esto no se podría dar un tratamiento psicológico y la persona seguiría soportando la violencia de género, desvalorizándose cada día más y bajando su autoestima llegando a ser una

problemática de salud pública, la cual no solo puede afectar su esfera emocional sino que podría llegar a causar la muerte de esta población vulnerable ya que la depresión es una enfermedad muy seria la misma que debe tener un adecuado tratamiento multidisciplinario para poder sobre llevar la problemática existente.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El riesgo de violencia en la pareja incide en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son los niveles más frecuentes de riesgo de violencia de pareja?
2. ¿Qué grado de depresión es más frecuente en las mujeres en riesgo de violencia de pareja?
3. ¿Qué alternativa se puede dar a la problemática presentada?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación del contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Salud Mental.

Aspecto: Riesgo de violencia de pareja

Delimitación espacial

Población: Mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

Delimitación temporal

Tiempo: Octubre 2014 – Abril 2015.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las razones que justifican y el **interés** en el que radica esta investigación es saber cómo el riesgo de violencia de pareja en las mujeres puede incidir en la depresión, ya que este tema es **original** puesto que en la universidad no se ha estudiado el mismo y mediante los instrumentos que se utilizarán y se logrará una detección del riesgo que corren las mujeres poniendo en alerta no solo a estas sino a las autoridades las mismas que con un trabajo conjunto se podrá mejorar la salud mental de estas y por ende de su familia.

La **importancia** de esta investigación es que pretende demostrar que las mujeres en riesgo de violencia de pareja pueden desarrollar depresión haciendo de esta una problemática aún más grave trayendo consigo consecuencias negativas para estas mujeres e incluso llevándolas a atentar en contra de sus vidas, por lo cual es importante la realización e intervención de esta problemática.

Las **beneficiarias** directas son las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua, sus familiares y la comunidad en si, ya que la violencia de género es hoy en día un problema de salud pública.

Teniendo así una gran relevancia e **impacto** positivo en las mujeres en riesgo de violencia de pareja ya que al trabajar en su problemática se lograría mejorar la salud mental de éstas logrando un bienestar en esta población vulnerable de nuestra ciudad.

Es necesario que a nivel de la provincia y el cantón se den proyectos de este tipo ya que las mujeres en riesgo de violencia de pareja necesitan el apoyo psicológico para poder salir adelante con su problema y sobrellevar las consecuencias de estos.

Uno de los inconvenientes más frecuentes para realizar este tipo de proyectos es el financiamiento económico por lo cual el mismo será autofinanciado por la investigadora.

La investigación es **factible** ya que se cuenta con el espacio físico como es la Fiscalía General de Tungurahua y los elementos humanos necesarios para la misma.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

-Determinar la incidencia del riesgo de violencia de pareja en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Detectar el nivel de riesgo de violencia de pareja en que se encuentran las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.
- Identificar el grado de depresión presente en estas mujeres.
- Plantear una alternativa de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Tema: “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”

Autor:

Nataly Shajaira Galarza Piñaloza

Conclusiones:

- En base a la investigación realizada se concluye que el problema de maltrato hacia la mujer se encuentra en casi todos los hogares ecuatorianos, no importa la esfera social, credo o condición política, siendo pocos los hogares que no sufren algún tipo de maltrato, puesto que en la mayoría de hogares siempre va existir puntos de vista diferentes, especialmente entre la pareja y no van a llegar a un acuerdo por lo que se producen discusiones. De las mujeres encuestadas el

77,50% ha sido maltratada en algún momento por parte de su pareja como lo demuestra el cuadro N: 1, grafico N: 1 del anexo 1.

- El maltrato psicológico se ha hecho común dentro de nuestra sociedad, como lo demuestra el cuadro N: 3, grafico N: 3, anexo 1. 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 ya que se sienten inferiores e incapaces de realizar una actividad o dar algún tipo de opinión para el beneficio de ella y de su familia, sin embargo se debe tomar en cuenta que el maltrato psicológico por lo general viene acompañado por el maltrato físico.

- El porcentaje de las mujeres que han sido forzadas a tener relaciones sexuales es bajo ya que un 70,00% manifiesta no haber sido forzada sin embargo cuando se les pregunta que sienten al tener relaciones sexuales con su pareja un 32,86% respondió que siente ira y un 30.00% que sienten temor o (miedo) lo que nos indica que posiblemente la mayoría de las mujer en algún momento fueron obligadas a tener relaciones sexuales pero no lo dicen por vergüenza o 80 por miedo de lo que piensen las personas y su familia ya que muchas no cuentan con el apoyo y la aprobación de la misma, por lo que deciden callar y no manifestar lo ocurrido, al mismo tiempo se debe tener en cuenta que la cultura y las costumbres influyen en esta clase de problemas.

- Las mujeres de nuestra sociedad son muy reservadas con respecto a la sexualidad ya que nuestra cultura todavía no se explora este tipo de problemática existente. Del 100% de las mujeres encuestadas el 70% son maltratadas por su

pareja y padecen algún tipo de patología sexual siendo las más frecuentes el desinterés por el sexo y el trastorno orgánico con un 23,29%, como lo demuestra el cuadro N: 9, gráfico N: 9, anexo 2. Es evidente que existe un desconocimiento de los tipos de trastornos sexuales existen y las dificultades que estos producen al momento de tener relaciones sexuales, en varios casos las mujeres no saben que tienen un trastorno sexual, por lo que con tiempo la sintomatología se va desarrollando, las consecuencias que se producen dentro de la relación de pareja van desde la separación, la degradación, deshonra y baja autoestima de la mujer. Asimismo la mujer al no ser tratada por un profesional de la salud comienza a somatizar el problema, presentando sin ningún motivo síntomas fisiológicos como dolores de cabeza, dolores del cuerpo y agotamiento.

Tema: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS INTERRELACIONES DE PAREJA.

Estudio realizado en 25 parejas de padres de familia del Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad, en mayo y junio del 2012 a partir de la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y Albert Ellis.

Autores:

Pamela Betsabé Castellanos Saigua

Carla Fernanda Estrella Armendáriz

Conclusiones:

a. En el 44% de las parejas, ambos miembros presentaron ansiedad (moderada, severa) y/o depresión (moderada, grave) y además manifestaron tener algún nivel

de conflicto. Entonces, la ansiedad y la depresión influirían en que las parejas fueran más propensas a desarrollar conflictos. Según Ellis, las personas que presentan perturbaciones emocionales, sufren una alteración en sus esquemas cognitivos, como son las ideas irracionales o pensamientos negativistas, de tal manera que dificulta pensar y actuar de manera adecuada dentro de la relación de pareja.

b. El aporte científico de la terapia cognitiva resultó útil para comprender y abordar los problemas de pareja. Los autores consultados explican que los episodios o trastornos de ansiedad y/o depresión mejoran debido a que se orienta a producir cambios en los sistemas mentales, en relación a los esquemas que tienen de sí mismos y de su entorno. Además, pudimos comprender que la utilización de estrategias, como la reestructuración cognitiva; facilitaría que las parejas comprendan mejor sus interrelaciones.

c. Este estudio, desarrollado como una aplicación controlada desde un enfoque teórico de los instrumentos aplicados, permitió una experiencia interdisciplinaria que a su vez fortaleció una construcción interesante de herramientas mentales para que las parejas puedan modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva y también afrontar futuros problemas con una modificación esquemática de sus pensamientos y por ende de su conducta.

d. En el proceso de estudio, se evidenció la necesidad de que las personas busquen ayuda profesional psicológica, en lugar de solo asistencia médica, debido a que se comprueba que los signos físicos de la ansiedad y depresión, no suelen ser identificados directamente como indicadores de un trastorno emocional, sino más bien se tratan aisladamente como signos de enfermedades o malestares físicos.

e. En cuanto a los signos de un trastorno frente al otro, las parejas del estudio refieren sentir más signos relativos a la depresión que a la ansiedad. Así, las personas manifiestan la presencia significativa de solo 4 de 21 signos en el Inventario de Ansiedad, mientras que en el Inventario de Depresión manifiestan la presencia de 11 de 21 signos. Esto podría deberse a que los signos de ansiedad serían vivenciados más como de la cotidianidad relacionado con el estar alerta frente a condiciones adversas. Además que los estudios sostienen que la depresión se presenta con más frecuencia que la ansiedad.

f. Los signos evidenciados más relevantes del grupo de estudio en el Inventario de Ansiedad son: oleadas de calor o bochornos, mareo o ligereza de la cabeza, nerviosismo e indigestión y molestias abdominales. Mientras que en el Inventario de Depresión son los relacionados a: tristeza, placer, culpabilidad, autocrítica, llanto, estar inquieto o agotado, dificultad para tomar decisiones, disminución de la energía, cambios en patrón de sueño, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse. Poniéndose de manifiesto aquellos que se refieren a la ansiedad como sin molestias significativas mientras que los de depresión aparecen como relevantes.

g. Los cambios en los roles y las dinámicas dentro de la pareja han permitido que el ejercicio de poder y la dominancia de la relación sea un asunto que ya no corresponde solamente al hombre; sino que, dependiendo de la pareja y el escenario se presenta dominio o poder del uno sobre el otro y viceversa, debido a que las estructuras cognitivas cambian de acuerdo a la situación que atraviesa la pareja.

h. Tanto los hombres como las mujeres que presentaron algún nivel de depresión también mostraron uno o varios signos de ansiedad, por lo tanto se comprueba que

ambos son trastornos que se correlacionan, pues, en ocasiones los hechos que viven los sujetos implican situaciones de amenaza y pérdida a la vez, lo que lleva a la activación de los dos sistemas, tanto de alerta (ansiedad) como de conservación de energía (depresión) con diferentes posibilidades de combinación.

i. El 88% de la muestra presenta un nivel de ansiedad baja lo que coincidiría con la afirmación de Ellis que sostiene que todas las personas necesitan un cierto nivel de ansiedad necesario para la supervivencia (ansiedad sana). El 8% de casos de ansiedad se dan en el grupo de hombres. Los pocos casos de ansiedad severa corresponden al grupo de mujeres, que sería el 4%.

j. El 62% de la muestra presenta depresión, mientras que el 12% presenta ansiedad; en tal virtud los casos de depresión son mayores que los casos de ansiedad; y de las 12 personas que presentan depresión (moderada, grave), el 67% pertenece al grupo de mujeres, lo cual coincide con las estadísticas que indican que en general la incidencia es mayor en este género.

Tema: Estudio del perfil psicológico de Víctimas que asisten a la Comisaría Segunda de la Mujer y la Familia de la Ciudad de Quito.

Autor:

Gómez Coronel María Belén

Conclusiones:

- La violencia hacia la mujer no distingue raza, color y condición social, es por ello que la violencia implica un problema social que genera efectos negativos tanto a la persona que la padece como su entorno, generando en ellos, deterioro del YO, ansiedades, pérdida de la voluntad también sentimientos de culpa, vergüenza y dependencia emocional, entre otras.
- Cuando se investiga o se trabaja con mujeres o varones se debe analizar desde el género para no pasar por alto los aspectos culturales o históricos de cada individuo, y no solo estudiar lo heterogéneo del ser humano.
- La violencia suele ser justificada por el victimario o por la propia sociedad diciendo: “ellas se lo merecen, ellas les gusta que le peguen”, interpretando la mujer que el maltrato que reciben es justificable, y a la vez se sienten culpables porque siempre ellas van hacer las únicas responsables del maltrato. Por esta razón se debe romper las creencias sociales para que la violencia no sea vista como normal o justificable.
- La violencia psicológica, física y sexual, suele tener repercusiones severas a largo plazo en la víctima como: trastornos de personalidad, trastornos del ánimo, trastornos del sueño y de alimentación.
- Es importante la ayuda legal ya que resguarda la seguridad de la agredida como de su familia, por ello las instituciones que amparara las víctimas de violencia no deben convertirse en un centro donde también las víctimas se sientan violentadas. Por esta causa las instituciones que trabajan con violencia, su personal debe ser atendido.
- En algunos casos la prolongación de violencia física tanto a la víctima como a su hijos puede ser un detonante para la ruptura de la relación y la búsqueda de un

apoyo legal, sin embargo cuando existe mayor violencia psicológica que la física se busca una orientación y/o apoyo psicológico para restaurar los vínculos afectivos.

- Las víctimas poseen un beneficio secundario, por lo que es difícil romper este rol.

- El presente perfil psicológico no da cuenta de una exactitud o permanencia ya que influencia el tiempo y la individualidad de cada sujeto. Es así que se trató de dar un posible perfil psicosociales de mujeres víctimas de violencia.

- La investigación permitió realizar un aporte a la clínica desde otra mirada: dejando a un lado el ámbito hospitalario para analizar desde una perspectiva diferente de investigación, esto es, una institución de la comunidad, como es la Comisaría de la Mujer. Contexto que además, requiere desarrollar una intervención específica desde lo psicológico y no solo desde lo legal.

- La mayoría de las mujeres víctimas sus madres han sufrido algún tipo de maltrato siendo ellas las portadoras del aprendizaje de violencia, es por ello que existe una continuación o repetición en sus hijos ya que ellos inconscientemente reproducen los modelos de parejas de sus padres porque no saben otro más. Sin duda es vital importancia romper estas cadenas para así evitar, laceraciones, abusos e incluso muertes.

2.1.1 FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico- propositivo como una alternativa para la investigación psicosocial, fomentando el cambio de esquemas sociales y esquemas cognitivos.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando la investigación no solo se va a detener en la observación de la problemática sino que plantea alternativas de solución ayudando así a la interpretación y comprensión de los fenómenos involucrados en la problemática planteada.

Se buscara la interrelación de las variables y buscar una adecuada interacción para que la investigación pueda generar cambios profundos comprometiéndonos con los seres humanos involucrados en esta y para su crecimiento personal.

2.1.2 EPISTEMOLÓGICA

La violencia ha sido y será un tema que ya existía en nuestros primeros ancestro por lo cual sus variables aún más la violencia de pareja existiendo así un sin número de teorías las mismas que a lo largo de la investigación nos irán orientando positivamente en el conocimiento y así poder ir más allá de buscar información ayudando en la transformación de los sujetos de la investigación.

2.1.3 ONTOLÓGICA

El riesgo de violencia de pareja y por ende la misma violencia intrafamiliar podemos definir como un retraso en los valores de nuestra cultura ya que empezamos dejando a un lado los valores adquiridos en el transcurso de nuestras vidas para violentar los derechos de otros es por esto que el nivel cultural es sumamente importante al momento de abordar nuestra investigación.

2.1.4 SOCIOLÓGICA

La violencia de pareja es una problemática social muchas de las veces aceptadas y normalizada en nuestra sociedad, por lo mismo las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar no buscan ayuda ya que en su mapa cognoscitivo se encuentra como algo “normal” dentro de su hogar haciendo así que la problemática vaya en aumento creando varias consecuencias negativas en su autoestima. Uno de los factores determinantes para la violencia intrafamiliar es que aún en nuestro tiempo existe el llamado machismo haciendo que la mujer sea socialmente vista menos que el hombre.

2.1.5 PSICOLÓGICA

El riesgo de violencia de pareja y la depresión son temas incluidos en el estudio de la Psicología Clínica, ya que se manifiesta que la violencia puede ser producto de conductas aprendidas, como también los factores psicológicos individuales.

Muchos autores manifiestan que las principales causas para que se de la violencia de pareja puede ser que el agresor tenga bajo control de impulsos, deficiencia de carencia afectiva y dificultad para resolver problemas asertivamente.

Frecuente las mujeres en peligro de violencia de pareja que conviven con el agresor tienen un alto impacto psicológico ya que estos utilizan estrategias cognitivas, distorsionando la realidad haciendo que estas pierdan el control y equilibrio en su salud mental y así seguir sometiéndolas y manteniendo la relación

maltratante; es por esto que la problemática de la violencia intrafamiliar debe ser tratada multidisciplinaria y está altamente involucrada con el aspecto psicológico.

Es necesario dar a conocer a las mujeres dentro de este vínculo maltratante que existe pensamientos disfuncionales en éstas los mismos que pueden llegar a terminar con su vida.

Por lo cual es imprescindible la evaluación, el diagnóstico y la utilización de técnicas psicoterapéuticas, bajo un modelo de terapia cognitiva conductual, la misma que nos ayudará con sus diferentes herramientas a incorporar a las mujeres a la sociedad como un ente positivo.

2.2 ASPECTO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

PARÁGRAFO PRIMERO

Delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar

Artículo 155.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- Se considera violencia toda acción 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.

Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.

Artículo 156.- Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio.

Artículo 157.- Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de la siguiente manera:

1. Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos, somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.

2. Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento

de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a un año.

3. Si causa un daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

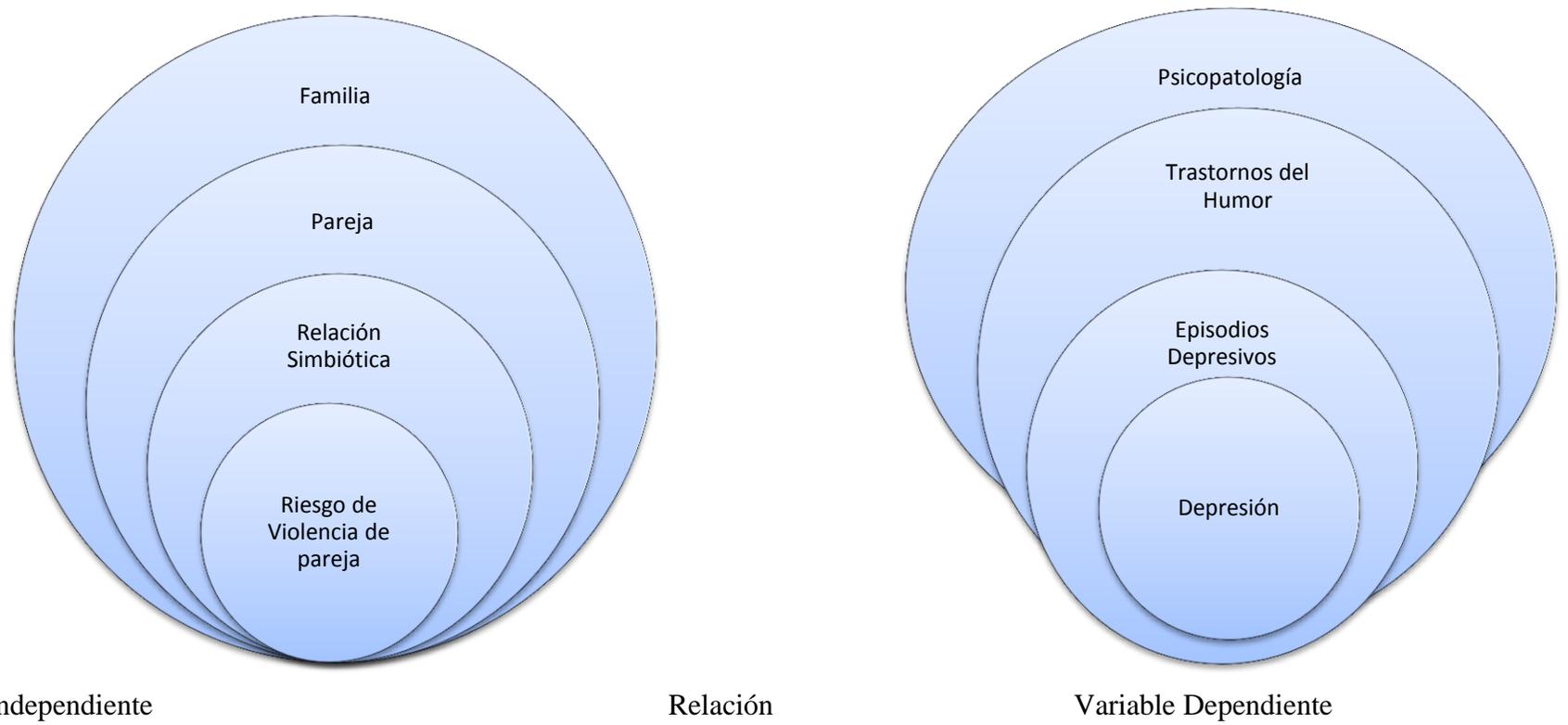
Artículo 158.- Violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Contravención de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar

Artículo 159.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que hiera, lesione o golpee a la mujer o miembros del núcleo familiar, causándole lesiones o incapacidad que no pase de tres días, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a treinta días. (Función Judicial, 2014).

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



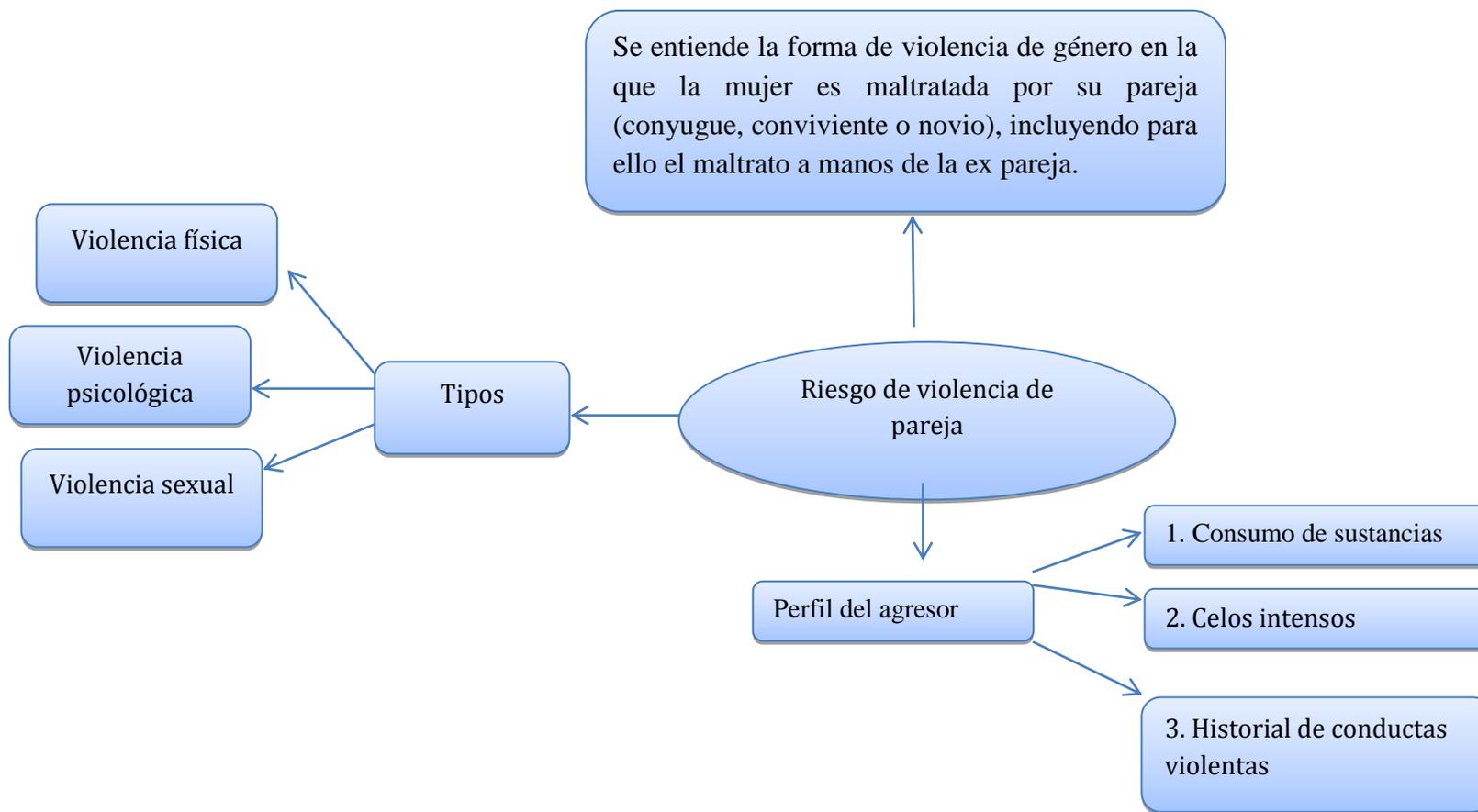
Variable independiente

Relación

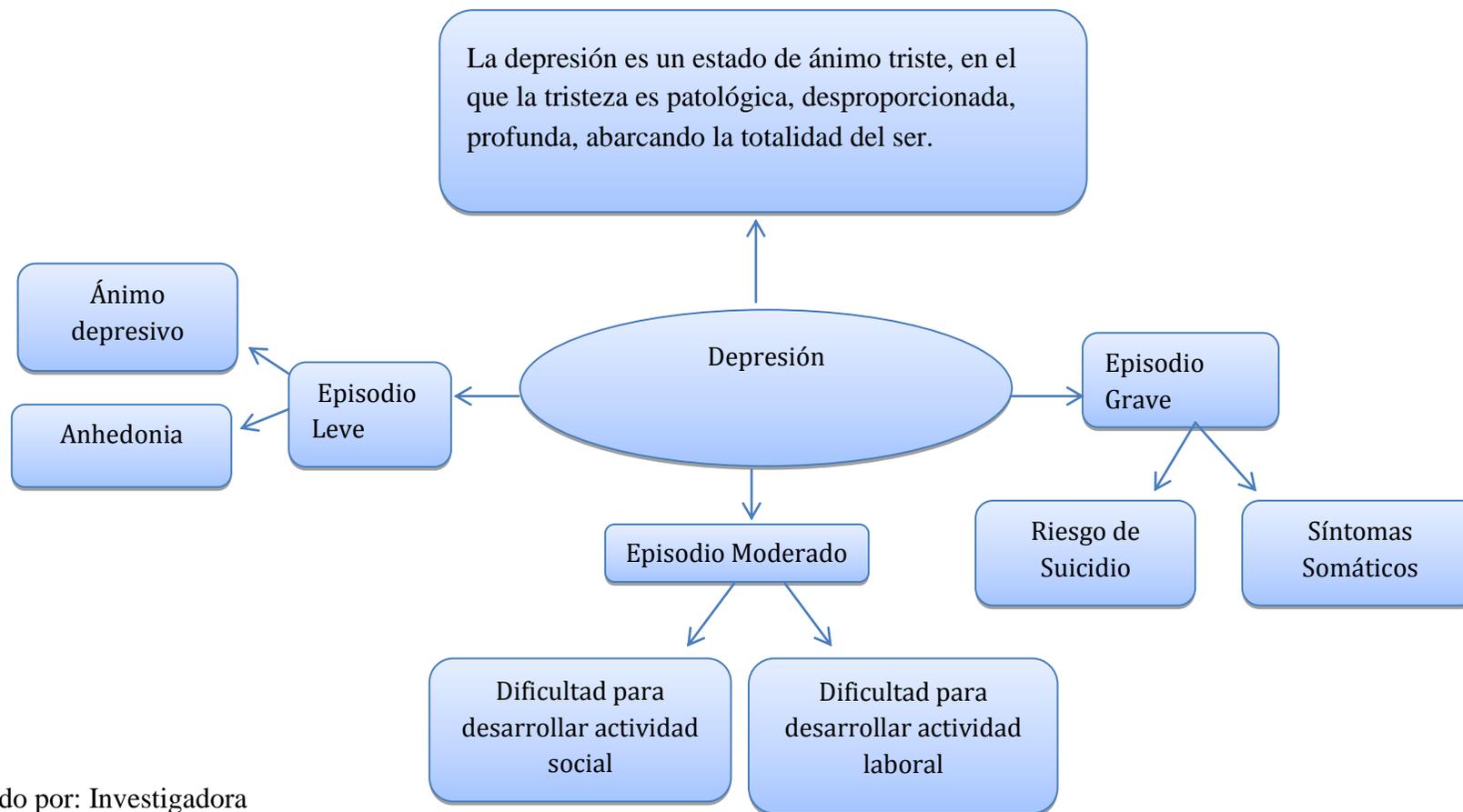
Variable Dependiente

Grafico No. 2

Fuente: Investigadora Elaboración: Investigadora



Elaborado por: Investigadora



Elaborado por: Investigadora

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

2.4.1.1 FAMILIA

Para Natalia Consuegra (2010), Diccionario de Psicología; define a la familia “como el sostén de la organización social, unidad primaria de interacción que se establece sobre la base de su interjuego de roles diferenciados. Además, como estructura social básica, la familia es el modelo natural de toda situación grupal”.

Para la autora Natalia Consuegra la familia establece la primera interacción social siendo esta una base para una organización social demostrando las diferentes interacciones naturalmente dentro de un grupo y con diferentes roles.

“El desarrollo familiar, está centrado en la familia nuclear, pero en la actualidad esta estructura familiar no es la más común. En las familias donde existe un padrastro o madrastra puede mezclarse o confundirse las etapas del ciclo vital tradicional. Una pareja recién conformada, puede estar pasando por la etapa del noviazgo, la fase romántica, y al mismo tiempo tener que ocuparse de la relación de los hijos adolescentes habidos en el antiguo matrimonio por parte del uno o de las dos partes. También se puede decir que existe el peligro de ignorar las diferentes definiciones de las sociedades modernas, relativas a las diversas formas de vida familiar, es probable que algunas personas adultas elijan vivir con una familia monoparental, o estar en una comuna, pero este tipo de elección no esta tan fácilmente al alcance de los hijos” (Castaeda, 2005).

Bernal (2003), en la publicación la familia en la determinación de la salud dice que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

La familia en todo contexto de la vida del individuo es el principal sostén siendo así un eje fundamental en las problemáticas existentes a lo largo de la vida de sus integrantes; logrando restablecer el equilibrio si éstos están en un correcto funcionamiento.

Según Adell (2002), La familia es "la organización social más elemental en donde se establecen las primeras relaciones de aprendizaje social, se conforman las pautas de comportamiento y se inicia el desarrollo de la personalidad del hijo". Adell habla más bien en la familia del primer nivel de aprendizaje siendo este uno de los principales modelos de comportamiento social y logrando establecer los primeros rasgos de la personalidad de sus integrantes.

La familia es un sistema natural y evolutivo que se caracteriza por ser "un conjunto de personas que interactúan en la vida cotidiana para preservar su supervivencia". Esto de acuerdo al "grado en el que se considere a la familia como un agente social activo o pasivo, si su papel es activo, se definirá como casual de cambios en otros aspectos de la estructura social y si se trata de ser pasivo, la familia será fuente de la incidencia de otras instituciones". (Hernández, 1998).

En esta definición se toma en cuenta que la familia puede ser un agente social activo o pasivo según el autor (Hernández) la familia cuando es un agente activo

lograra intervenir dentro de la sociedad mientras que si es pasivo su papel será netamente de supervivencia es decir de prolongar o formar nuevas familias.

Las diferentes definiciones coinciden que la familia es la base social de todo individuo, siendo está el primer nivel de aprendizaje, esperando en esta una fuente de amor, bienestar y apoyo pero en ocasiones también son las productoras de malestar, provocando desequilibrios dentro en los integrantes de esta.

La tarea primordial de la familia, consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes ante la sociedad, formar nuevas familias y repetir el proceso del ciclo vital.

Las familias con el pasar del tiempo cambian por lo cual cada una de estas son diferentes y tienen su propia funcionalidad atravesando por ciclos los mismos que ayudarán a interrelacionarse entre cada uno de sus integrantes, estableciendo reglas y funciones.

Balarezo (2003), hace referencia a los tipos de familia que se originan en base a las relaciones y lazos que los unen, de acuerdo a esto indica que la familia como estructura pasa por una evolución histórica para conformarse como un sistema. En base a este punto y haciendo un resumen sobre lo expuesto por el autor se distinguen los siguientes tipos de familias:

a) Familia nuclear:

Aquí se ubican padre, madre e hijos.

b) Familia Extendida:

Conlleva la conjugación de tres niveles de generaciones; hijos, padres y abuelos; adicionalmente se pueden integrar miembros que tienen lazos de consanguinidad como pueden ser tíos, primos u otros familiares que guarden un vínculo familiar.

En este ambiente familiar puede existir mayor posibilidad de conflicto correspondiendo al desarrollo de la amplia flexibilidad que lo caracteriza.

c) Familias de un solo padre:

En este tipo se observa la presencia única de uno de los progenitor es, sin embargo, este tipo de familia desarrolla sus propias cualidades que lo identifican, lo cual hace que sea un sistema con su propia particularidad dando la imposibilidad de considerarlo en términos de exclusión en referencia a otros sistemas, puesto que las condiciones contextuales son independientes

d) Familia mezclada:

Conforma el escenario donde existe padrastro o madrastra, con la presencia o no de hijos provenientes de otros lazos de unión.

Este ambiente sugiere adecuada adaptación para un desarrollo óptimo.

e) Familia fuera de control:

Constituye el entorno que se encuentra determinado por un gran índice de conflictividad, con la presencia común de dificultades en la comunicación y organización que ocurre entre los miembros que componen el sistema es sus distintos niveles de relación.

Como manifiesta Balarezo existen diferentes tipos de familias clasificadas por la presencia o no de algunos miembros y con características propias; según el autor algunas de estas familias son más propensas a desarrollar conflictos por su estructura; siendo esto solo un factor de riesgo más no un factor predominante ya que las problemáticas pueden estar presentes en todos los tipos de familias sin excepción.

Estévez y Jiménez (2012), señalan que en las últimas décadas coexiste una mayor diversidad de formas familiares destacando en el siguiente esquema de las principales estructuras familiares actuales:

Tipología familiar actual

- Familias nucleares

Está compuesta por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos. En general, este tipo de familia sigue siendo el más habitual, aunque son cada menos los que optan por este modelo de familia.

- Familias nucleares simples

Están formadas por una pareja sin hijos.

- Familias en cohabitación

Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. Las parejas de hecho o unión libre se consideran dentro de este grupo, cada vez más frecuentes, especialmente entre los jóvenes. En algunas ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio; en otras, las parejas eligen esta opción para su unión permanente.

- Hogares unipersonales

Hogares formados por una sola persona, mujer o varón, ya sea joven (normalmente solteros), adulta (generalmente separados o divorciados), anciana (frecuentemente viudas).

- Familias monoparentales

Están constituidas por un padre o una madre que no vive en pareja y vive al menos con un hijo menor de dieciocho años. Puede vivir o no con otras personas (abuelos, hermanos, amigos).

- Familias reconstituidas

Se trata de la unión familiar que, después de una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y el

nuevo cónyuge (y sus hijos si los hubiere). Es el tercer tipo de familia más frecuente.

- Familias con hijos adoptivos

Son familias, con hijos naturales o sin ellos, que han adoptado uno o más hijos. Pueden ser familias de cualquiera de los tipos anteriores.

- Familias biparentales

Están constituidas por parejas del mismo sexo: dos hombres o dos mujeres. Desde 2005 la ley permite en España que se constituyan también en matrimonio legal. También existe esta legalización del matrimonio homosexual en otros países de Europa como Islandia, Suecia, Noruega, Países Bajos, Bélgica y Portugal. En algunos países latinoamericanos como Ecuador y Colombia o diferentes regiones de México y Brasil, se reconoce la unión civil homosexual aunque no el matrimonio. La pareja puede vivir sola, con hijos propios o adoptados, o concebidos a partir de métodos de fecundación artificial o a través de las vías alternativas.

- Familias polinucleares

Padres o madres de familia que debe atender económicamente, además de su actual hogar, algún hogar monoparental dejado tras el divorcio o la separación, o a hijos tenidos fuera del matrimonio.

- Familias extensas

Son las familias que abarcan tres o más generaciones y están formadas por padres e hijos, los abuelos, los tíos y los primos. Subsisten especialmente en ámbitos rurales, aunque van perdiendo progresivamente relevancia social en los contextos urbanos.

- Familias extensas amplias o familias compuestas

Están integradas por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.

- Familia translocal:

Familias en las que uno o varios de sus miembros residen en otro lugar y cuya creciente visibilidad en el mundo actual se ha visto unida a los recientes procesos migratorios y en las que las dinámicas de vida familiar se sostienen en la distancia gracias a los nuevos medios de comunicación.

Estévez y Jiménez (2012).

En la clasificación dada por Estévez y Jiménez se incluyen tipos de familias que en la actualidad son reconocidas por el estado y la sociedad como es la biparental conformada con padres del mismo sexo y un hijo ya sea este propio o adoptado ya que en algunos países existe la posibilidad de hacerlo dejando en claro que este no es el caso en Ecuador, otro de los nuevos tipos es la translocal, siendo esta una realidad existente en nuestro país ya que con la migración muchos de los hogares se ven desintegrados y con la necesidad de establecer un nuevo vínculo de comunicación.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Musitu y Cava (2001) sugieren que en nuestra sociedad se espera que la familia, al menos la unión denominada nuclear, cumpla las funciones de compañía, actividad sexual, apoyo mutuo, educación y cuidado de los hijos.

En esta línea, Montoro (2004) afirma que la familia sigue siendo la única institución que cumple simultáneamente varias funciones claves para la vida de la persona y también para la vida en sociedad. Se trata de funciones que ninguna otra institución social es capaz de aglutinar y desempeñar simultáneamente. El grupo familiar, por tanto, economiza muchos medios y recursos, ordena y regula:

1. la conducta sexual, a través de una serie de normas y reglas de comportamiento, como la prohibición de incesto y la sanción del adulterio
2. la reproducción de la especie con eficacia y funcionalidad,
3. los comportamientos económicos básicos y más elementales, desde la alimentación hasta la producción y el consumo,
4. la educación de los hijos, sobre todo en las edades más tempranas y difíciles,
5. los afectos y los sentimientos, a través de la expresión íntima y auténtica de los mismos.

Las funciones de una familia está basada en cubrir las necesidades del individuo sea este en edades tempranas o adultas ya que la relación familiar se ve involucrada muchos aspectos importante del aprendizaje primario de las personas que va desde el comportamiento hasta cubrir las necesidades más básicas de estas y puede ser un ejemplo la alimentación de este.

Una de las funciones, más relevantes y significativas es la socialización, que se define como el proceso mediante el cual las personas adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados en la sociedad a la que pertenecemos (Navarro, Musitu y Herrero, 2007).

Según los autores Navarro, Musitu y Herrero, la función familiar más relevante es la de socialización siendo este un proceso de aprendizaje de normas para el comportamiento apropiado.

A través de la familia las personas aprendemos los códigos de conducta de una sociedad determinada, nos adaptamos a ellos y los cumplimos para el buen funcionamiento social (Paterna, Martínez y Vera, 2003).

La función familiar es un proceso en donde aprendemos la conducta de una sociedad para poder ser incluida a esta y buscar la aceptación, siendo lo más

propicio un correcto desempeño social con el aprendizaje dentro de la familia lograr evaluar nuestro accionar.

Cuando las familias no pueden cumplir adecuadamente con sus funciones emocionales se generan rasgos de conductas que dificultan o impiden el desarrollo de una personalidad armónica y son fuente de diversos tipos de patología o desequilibrio tanto de tipo psicológico como biológico y fisiológico. (Amar J, Abello R, Kotliarenco M., 2004).

2.4.1.2 PAREJA

Jubes (2008) define a la pareja como: “Dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social”

Según Jubes la pareja está conformada por dos personas las mismas que tiene un proyecto en común esta definición es una de las más comunes en nuestra sociedad ya que una pareja se vincula para poder lograr una serie de objetivos en común siendo cada uno un apoyo fundamental para el otro.

La relación de pareja es, un campo interpersonal al interno del cual se pueden producir intimidad, comprensión, apoyo, complicidad, pasión, permitiendo el crecimiento personal y el acceso a los aspectos innovadores de las relaciones, o bien, dar lugar a la incomunicación, violaciones, desilusiones, violencia, provocando una parálisis que impide la evolución (F. Monguzzi, 2001).

Monguzzi hace referencia al hablar de pareja que cuando existe una relación de complicidad y comprensión individualmente puede crecer mientras que las parejas

que no tienen una buena relación existe una involución personal, haciendo que individualmente ninguna de las dos partes obtenga un crecimiento personal.

Según Giddens (2000), la pareja se convierte en una unidad basada en la comunicación emocional e intimidad, y dicha comunicación constituye el vínculo y el motivo principal de su continuación.

Para Giddens la pareja basa su funcionalidad en la comunicación siendo esta el principal motivo para que la pareja continúe con esta relación si no existiera la comunicación no podría existir la pareja.

Puget y Berenstein (2005), definen la relación de pareja como una conexión o correspondencia en una estructura vincular de dos personas de distinto sexo cuyos parámetros definitorios son:

Cotidianeidad: que se designa como la estabilidad basada en una unidad temporal y espacial caracterizada por los intercambios diarios.

Proyecto vital compartido: es la realización o logros ubicados en la dimensión de tiempo futuro.

Relaciones sexuales: son la necesidad de un otro que está ligada a la aceptación de incompletud o tendencia monogámica, ligamen matrimonial con un solo cónyuge.

Cuando se hable de pareja se puede manifestar que es la unión consentida de dos personas las mismas que buscan un objetivo común. Las relaciones que generalmente o clásicamente se encuentran constituidas son las de hombre y mujer, pero hoy en día existen y están legalmente ya formadas y tomadas dentro de nuestra constitución son las parejas homosexuales o del mismo sexo.

Tomando en cuenta las diferentes definiciones de autores la palabra pareja se puede resumir que es una unión de dos personas con características individuales e intereses en común y un proyecto de vida a futuro, logrando establecer una adecuada comunicación con la evolución de la relación.

Se habla que las parejas pasan por algunas etapas las mismas que son necesarias para la evolución de éstas ya que con el pasar del tiempo existen una serie de cambios dentro de la misma a continuación se explicará el ciclo vital de una pareja según algunos autores.

Las etapas del ciclo vital

De acuerdo con algunos autores (Díaz, 2003), las parejas, a lo largo de su ciclo vital, pasan por una serie de etapas.

La primera fase es la de luna de miel. En ella se idealiza a la pareja, no se reconocen los defectos mutuos y parece que todo marcha sobre ruedas. Ambos creen compenetrarse de forma perfecta y esperan permanecer alejados del conflicto permanentemente. Esta precepción en parte es promovida porque se ponen en marcha mecanismos de autopresentación en los que cada uno de los miembros de la pareja da ante el otro su mejor cara, por una interacción que en muchos casos se restringe únicamente a ámbitos positivos (p.e. ocio) y por el propio deseo de cada uno de haber encontrado un compañero o compañera ideal, que hace pasar por alto rasgos potencialmente negativos.

Barder y Pearson (1998), definen la luna de miel como una etapa de enamoramiento mutuo y de interdependencia. La conexión es profunda y difusa hasta el punto que parece que no haya diferenciación entre los miembros de la pareja. Se desarrolla el apoyo incondicional, la intimidad y la comunicación cómplice. El compromiso es cada vez más intenso y se fantasea con la realización

de una gran cantidad de planes y proyectos compartidos. Es una fase natural dentro del ciclo de pareja.

La segunda fase es la etapa de adaptación y ajuste de expectativas. Gracias a la convivencia con el otro se emprende un proceso de adaptación en el que se ponen en marcha estrategias de acomodación y asimilación. A través de él, los miembros de la pareja van volviéndose menos interdependientes y empiezan a asumir roles independientes. No sólo se busca satisfacer las expectativas de la pareja como conjunto; cada uno quiere tener su propio espacio. En este proceso pueden darse conflictos, sobre todo si uno de los miembros todavía sigue en la fase de luna de miel. Descubrir nuevas formas de comunicación y dejar espacio a la individualidad son características que fortalecen la relación en este momento del ciclo vital compartido.

La tercera fase, la de lucha por el poder, se caracteriza porque cada miembro de la pareja quiere gozar de libertad y asumir sus propias responsabilidades. Bader y Person (1998) afirman que, en esta fase, la pareja entra en un proceso dual en el que los dos quieren ganar. El interés que guía la conducta es más individual que colectivo. Se miden fuerzas y se busca estar un poco más arriba que el otro. Es una fase que requiere de flexibilidad y, al mismo tiempo, comprensión. La búsqueda del equilibrio debe ser una constante para que la tensión disminuya.

Una vez superada la fase de lucha por el poder, según Díaz (2003), llegamos a **la etapa intermedia o de interdependencia.** En este momento es frecuente que las tensiones acumuladas y los conflictos no resueltos salgan a la luz y aparezcan conflictos y discusiones. Es un periodo en el que una separación temporal puede ayudar a comprender si realmente la relación de pareja que se lleva es la que se desea. Si se supera con éxito se fortalece el compromiso, la intimidad y los lazos afectivos.

En este caso, se llega a **la etapa de crecimiento mutuo**. La pareja empieza a reconocer la importancia de la individualidad y se aceptan las diferencias. Es un momento de crecimiento personal para cada una de las partes que va fortaleciendo la convivencia diaria. Estar con el otro se convierte en una opción que la persona escoge de forma libre y espontánea. Prevalcen el compromiso y la responsabilidad.

La última etapa es la de aceptación mutua y reconciliación. Campbell (1980), sitúa en ella el manejo de técnicas de afrontamiento consolidadas. La comunicación es fuerte y se aprende a vivir con las diferencias, buscando espacios en común y aceptando las limitaciones mutuas. Todo esto hace que la relación crezca y se fortalezca. La etapa de aceptación mutua coincide con los procesos de jubilación y madurez. En esta línea Duval (1967), defiende que esta etapa se caracteriza por la comprensión total de la individualidad y por la necesidad de compartir con el otro, cosa que genera altos niveles de satisfacción en general. Es una época donde se reconocen y se aceptan las limitaciones personales y las del otro. No se pretende, pues, cambiar al otro. Es una etapa de ensanchamiento y simbiosis perfecta entre libertad y autonomía total. Al mismo tiempo, no obstante, se mantiene una intimidad y un compromiso permanente. Minuchin y Fishman (1997), defienden que la pareja, en vez de pasar por diferentes estadios en los que permanece durante cierto tiempo, está en continua transformación. Estos cambios permanentes se ven reflejados en el sistema familiar y, a pesar de que se dan en el aquí y en el ahora, tienen consecuencias futuras, e influyen en la consolidación o no de la familia y en la manera de afrontar las crisis evolutivas. El desarrollo, pues, se produce de forma compleja y creciente en los sistemas familiares.

Según Díaz (2003), estas crisis y conflictos que llevan a la alteración del ciclo vital de la pareja se pueden deber a nivel clínico a dos motivos:

- El resurgimiento de conflictos, a nivel individual o de pareja, que no fueron resueltos en su debido momento.

- La estructura de personalidad y sus diferentes matices.

Es importante tomar en cuenta que las parejas atraviesan por diferentes etapas las mismas que están conformadas por crisis o conflictos no resueltos muchas de las veces por uno de los integrantes de esta los mismos que afectan al vínculo existente; siendo también la personalidad de cada uno de la pareja otro factor determinante dentro de la funcionalidad de está.

Todas las parejas atraviesan por crisis y con estas experimentan un cambio el cual muchas de las veces fortalece la relación, pero en ocasiones estas crisis dan paso a problemáticas mucho más fuertes como es la de la violencia de pareja.

2.4.1.3 RELACIÓN SIMBIÓTICA

Sin embargo no todas las relaciones que establecemos son sanas, también existen de otro tipo y son nocivas y limitan nuestro desarrollo personal y se conocen como relaciones simbióticas.

En estas relaciones uno de los miembros deja de tener vida propia para fundirse simbióticamente con el otro; es decir, vive a través de un familiar, una pareja o bien un amigo. Estas relaciones son dañinas, las personas que entablan este tipo de vínculos generan un vacío en sus vidas, llenándolo con la presencia real o imaginaria de otra persona; “viviendo” por un lado una cómoda situación de no asumir responsabilidad en sus propios actos, evitando tomar rienda de su vida, pero por otro lado ser sombra de otras personas, pierden la oportunidad de construir con libertad su propia identidad y se sienten fracasados y vacíos (Andruz, 2010).

En este concepto se describe a una relación simbiótica como una relación de pareja no sana ya que las personas en estos casos las mujeres viven a través de los sueños, metas y aspiraciones de su pareja; haciendo que éstas se sientan desvalorizadas por sus parejas.

El concepto de simbiosis es central en la teoría de (Margaret Mahler, 1997) para describir un modo de relación en que la diferenciación entre uno y otro no existe, así como para describir una fantasía de fusión con el otro. El desarrollo psicológico comporta el proceso de diferenciación, a partir de esa situación simbiótica inicial, que sería normal en el inicio de la vida.

(Serrano, 2003). En la relación simbiótica están en unión las dos estructuras individuales se van fagocitando, de manera que se pierde la identidad individual, existiendo y permaneciendo solamente la del sistema. Hay una gran dependencia de una persona con la otra. La sensación de soledad es insoportable, no se toleran espacios vacíos y la responsabilidad pasa a ser prácticamente compartida del todo. Estas parejas pueden ser casi eternas, se acaban cuando uno de los miembros muere, se enferma o tiene algún problema.

Según Serrano las parejas simbióticas logran establecer relaciones muy fuertes las mismas que si existe el mismo nivel de dependencia pueden coexistir por un largo tiempo incluso sus separaciones se darían solo en circunstancias sumamente extremas como puede ser la muerte de uno; haciendo que la separación sea sumamente dolorosa.

La primera relación simbiótica que experimenta todo ser humano, es ese vínculo o relación simbiótica madre - hijo(a), en el cual el niño no tiene conciencia aún de su propio Yo, no hay una diferenciación aún de su Yo y su no-Yo (Bleger, 1984).

Bleger, en su definición habla de que todos los seres humanos pasamos por una relación simbiótica siendo esta la relación de madre e hijos en los primeros años de vida, tomando en cuenta que aquí todavía el ser humano no tiene conciencia de esto.

La simbiosis amorosa se produce entre dos personas inmaduras. La inmadurez la defino como la incapacidad de valerse por sí mismo, desvincularse de la familia de origen y asumir responsabilidades sociales. Gikovate asocia la simbiosis al encuentro de dos seres incompletos, el amor en cambio, sólo es posible entre dos personas completas.

Pinto,B. (2009). Las Etapas del Amor. Menciona que existen dos tipos de simbiosis:

1. La simbiosis simétrica la cual ocurre cuando los dos miembros de la pareja tratan de igualar su misma conducta haciendo así que si el un miembro de la pareja da el otro devuelve en la misma proporción.

La simetría puede ser positiva si lo que se entrega es beneficioso para el otro como puede ser besos, es decir afecto mientras que si la entrega es negativa es totalmente perjudicial en el caso de golpes, insultos. Provocando situaciones que seguirán perpetuando las conductas simétricas.

2. La simbiosis complementaria, es en donde uno de los miembros de la pareja es el que domina y el otro es el dominado; aquí existe una dependencia por parte de los dos ya que no puede existir una persona que mande sin la otra que obedezca.

Los dos buscan mantener la conducta, puede existir el intercambio de roles pero seguirán en el círculo simbiótico.

Etiología

Pinto en el mismo artículo habla acerca de la etiología de la simbiosis y menciona que existen seis posibles factores los cuales intervienen en la aparición de esta los cuales a continuación se los expondrá:

a) La Familia hiperprotectora: en la cual los adultos tratan de hacer más fácil la vida de los niños tratando de evitarles las dificultades e inconvenientes, terminando por hacer las cosas en lugar de estos, estableciendo así una unión ansiosa e insegura creando en estos la necesidad de estar siempre protegidos sin poder desvincularse del agente protector y teniendo el sentimiento de invalidez; es por esto que en la adultez se produce la simbiosis cuando encuentran una persona con la cual se siente protegidos.

b) Las familias sacrificantes: las familias sacrificantes las cuales se caracterizan por el sacrificio que deben hacer para ser aceptados dentro de éstas; los deseos personales no se satisfacen creando una persona que solo cubre las necesidades de los demás y no las propias. El mandato familiar es que los padres se sacrifican por los hijos y éstos deberán hacerlo por sus padres. Es inaceptable la desvinculación de los hijos porque deben cuidar de sus padres. La simbiosis ocurre cuando la persona encuentra alguien que le ofrece la oportunidad de cambiar de objeto de sacrificio: en vez de sacrificarse por sus padres deberá sacrificarse por ella. Se configura una relación afectiva “sado-masoquista” porque para mantenerse juntos será necesaria la presencia del sufrimiento.

c) La familia autoritaria: la familia autoritaria se caracteriza porque sus hijos deben ser obedientes, utilizando métodos como el castigo y maltrato. Los hijos crecen en un ambiente hostil lo cual produce miedo y desconfianza, al pasar el tiempo ese miedo puede convertirse en un cierto grado de rencor con la necesidad de desquite. La afectividad ha sido formada en un estilo de apego inseguro por evitación, de ahí la necesidad de evitar la intimidad y fomentar la pasión

desenfrenada que se expone en la violencia por la necesidad de posesión. Estas personas pueden vivir una relación simbiótica cuando encuentran una pareja a la cual logren dominar y volcar todo su resentimiento.

d) Quienes han sido desplazados: aquellas personas que sufrieron el desplazamiento afectivo de sus padres hacia un hermano/a o la llegada intempestiva de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia, entonces buscarán compensar su carencia con alguien que esté dispuesto a devolverles la atención y el cariño perdidos.

e) Quienes han sufrido una pérdida irreparable: tanto en el caso del duelo no resuelto, como en la pérdida ambigua, la persona que no encuentra en su familia los recursos para terminar el duelo o afrontar la ambivalencia ante una pérdida inminente, pueden establecer una relación simbiótica con alguien dispuesto al consuelo y a devolverle la esperanza.

f) Quienes no han tenido experiencias amorosas previas: personas que no experimentaron las fases del amor y tampoco sufrieron pérdidas amorosas, cuando se enamoran pueden fácilmente caer en la creencia de que encontraron al amor “verdadero” el amor de su vida y empezar una relación simbiótica, sintiendo que si esta persona no los quiere y permanece con ellos no lo hará nadie Pinto, (2009).

2.4.1.4 RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA

Es conveniente comenzar diferenciando entre qué constituye agresividad y qué violencia. La agresividad es una conducta innata que se despliega de manera automática ante determinados estímulos y que, asimismo, cesa ante la presencia de inhibidores muy específicos. La violencia, por su parte, es una agresividad alterada, principalmente por la acción de factores socioculturales que le quitan el

carácter automático y la vuelven una conducta intencional y dañina (Sanmartín, 2009 y 2011).

La violencia se puede definir como toda acción u omisión que causa o puede causar un daño (Centro Reina Sofía [CRS], 2010).

Tomando en cuenta estas definiciones se puede señalar a la violencia como todo acto que causa daño intencionalmente, siendo esto parte de una conducta sumamente violenta por parte de quien ejerce el daño en este caso el hombre a la mujer dejando notar una alteración llegando a tornarse patológico.

El fenómeno de la violencia de pareja del hombre contra la mujer viene produciéndose a nivel mundial, sin distinguir entre clases sociales, edad, cultura, religión o país (Krug y cols., 2002; Garcia-Moreno y cols., 2005).

Ser víctima de violencia por parte de la pareja implica vivir constantemente bajo la amenaza real o anticipada de ser agredida de nuevo, constituyendo, en la mayoría de los casos, patologías graves en la salud mental de estas mujeres.

Definiciones de Violencia de Pareja

El art. 1 de la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993 establece que violencia de género es cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer.

Incluye las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. Reconociéndose por tanto la afirmación internacional de que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer (roderic.uv.es/, 2011).

En esta definición dada por las Naciones Unidas ya en los años noventa afirma la existencia de la violación de los derechos humanos en contra de las mujeres por parte de sus parejas; siendo así que ya no se habla solo de violencia intrafamiliar sino de la violencia exclusiva que ejerce la pareja masculina sobre su mujer.

“Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es la que se perpetra en contra de la mujer por parte de su esposo o compañero”(World report on violence and health, 2002).

La violencia de pareja se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima (OMS, 2011).

La OMS, también hace referencia y establece unos parámetros para definir a la violencia de pareja siendo así que está manifiesta que la violencia se debe ser dentro del hogar, siendo esta frecuente y el victimario debe ejercer control sobre su víctima.

Es así que cuando se habla de violencia de pareja, se debe manifestar que es aquella violencia en las relaciones de pareja que incluye a los novios, aunque no

vivan en la misma casa. En conclusión por violencia de pareja se entiende como la forma de violencia de género en la que la mujer es maltratada por su pareja (conyugue, conviviente o novio), incluyendo para ello el maltrato a manos de la ex pareja.

La agresión física durante el noviazgo, funciona como factor predictivo de que la violencia tendrá un curso constante en una relación de más largo plazo. Se empieza a consolidar de esta manera, la cronicidad de la violencia; las embestidas pueden parecer leves al inicio, sin embargo, van escalando en sus niveles de agresividad. La violencia sigue una cronicidad cíclica, y cada vez el nivel de violencia aumenta. En cada escalada, el varón está en pleno control de sí mismo y está trabajando para controlar y someter aún más a su víctima (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994).

Características y tipos de la violencia de pareja

La violencia de pareja es una de las formas de violencia de género más extendidas en el mundo. Afecta, prácticamente, a todos los pueblos, a todas las clases sociales y a todos los niveles educativos.

La violencia de pareja adopta cuatro modalidades principales según el tipo de daño causado: físico, psicológico, sexual y económico. Las definiciones de los mismos se detallan a continuación (Sanmartín, 2009):

- **Maltrato físico:** acciones que, voluntariamente realizadas, provocan o pueden provocar daño o lesiones físicas.
- **Maltrato psicológico:** acciones (normalmente de carácter verbal) o actitudes que provocan o pueden provocar danos cognitivos, emocionales o conductuales.

- **Abuso sexual:** cualquier contacto físico no deseado en el que una persona es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

- **Abuso económico:** utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona. Además, cuando la víctima presenta algún tipo de discapacidad o característica que le suponga un determinado grado de dependencia con respecto a su cuidador, es susceptible de sufrir negligencia.

Los tipos de violencia según Sanmartín pueden ser de 4 tipos como son el físico psicológico sexual y económico siendo cada una de estas perjudicial para las mujeres víctimas de violencia ya que en cada una se ve afectada su esfera afectiva e incluso muchas de las veces su vida.

Factores de riesgo de la violencia de pareja

Los factores de riesgo, en general, son notas (individuales, familiares, escolares, laborales, sociales o culturales) cuya presencia incrementa la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado.

Los factores de riesgo de la violencia, en particular, son variables que hacen que el sujeto sea vulnerable a conductas y actitudes violentas.

En el I Informe internacional del (Centro Reina Sofía, 2010) se realizó un análisis detallado de los diversos factores de riesgo de la violencia de pareja (tanto en el caso de la víctima como del agresor).

Factores socioculturales

De las víctimas

- Carencia de apoyo social.

Es un factor de riesgo y, por tanto, algo previo al maltrato que lo propicia. La víctima está aislada en gran parte porque el agresor se ha dedicado a cortar sus

vínculos con el entorno, comenzando por su propia familia y grupo de amigos. Pero este factor es también un mantenedor del maltrato: la víctima aislada se convierte en una persona fácilmente maltratable por el agresor. De hecho, el aislamiento social es un factor de riesgo característico de las familias con violencia doméstica. En parte, esto se debe a que los comportamientos considerados ilegítimos tienden a ocultarse. El conocimiento de situaciones abusivas puede tener como resultado tanto sanciones informales por parte de amigos, familiares o vecinos, como sanciones formales por parte de la policía o los juzgados. Por ello, se presupone que los casos de maltrato continuado se dan con menos frecuencia en las familias con una fuerte red de apoyo social (Pillemer, 2005).

- Escaso apoyo institucional.

En este estudio se pudo ver que la respuesta policial y judicial suele ser insuficiente o inadecuada. Lo mismo ocurre con los recursos sociales de apoyo a estas mujeres. Esta cuestión evidentemente influye en que las víctimas no se atrevan ni a abandonar la relación violenta ni a denunciar al agresor; por tanto, el escaso apoyo institucional sería un factor mantenedor del maltrato.

En este informe en los factores socioculturales se habla acerca de los factores de riesgo de las mujeres víctimas de violencia de pareja enunciando dos de las principales como son la carencia de apoyo social incluyendo aquí a la familia ya que estas mujeres se encuentran aisladas por sus parejas de su entorno social y el escaso apoyo institucional ya que existe deficiencias en las leyes ya sean nacionales como internacionales para erradicar o disminuir la violencia de pareja haciendo que muchas de las veces las mujeres desconfíen en las autoridades y no denuncien su maltrato manteniendo el ciclo de la violencia.

De los agresores

- Cultura patriarcal que fomenta la desigualdad entre los sexos.

Consideración de la mujer como un ser subordinado al hombre; inferior; e incluso como un objeto de su propiedad. En estas culturas se atribuye el poder y la autoridad al hombre tanto en la sociedad como en la familia.

- Presencia de instituciones (educativas, laborales, judiciales, etc.) que reproducen un modelo de relación de poder vertical, autoritario y sexista.

- Existencia de instituciones y de un ambiente social que reduce la importancia o justifica el comportamiento violento en general y la violencia de pareja en particular, considerando esta última como un asunto familiar en el que no hay que inmiscuirse.

Factores familiares

- Autoritarismo.

Las interacciones familiares están caracterizadas por una estructura vertical en la que el hombre ejerce el poder sobre su pareja y demás miembros de la familia. El hombre hipercontrola todos los aspectos de su pareja (vestimenta, actividades, amistades, etc.) hasta el punto de que decide por ella lo que puede o no puede hacer y a quien puede ver. En este modelo de familia el nivel de autonomía de sus miembros es muy escaso.

Fuerte adhesión a los estereotipos de género y consiguiente reparto de las responsabilidades familiares.

Factores individuales

De las víctimas

En principio, cualquier mujer, por el mero hecho de serlo, puede ser maltratada por su pareja o ex pareja. No hay factores de riesgo característicos de las víctimas, aunque la dependencia económica, la dependencia emocional y una visión

excesivamente romántica de las relaciones amorosas puede contribuir, si no al origen, si al mantenimiento de la violencia de pareja.

De los agresores

- Interiorización de un modelo de masculinidad rígido y estereotipado.

Interpretan determinadas conductas de la mujer como una amenaza a su autoridad y consideran legítimo el uso de la fuerza para mantener el control sobre la situación y sobre su pareja. Ello puede explicar, ciertamente, los altos porcentajes de agresores que asesinan a su pareja cuando esta decide abandonar la relación.

- Socialización autoritaria en el valor de la disciplina y del control o, por el contrario, socialización hiperprotectora, que les lleva a descubrir la responsabilidad de sus actos a terceros (locus de control externo).

Por un lado, los agresores que son educados bajo un modelo de familia autoritario pueden interiorizar una estructura rígida y jerarquizada de familia. Estos sujetos consideran que es la figura masculina la que debe ocupar la posición superior y establecer un control férreo sobre los miembros de la familia; además, conceden un gran valor, ya no a la disciplina, sino a la sanción.

Por otro lado, están los agresores que han sido socializados en familias hiperprotectoras. Estas familias, como las autoritarias, suelen controlar a sus hijos a través de un “no” a todo, pero, a diferencia de aquellas, lo hacen para evitarles cualquier tipo de problema. Los padres viven la vida de sus hijos para que no se frustren. Como consecuencia generan individuos que no han aprendido a asumir responsabilidades y que suelen culpabilizar a terceros de cuanto negativo les sucede. Esta conducta está extendida entre los agresores jóvenes de mujeres, a las que responsabilizan de su propio maltrato, sustentando que ellos (los agresores) no hacen otra cosa que defenderse de ellas (sus víctimas en la realidad). El mundo al revés.

- Dieta dura de visión de violencia real o filmada.

La visión de violencia en las pantallas puede tener distintos efectos. Entre sus efectos conductuales se encuentra el aprendizaje por observación o modelado, que consiste en que las personas aprenden conductas por observación de modelos, sean estos reales o simbólicos (Iborra, 2007).

Además de la publicidad, hay cada día un mayor número de espacios y programas televisivos en los que se ataca la dignidad de la mujer, lo que supone un atentado contra los derechos humanos. Cuando se presenta a la mujer como un objeto, se puede reforzar la distorsión cognitiva de determinados hombres que consideran a su pareja como una posesión.

- Abuso de sustancias tóxicas.

Suele decirse que el consumo de alcohol y drogas correlaciona positivamente con la violencia en sus diversas formas.

El estudio de la personalidad y del comportamiento en la violencia es un tema abordado tanto por los psicólogos sociales como por los investigadores de rasgos o factores de personalidad. Es un tema de interés actual porque la violencia no están disminuyendo en la sociedad (Ortiz et al, 2006, p. 2).

Gelles (1974) concluye en sus estudios que los hombres se emborrachan para tener una excusa cuando maltratan a sus esposas.

Concretamente, el consumo de cocaína origina alteraciones en los neurotransmisores y en los propios receptores, lo que tiene una grave repercusión en el funcionamiento cognitivo. Los neurotransmisores afectados son la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, cuyas concentraciones aumentan en el espacio sináptico tras el consumo.

Este tipo de reacción anómala en una persona que se siente en extremo poderosa y que a la vez sufre una alteración de su capacidad de raciocinio, puede originar una

psicosis paranoica en la que el consumidor pierde el sentido de la realidad y sufre alucinaciones auditivas, pudiendo aparecer una conducta peligrosamente violenta.

Tanto los efectos fisiológicos como los anatómicos que esta sustancia tiene en el cerebro, es decir, la reducción artificial de la concentración de serotonina en determinadas regiones y la modificación anatómica de algunos de los componentes de las neuronas serotoninérgicas, en estructuras que forman parte del circuito cerebral de la agresividad, como son las regiones occipitales y frontales de la corteza cerebral o algunas áreas del cerebro emocional como la amígdala, predisponen al consumidor a conducirse de forma violenta y están vinculadas a complicaciones neuropsiquiátricas como por ejemplo, trastornos de ansiedad, psicosis y depresión.

Protocolo de actuación para la gestión técnica y valoración pericial psicológica en casos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar

La atención psicológica se activa por petición de la jueza o juez para la realización de la pericia psicológica a una de las partes, para el acompañamiento o presencia para testimonios anticipados niñas, niños y adolescentes, personas discapacitadas y adultos mayores. Su objetivo es dotar de conocimientos a la jueza o juez en aspectos referentes a los procesos de afectación psicológicos de las personas y valorar el riesgo en el que se encuentran las víctimas de violencia de género e intrafamiliar.

Los aspectos a observarse en el examen psicológico pericial:

1. Identificar los signos y síntomas psicológicos que son indicadores de violencia.
2. Valoración de riesgo y recomendación de acción inmediata.

Para la valoración psicológica se debe contemplar los siguientes requisitos:

1. Un espacio adecuado para la entrevista.
2. Utilización de la Cámara de Gesell para el testimonio anticipado, en los lugares en donde hubiere.
3. Crear un clima emocional.
4. Matriz para la valoración de riesgo.
5. La utilización de reactivos (instrumentos para la valoración).

El examen e informe legal observará la siguiente información:

1. Signos y síntomas psicológicos o emocionales a identificar.
2. Valoración de riesgo.

Signos y síntomas psicológicos que son indicadores de violencia.

Dada la incidencia de la violencia y sus secuelas, cuando se efectúe una evaluación psicológica debe tomarse una actitud de aprendizaje informado en lugar de anticiparse a determinadas definiciones y tipificaciones, siempre es necesario tener todos los elementos posibles para emitir un criterio y aclararlo incluso con la persona que está siendo evaluada. Lo correcto sería que esta condición comunicase a la víctima la idea de que sus sentimientos se admiten como reales dadas las circunstancias. En este sentido una actitud empática y sensible puede dar a la víctima cierto paliativo de su vivencia de enajenación.

La valoración psicológica observará los siguientes signos y síntomas:

1. Re experimentación del trauma.
2. Evitación y embotamiento emocional.
3. Hiper-exitación.
4. Síntomas de depresión.
5. Disminución del autoestima y sentido del futuro.
6. Disociación, despersonalización y comportamiento atípico.
7. Quejas somáticas.

8. Disfunciones sexuales.
9. Psicosis.
10. Consumo excesivo de sustancias psicotrópicas.

La evaluación del riesgo de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.

Estimar el riesgo de violencia no es más que un procedimiento para predecir la probabilidad de aparición de una conducta violenta determinada. Es posible predecir el riesgo de comportamientos violentos con más precisión que el simple azar o las predicciones unidimensionales. Se puede predecir el riesgo de cualquier elección si conocemos los determinantes de ésta y tenemos datos sobre elecciones que anteriormente hayan sucedido y de los cuales conocemos sus antecedentes.

Para poder contemplar este proceso con éxito nos interesará registrar información acerca de varios aspectos:

1. ¿Qué tipos de conducta violenta se producen?,
2. ¿Con qué frecuencia?,
3. ¿Bajo qué condiciones o en qué escenarios?,
4. ¿Cuáles son las condiciones presentes?,
5. ¿Cómo se intervino?,
6. ¿Qué sucedió después?, entre otros.

La valoración del riesgo permite predecir situaciones límite como la posibilidad de suicidio y/o embarazos productos de las relaciones forzadas en el contexto de una agresión física o psicológica. Un embarazo no deseado, producto de una violación en la relación de pareja, genera una afectación grave al proyecto de vida de una mujer y puede ser causa de un aborto en condiciones de riesgo, el mismo que puede producir lesiones y/o la muerte.

Procedimiento de actuación para la gestión técnica y valoración pericial psicológica

Los aspectos procedimentales a tomar en cuenta en la valoración pericial psicológica:

1. Dotar de elementos de prueba a la jueza o juez sobre los hechos de violencia denunciados respecto de la situación emocional-psicológica de las usuarias o usuarios, que permitan una mejor toma de decisión.
2. Duración: De una a tres entrevistas, de 45 minutos cada entrevista en algunos casos, por la propia situación de quien consulta, puede llevarse un poco más de tiempo, se sugiere que nunca sea más de una hora.

Los elementos valorativos a considerar en la entrevista psicológica:

1. Daños en la intersubjetividad y de las funciones psicológicas.
2. Daños en la dinámica familiar.
3. Daños en la interacción.

La entrevista a la víctima debe ser simiestructurada con las técnicas propias de la evaluación psicológica. En las evaluaciones recogerá:

1. Condiciones emocionales antes de la violencia.
2. Apariciones de síntomas sicosomáticos.
3. Descripción de los hechos de violencia.
4. Historia personal. Historia familiar.
5. Rasgos de personalidad. Antecedentes de salud. Impacto de los hechos violentos. Recursos utilizados ante los hechos violentos.
6. Se elaborará la historia de los actos de violencia y las circunstancias en que se dieron. ¿Cuáles fueron los métodos utilizados (detectar si existieron torturas y tratos degradantes)? ¿Quiénes estuvieron presentes?
7. Identificar el ciclo de la violencia y la forma en la que se impone la indefensión o desesperanza.
8. Indagar sobre las actividades cotidianas y los cambios a partir de la violencia.

9. Indagar sobre las circunstancias actuales en la vida de la víctima luego de la exposición de la violencia (si es que ya no se está expuesta a la violencia) y la existencia de nuevos estresores.
10. Realizar el examen del estado emocional y mental actual de la persona: Estado psicológico, temores, angustias, encapsulamiento del evento traumático, características del daño. Para ello se pueden utilizar test proyectivos y/o psicométricos.
11. Antecedentes de abuso de drogas o alcohol.
12. Historia psicosocial.
13. Aplicación de pruebas psicológica proyectivas y objetivas de personalidad.

Valoración del riesgo.

La entrevista psicológica no puede ser sustituidas por las pruebas o herramientas de valoración, éstas son solo un recurso de apoyo a esta. Si no tiene tiempo para aplicar una prueba, realice una entrevista de muy buena calidad.

Las preguntas generales que se pueden considerar:

1. ¿desde cuándo está viviendo las situaciones de violencia?
2. ¿Para él o ella, lo que expresa, es un problema? ¿Por qué?
3. ¿Eso que él o ella expresa considera que le afecta de alguna manera?
4. ¿Cómo considera que le afecta? ¿Por qué él o ella está ahí?
5. ¿Qué considera él o ella que debería hacer para dejar de estar viviendo y/o sintiendo lo que ha expresado?
6. ¿qué siente que se lo impide?

Es igualmente importante indagar sobre las soluciones intentadas:

1. ¿En algún otro momento ha realizado alguna acción para intentar enfrenar o cambiar esto que me ha contado?

2. ¿Cuáles fueron los resultados de lo que se ha hecho?; ¿qué sucedió, por qué no se siguió en ese mismo camino? (puedes ser que se consideren que algunas acciones dieron).
3. ¿Quién o quienes han intentado hacer algo para resolver el problema?

El proceso de entrevista puede generar recuerdos a la violencia que fue sometida o sometido puede generar rechazo a la misma; por tal razón la persona que hace la entrevista debe mostrar comprensión frente a los hechos ocurridos. Se recomienda considerar algunas condiciones:

1. La víctima de violencia puede estar amenazada o con riesgo a ser violentada nuevamente.
2. Quien realiza la valoración psicológica debe conocer de todas las afectaciones que genera la violencia y de las dinámicas relacionales.
3. Recuerde que existe un proceso transferencial y contra-transferencial que se establece en la relación entrevistado-entrevistador.

a. Detección del riesgo inminente

La situación más extrema que pone en riesgo la vida de una mujer y el factor de mayor peligro es cuando toman la decisión de la separación o cuando deciden aceptar situaciones de violencia en que viven; esta decisión la ubica en un riesgo inminente, la mujer corre el peligro de que en los pocos minutos, horas o días se desencadene una situación mayor de violencia que puede terminar incluso con su vida, ya que el agresor no aceptará esta posición, por ejemplo: cuando llega pidiendo ayuda para salvarse, esconderse.

Al respecto se debe proceder de manera inmediata a valorar el riesgo de muerte.

Los indicativos para la valoración son los siguientes:

1. Si la severidad y la frecuencia del abuso ha ido aumentando con el tiempo.

2. Si hay incidentes de abuso de alta peligrosidad, ejemplo: golpes, fracturas, heridas en la cabeza, quemaduras severas, golpes que hayan requerido la intervención médica.
 3. Si él conyugue/pareja abusa de alcohol o drogas.
 4. Si él conyugue/pareja le ha amenazado de muerte o ha intentado asesinarla.
 5. Si el agresor tiene acceso a armas letales.
- (Consejo de la Judicatura, 2010).

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

2.4.2.1 PSICOPATOLOGÍA

Es la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual. (Nuñez & Ortiz, 2010).

Según Nuñez y Ortiz, la psicopatología es la disciplina que estudia los motivos o causas de las enfermedades mentales desde varios enfoques.

Anaya (2010) indica que la psicopatología constituye la fenomenología de los desórdenes mentales. Señala que aquí se estudian tanto síntomas neuróticos o psicóticos como alteraciones en la conducta o adaptabilidad del carácter personal.

Anya en su definición habla de la fenomenología la cual se explica como la investigación de los desórdenes mentales existiendo una alteración en la conducta o dicho de otra manera no existe la adaptación adecuada en el ser humano siendo esto una conducta patológica.

Riofrio, L (2008), define que la psicopatología es una rama de la Patología encargada del estudio de las enfermedades psíquicas, las cuales se originan por las mismas causas que producen las demás enfermedades del hombre.

Karkowski, L (2007), en su libro *An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample*. *Psychiatr Genet*, explica que la psicopatología es la ciencia que estudia los trastornos de la vida

psíquica de los individuos, el comportamiento anormal, y se encarga, por tanto, de la observación, descripción y evaluación de la conducta anormal, así como del estudio del origen de dichas conductas.

Es decir la psicopatología se encarga del estudio de las enfermedades mentales clasificándolas, para su mejor entendimiento en cuadros clínicos explicando cada una de las patologías y su evolución.

Gorostegui, Bascuñan & Dorr (2008), señalan que para abordar las patologías psicológicas de la etapa de la infancia y adolescencia, es necesario enfatizarse bajo los fundamentos de la psicopatología del desarrollo puesto que de esta manera se determina el distinto proceso con el que se presentan las alteraciones psicológicas.

En la etapa de la adolescencia y la infancia existen diferentes parámetros para diagnosticar patologías psicológicas es por esto que los autores Gorostegui, Bascuñan y Dorr penen énfasis en esta parte del estudio de la psicopatología.

Monedero (1973) definía la psicopatología como la “ciencia positiva que estudia la psique enferma”. Belloch, Sandín y Ramos (1997a) explican que la psicopatología trata un tipo particular de actividades, elaboraciones mentales, experiencias y comportamientos que, en ciertas ocasiones, realizan, experimentan y/o presentan las personas. Y es la delimitación precisa de esa particularidad, en donde se halla la mayor dificultad de esta disciplina; y la proliferación de modelos, conceptos y criterios para definir lo psicopatológico es un ejemplo de ello.

Como definen Belloch, Sandín y Ramos a la psicopatología es una manera diferente, ya que ellos se refieren a que a las personas se las limita a un comportamiento con parámetros y conceptos definiendo lo patológico.

El campo de la psicopatología (en cuanto razonamiento teórico) es mucho más amplio que el de la patología mental. Su objetivo es la patología mental declarada, los efectos de todas las patologías, el sufrimiento que expresan, el sufrimiento inexpresable que lo hacen por mediación (humor, cognición y conductas), y algunos comportamientos “anormales”, por los que la legitimidad de su reflexión no va a plantear cuestiones éticas (Pardinielli, 1996).

Áreas y Manifestaciones Psicopatológicas Básicas

CONCIENCIA

Hipervigilia.

Somnolencia, obnubilación, sopor, coma.

Estados crepusculares, delirium o SCA.

Anosognosia, miembro fantasma, heautoscopia.

Despersonalización, desdoblamiento/ disolución/demarcación y o, conciencia identidad.

Cuerpo disociado, y/o carente de alma

ORIENTACIÓN

Desorientación orgánica (tiempo, espacio, persona).

Falsa orientación.

Doble orientación.

ATENCIÓN

Hiperprosexia, despersonalización afectiva / autismo.

Hipo/aprosexia, labilidad atenta emocional, fatigabilidad atenta,
pseudoprosexia,

paraprosexia, perplejidad.

MEMORIA

Hipermnesias.

Hipomnesias, amnesias (anterógrada o fijación; retrógrada o evocación).

Alomnesia, paramnesia (confabulación),

Criptomnesia

INTELIGENCIA

Oligofrenias.

Pseudodemencias.

Demencias.

PSICOMOTRICIDAD

Estereotipias motoras, acatisia, inquietud psicomotora, agitación.

Bradicinesia, estupor, catatonía, catalepsia.

Actividad delirante ocupacional, ceremoniales obsesivos, actos en cortocircuito,
negativismo, ecopraxia.

AFECTIVIDAD

Humor maniaco (hipertimia, euforia, labilidad afectiva, ánimo expansivo).

Humor depresivo (hipotimia, astenia, apatía, indiferencia afectiva, anhedonia, disforia).

Humor ansioso (ansiedad/angustia: fisiológico, cognitivo y conductual).

Irritabilidad, paratimia, incontinencia afectiva, ambitimia, alexitimia.

LENGUAJE

Mutismo.

Taquifemia/bradifemia, espasmofemia, musitación.

Neologismos, paralogismos, ensalada de palabras, asociaciones laxas de ideas.

Disartria.

Estereotipia verbal, verbigeración, ecolalia, coprolalia.

PENSAMIENTO (CURSO)

Taquipsiquia, fuga de ideas, pensamiento saltígrado.

Asociación por asonancia.

Bradipsiquia, bloqueo del pensamiento.

Circunstancialidad, tangencialidad.

Pensamiento prolijo, disgregación, incoherencia, alogia.

PENSAMIENTO (CONTENIDO)

Ideas sobrevaloradas.

Ideas obsesivas.

Fobias.

Ideas delirantes primarias (percepción, ocurrencia delirante y tema); ideas delirantes secundarias (contenidos, sistematización).

Difusión, inserción, robo y lectura del pensamiento.

SENSOPERCEPCIÓN

Hipoestésias, hiperestésias.

Desrealización.

Dismegalopsias, dismorfopsias, heautometamorfopsia.

Escisión, sinestesia.

Ilusiones.

Alucinaciones (complejidad, esfera sensorial).

Alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas; funcionales; reflejas; autoscópica.

Pseudoalucinaciones, alucinosis.

VOLUNTAD

Hipoestésias, hiperestésias.

Desrealización.

Dismegalopsias, dismorfopsias, heautometamorfopsia.

Escisión, sinestesia.

INSIGHT

Conciencia de sufrir una enfermedad.

Procesos atribucionales.

INSTINTO DE VIDA

Pensamientos suicidas, conductas autolesivas, mutilaciones.

Intento de suicidio (frustrado, parasuicidio).

Suicidio consumado.

SUEÑO

Disomnias (insomnio, hipersomnia, cataplejía, narcolepsia, apnea del sueño).

Parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, enuresis, bruxismo).

CONDUCTA ALIMENTARIA

Bulimia, polidipsia psicógena.

Rechazo alimentario, anorexia, adipsia.

Disorexia, pica, mericismo.

PULSIONES AGRESIVAS

Auto/heteroagresividad.

Actos impulsivos.

SEXUALIDAD

Disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo, erotomanía; impotencia; anorgasmia, eyaculación precoz, dispareunia, vaginismo).

Parafilias (fetichismo, exhibicionismo, masoquismo, sadismo, paidofilia, zoofilia...).

Identidad sexual (transexualismo).

Homosexualidad egodistónica.

RASGOS DE PERSONALIDAD

Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico).

Grupo B (antisocial, límite, histriónico, narcisista).

Grupo C (evitación, dependencia, obsesivocompulsivo).

(Manual del Residente en Psiquiatría, 2009).

Existen diferentes patologías las mismas que afectan a las funciones básicas del ser humano haciendo que este no se desenvuelva de adecuada manera ya sea en el ámbito laboral, social o familiar y por lo cual produce una molestia significativa.

2.4.2.2 TRASTORNOS DEL HUMOR

Los trastornos del estado de ánimo han recibido diferentes nominaciones a través del tiempo como trastornos afectivos o del humor; son siempre vivencias afectivas patológicas que generan respuestas afectivas excesivas las cuales se manifiestan en la conducta; estas pueden ser causadas en forma endógena o motivada psicológicamente.

Bajo esta denominación se agrupa a los Trastornos Bipolares y a los Trastornos Depresivos; diferenciando dentro de los Depresivos la Depresión Mayor y a la Distimia y dentro de los Bipolares, el Trastorno Bipolar y la Ciclotimia (Cortesés, E. 2013).

Los trastornos del humor como indica Cortesés a lo largo de la historia han ido tomando diferentes nombres para involucrar a la parte afectiva del ser humano las cuales se manifiestan en conductas que afectan en desarrollo normal de este, son varios los trastornos que se encuentran dentro de esta clasificación siendo así que se debe tener la habilidad de observar muchos de los signos y síntomas del paciente para poder diagnosticar uno de estos trastornos del humor.

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad (CIE 10, pag. 55)

El CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) en su compendio nos habla acerca de que existe una alteración en el humor que puede ser en la depresión o su otro polo la manía lo cual se debe ver afectado la conducta del paciente siendo estos cambios recurrentes existiendo síntomas secundarios los mismos que pueden estar dentro del contexto.

Según el CIE 10 se clasifica a los trastornos del humor:

F30 Episodio maníaco

F30.0 Hipomanía

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco sin especificación

F31 Trastorno bipolar

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado

F31.30 sin síntomas somáticos

F31.31 con síntomas somáticos

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

F31.8 Otros trastornos bipolares

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.00 sin síntomas somáticos

F33.01 con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.10 sin síntomas somáticos

F33.11 con síntomas somáticos

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados

F38.00 episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.10 trastorno depresivo breve recurrente

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

2.4.3.4 EPISODIOS DEPRESIVOS

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

f) Los trastornos del sueño.

g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se

considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco

dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden

especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

Fuente: CIE 10.

Criterios diagnósticos según el manual diagnóstico DSM V

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. insomnio o hipersomnía casi cada día

5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.4.2.4 DEPRESIÓN

La depresión se define también como un trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como

parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, monopolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente en las esferas somática y cognitiva. Las primeras incluyen trastornos del apetito, que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), y fatiga y pérdida de energía. (Consuegra, N., 2010).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo en general, el ánimo, la manera de mirar, pensar y de accionar en el mundo. Una serie de estudios longitudinales sugieren que las mujeres pueden ser más propensas, que los hombres, a sufrir un curso crónico o recurrente de esta enfermedad. Ésta puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio y la disfunción socio-familiar. El suicidio ocurre en un 10-20% de los pacientes con depresión mayor (Murphy, Nierenberg, Laird, Monson, Sobol, Leighton, 2002).

La depresión es conceptualizada como una enfermedad de etiologías heterogéneas, cayendo a lo largo de un espectro que va de las formas más leves, tales como la depresión sintomática subsindrómica, a formas severas incluyendo la depresión mayor (DM) con síntomas melancólicos o psicóticos (Alexander y Cols, 2003).

Las fronteras entre estos subtipos depresivos son flexibles y los pacientes podrían moverse entre los subtipos durante el curso de su enfermedad (DSM – IV, 1994).

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la “tríada cognitiva“, que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Existen sesgos como la sobregeneralización, pensamiento dicotómico, personalización s entre otros sesgos sistemáticos en el procesamiento de la

información, junto a la tríada cognitiva producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión.

En ella, el paciente tiende a mantener su visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, aunque pudiesen hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma en que el depresivo percibe la realidad. (Beck A., 1999).

Criterios Diagnósticos Trastorno Depresivo Recurrente CIE 10

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de

enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

Episodios recurrentes de: Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de: Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)

F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)

F33.11 Con síndrome somático (ver F32.11)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses i libres de alteración significativa del humor.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye: Depresión monopolar sin especificación.

Fuente: CIE 10

Trastorno depresivo mayor (DSM-5):

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2)

pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

Fuente: DSM V.

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

H0: El riesgo de violencia de pareja incide en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

H1: El riesgo de violencia de pareja no incide en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

Unidad de observación: Mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua

2.5.1 Variable Independiente

Riesgo de violencia de pareja

2.5.2 Variable Dependiente

Depresión

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 ENFOQUE.

El presente trabajo está ubicado en el **paradigma crítico – propositivo**, el mismo que tiene la finalidad de analizar a las mujeres en riesgo de violencia de pareja y su incidencia en la depresión. Es crítico porque investiga y analiza un problema que está pasando en la sociedad y es propositivo porque plantea una alternativa de solución en beneficio de las la problemática.

El tema de investigación es **cuali–cuantitativo**, ya que se evidencio el fenómeno y la causa del problema en el estudio, y cuantitativo porque manejamos una población, mediante la recolección de datos y encuestas, que nos dio resultados, los mismos que son de gran ayuda para orientar la investigación.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación será de **campo y documental-bibliográfica**, ya que para el estudio del riesgo de violencia de pareja y su incidencia en la depresión se

la realizará en la Fiscalía General de Tungurahua , del cantón Ambato, en donde se tendrá total acceso al contacto con las mujeres en riesgo de violencia en forma directa y se obtendrá la información de acuerdo a los objetivos de dicha investigación, además se ampliará y se profundizará diferentes enfoques, teorías y criterio de diversos autores de libros, revistas, documentales e internet los cuales son de mucha importancia.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Exploratoria.- El presente trabajo de investigación es de tipo Exploratorio porque genera una hipótesis y reconoce variables de interés psicológico y social.

Descriptiva.- La investigación comprende la descripción, el registro, análisis e interpretación de las condiciones existentes en el momento de aplicar algún tipo de comparación y que puede intentar descubrir las relaciones causa-efecto entre las variables de nuestro objeto de estudio.

Asociación de variables.- La investigación se llevara a nivel de Asociación de Variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de las relaciones entre variables. Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello determinar la incidencia.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.

El siguiente trabajo de investigación tendrá una muestra de 60 mujeres en riesgo de violencia de pareja que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua, ya que esta es una muestra menor de 100, se realizará el trabajo con todo el universo.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Anexo N°1: Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R), (Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010).

La escala de predicción de riesgo se ha elaborado, en una primera fase, a partir de los componentes que parecen estar más relacionados con la violencia grave de pareja, según la experiencia clínica de los autores y según la revisión bibliográfica de los estudios previos. En una segunda fase, el cuestionario se ha enriquecido a partir de las sugerencias aportadas por los mandos de la Policía Autónoma, con arreglo a sus conocimientos y a su experiencia profesional. La escala inicial ha contado con 58 ítems (cfr. Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008).

Por último, la prueba de evaluación se ha depurado y simplificado a raíz de los resultados obtenidos en una investigación, con la propuesta de un instrumento breve, de fácil manejo y que sea de utilidad práctica para la policía y los jueces en el proceso de toma de decisiones.

Por ello, en la escala finalmente propuesta se incluyen sólo 20 ítems, que se han seleccionado a partir de su mayor capacidad discriminante de una violencia grave y de su coherencia psicológica con el conjunto.

Los ítems se han agrupado en cinco apartados (datos personales, situación de la relación de pareja, tipo de violencia, perfil del agresor y vulnerabilidad de la víctima), de los que dos ellos (tipo de violencia y perfil del agresor) absorben el mayor número de los ítems por su mayor capacidad predictiva(Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010).

Anexo N°2: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente.

Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965).

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente: Riesgo de violencia de pareja

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>El riesgo de violencia de pareja se le puede definir como el conjunto de factores que predisponen a la mujer a tener un posible ataque o agresión siendo esta física, sexual o psicológica.</p>	<p>-Bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Viven juntos - Se ven con frecuencia - Su agresor tiene alguna enfermedad mental que Ud. conozca. 	<p>¿Separación reciente o en trámites de separación?</p> <p>¿Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamiento psiquiátrico o psicológico?</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Escala de Predicción De Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja</p>

	-Moderado	- Agresión física (empujar, patear)	¿Existe violencia física en presencia de los hijos u otros familiares?	
		- Agresión sexual	¿Agresiones sexuales en la relación de pareja?	
	-Alto	- Amenazas con armas	¿Le ha amenazado grave o de muerte en el último mes?	
		- Aumento de violencia	¿Aumentado la frecuencia y la gravedad de los incidentes violentos?	

Tabla: N° 1 Operacionalización Variable Independiente.

Elaborado por: Viviana López.

	-Depresión grave	<p>confianza en sí mismo</p> <p>- Las ideas de culpa y de ser inútil</p> <p>- Tres síntomas D.L. y M más cuatro síntomas.</p> <p>- Considerable angustia o agitación</p> <p>- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones</p> <p>- Trastornos del sueño</p> <p>- Pérdida del apetito.</p>	<p>¿Pienso que los demás se quedarán muy a gusto si yo muriera?</p> <p>¿Me siento agitado y no puedo estar quieto?</p> <p>¿Tengo problemas para dormir la noche?</p>	
--	------------------	---	--	--

Tabla: N° 2 Operacionalización Variable Dependiente.

Elaborado por: Viviana López

3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	La presente investigación se propone alcanzar los objetivos trazados a fin de completar la propuesta.
¿A qué personas o sujetos?	Mujeres en Riesgo de violencia de pareja que acuden a la Fiscalía de Tungurahua.
¿Sobre qué aspectos?	Mujeres en riesgo de violencia de pareja y la depresión.
¿Quién?	Investigador: Viviana López.
¿Cuándo?	Periodo: Noviembre 2014 - Marzo del 2015.
¿Lugar de la recolección de la información?	Fiscalía General de Tungurahua.
¿Cuántas veces?	1 Una vez 2 Manera piloto. 3 Verdadera.
¿Qué técnica de recolección?	Test.
¿Con qué?	Cuestionario.
¿En qué situación?	Favorable porque existe la colaboración de parte de todos los involucrados en la presente investigación.

Tabla: N° 3 Recolección de información. **Elaborado por:** Viviana López.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

Los datos recogidos se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.

- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.

- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).

- Estudio estadístico de datos para presentación de resultado

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1.1 Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja (EPR).

Pregunta N°1. Procedencia extranjera del agresor o de la víctima

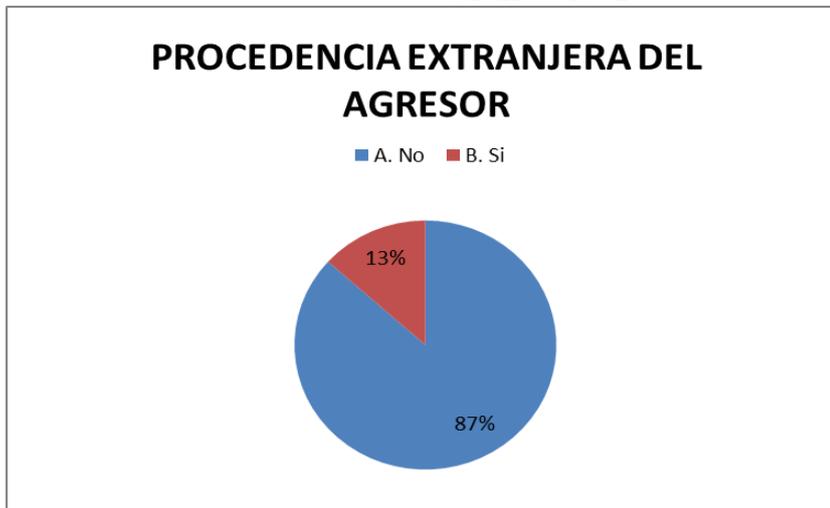
Tabla N° 4: Procedencia del agresor

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	52	87,00
b. Si	8	13,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 1



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua **Elaborado por:** Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas 87% respondió que no es de procedencia extranjera su agresor mientras que el 13% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Más de la tercera parte de la población manifiesta que su pareja no es de procedencia extranjera determinando así que la mayoría de agresores son de origen ecuatoriano

Pregunta N°2. Separación reciente o en trámites de separación

Tabla N° 5: Separación reciente.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	24	40,00
b. Si	36	60,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 2



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas 40% respondió que no está en trámites de separación mientras que 60% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Casi un tercio de la población respondió afirmativamente en que se encuentra en trámites de separación en un periodo de hace seis meses.

Pregunta N° 3. Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento

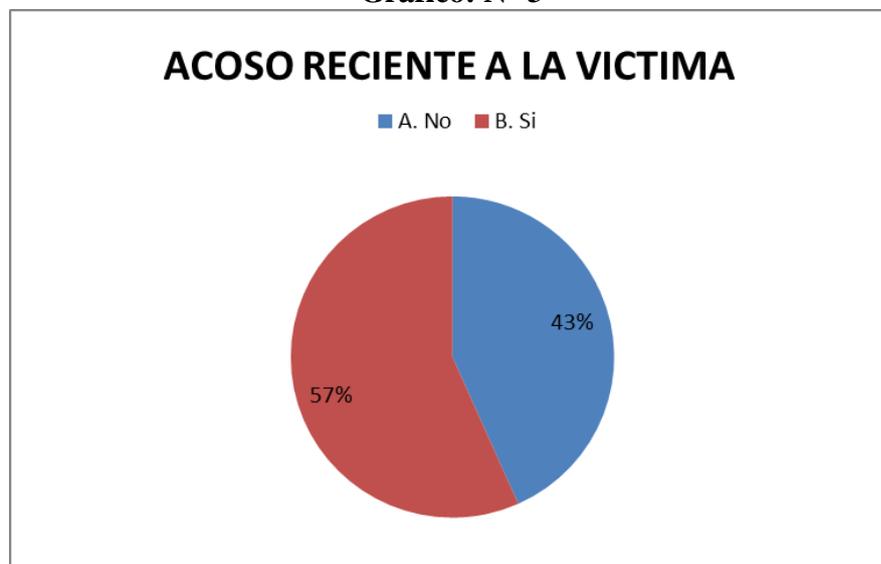
Tabla N° 6: Acoso reciente.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	26	43,00
b. Si	34	57,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 3



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 43% respondió que no existe acoso reciente a la víctima mientras que 57% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Las mujeres que fueron entrevistadas un poco más de la mitad respondieron que sí existe acoso reciente esto dentro de un periodo de seis meses, por lo que se puede notar que la mayoría de estas mujeres se encuentran en riesgo de violencia por parte de su pareja.

Pregunta N° 4. Existencia de violencia física susceptible a causar lesiones.

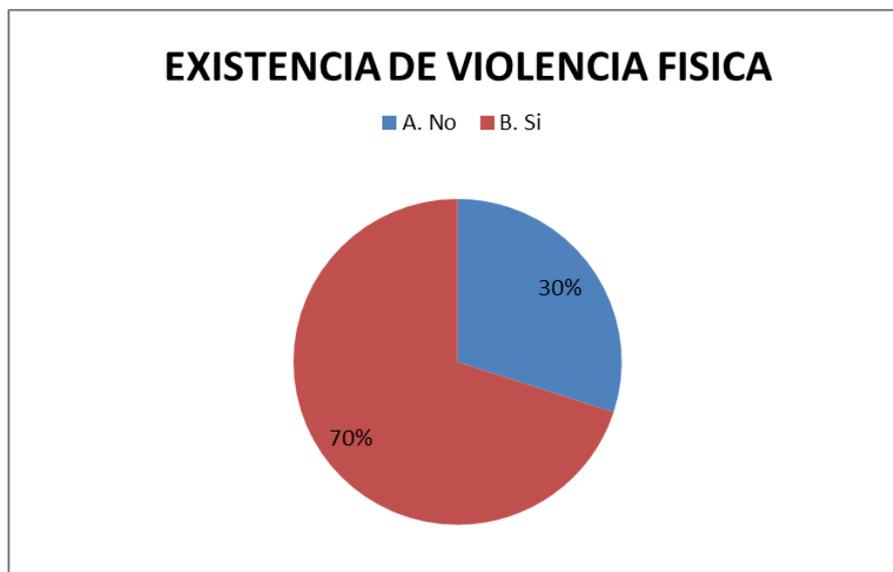
Tabla N° 7: Violencia física

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	18	30,00
b. Si	42	70,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 4



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 30% respondió que no existe violencia física susceptible a causar lesiones mientras que 70% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un tercio de las mujeres entrevistadas respondió que sí existe violencia física susceptible a causar daño, explicando que los golpes o agresiones han sido causados intencionalmente por parte de su agresor.

Pregunta N° 5. Violencia física en presencia de los/las hijos/as u otros familiares

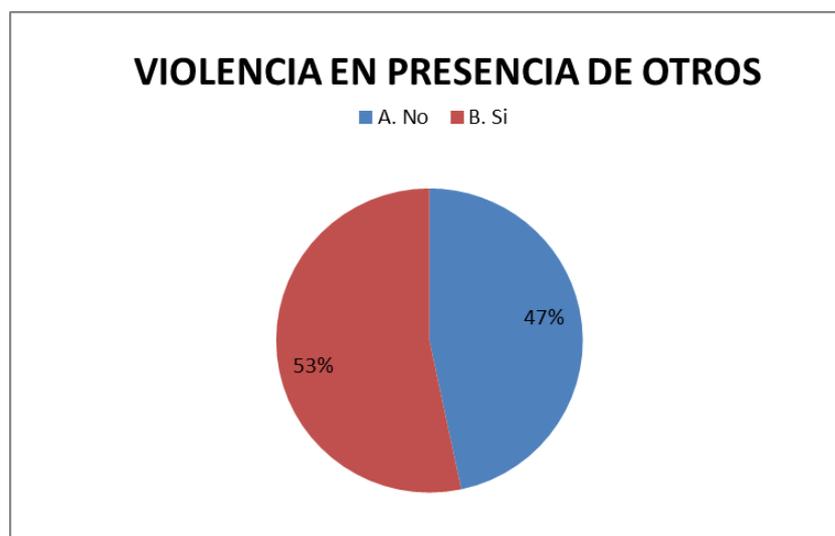
Tabla N° 8: Violencia en presencia de otros.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	28	47,00
B .Si	32	53,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 5



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 47% respondió que no existe violencia en presencia de hijo/as u otros familiares mientras que 53% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas dijeron que si existe violencia en presencia de familiares e incluso sus hijos, demostrando que su agresor no le importa que su conducta quede en evidencia de otras personas poniendo en riesgo muy alto a estas mujeres.

Pregunta N° 6. Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos

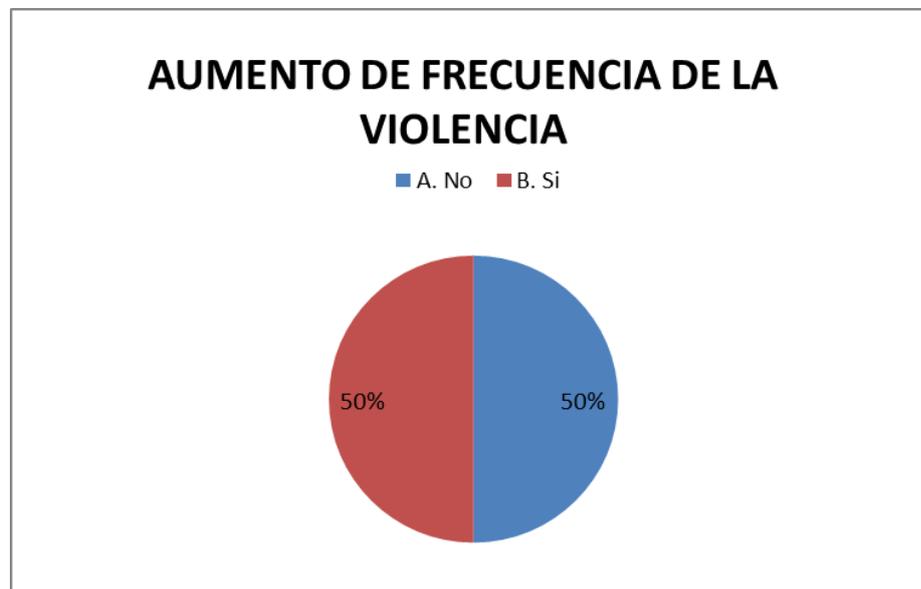
Tabla N° 9: Aumento de frecuencia

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	30	50,00
b. Si	30	50,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 6



Fuente: Mujeres que acuden a la Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 50% respondió que no habido aumento en la frecuencia y la gravedad de los incidentes violentos, mientras que 50% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

La mitad de la población entrevistada manifestó que la violencia ha ido aumentando en este último periodo de tiempo, indicando que los incidentes cada vez son más frecuentes y causan daño mayor.

Pregunta N° 7. Amenazas graves o de muerte

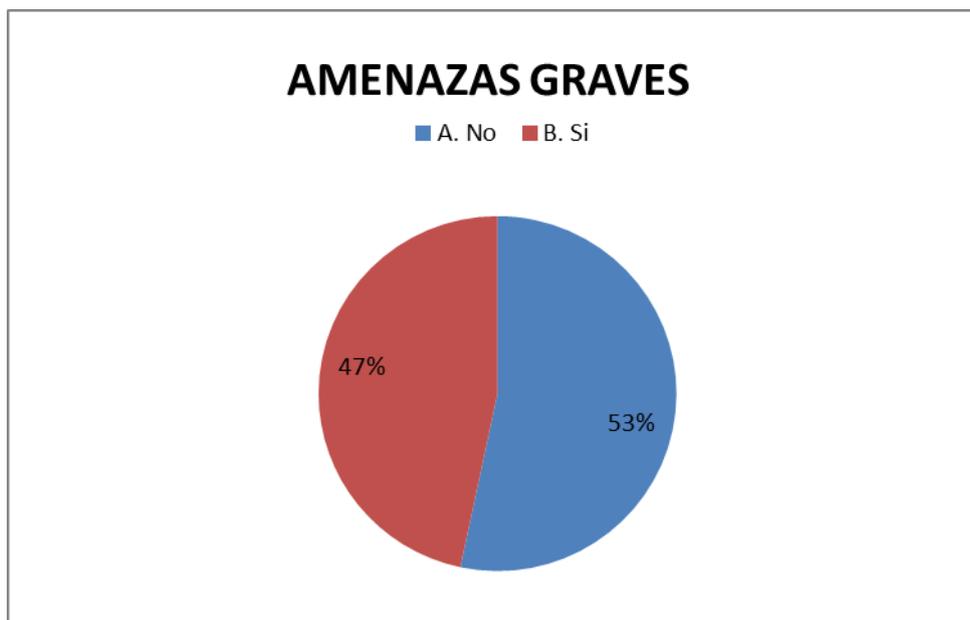
Tabla N° 10: amenazas graves.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	32	53,00
B .Si	28	47,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 7



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 53% respondió que no habido amenazas graves o de muerte mientras que 47% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las entrevistadas respondieron que si han recibido amenazas graves de muerte con amenazas en los últimos seis meses y conociendo la personalidad de su agresor.

Pregunta N° 8. Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo

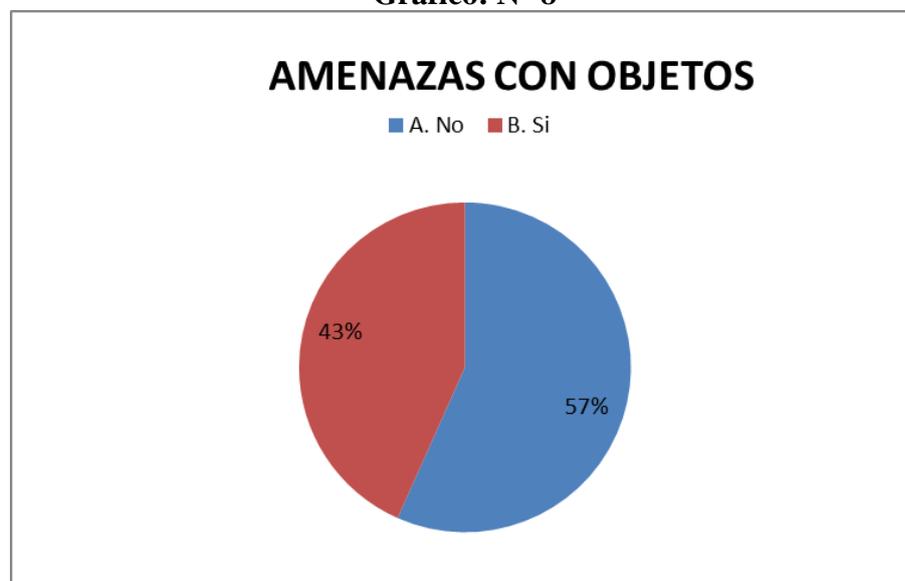
Tabla N° 11: Amenazas con objetos.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	34	57,00
b. Si	26	43,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 8



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 57% respondió que no hay amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo mientras que 43% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente es decir que existe un número considerable de mujeres las cuales han recibido amenazas con objetos peligrosos e inclusive armas poniendo en riesgo su vida.

Pregunta N° 9. Intención clara de causar lesiones graves o muy graves

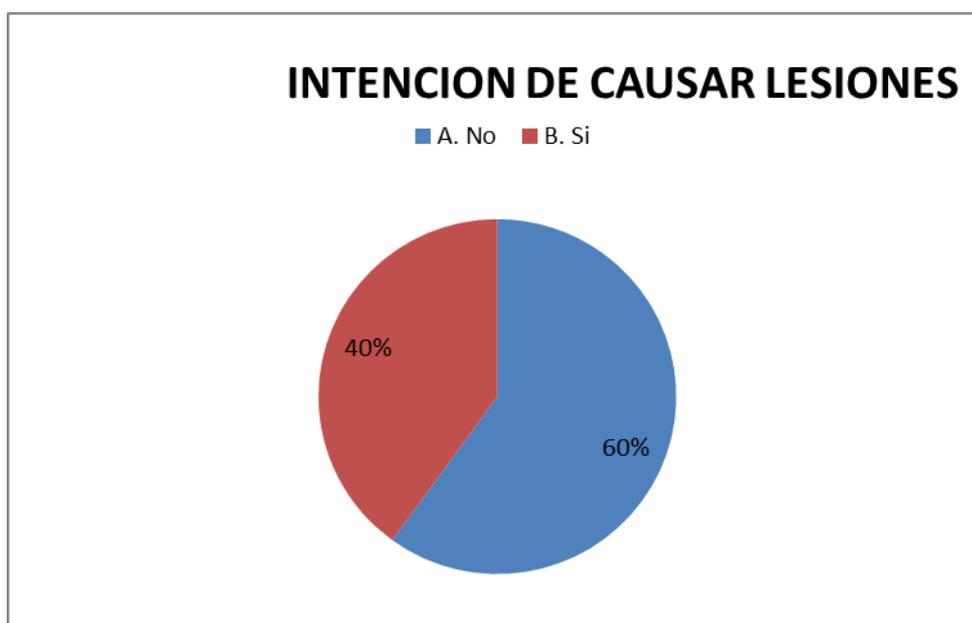
Tabla N° 12: Intención de lesiones graves.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	36	60,00
b.Si	24	40,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 9



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 60% respondió que no existe intención clara de causar lesiones graves o muy graves mientras que 40% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Menos de la mitad de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente que sus agresores han tenido intenciones claras de causarles daños graves.

Pregunta N° 10. Agresiones sexuales en la relación de pareja

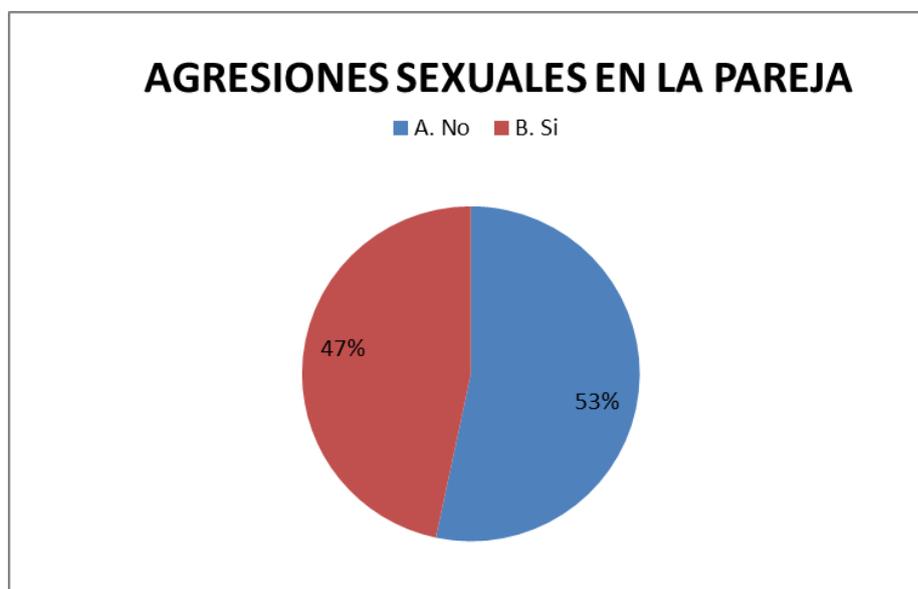
Tabla N° 13: Agresiones sexuales.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	29	53,00
b.Si	31	47,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 10



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 53% respondió que no existe agresiones sexuales en la relación de pareja mientras que 47% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de la población entrevistada respondió que sí habido agresiones sexuales por parte de su pareja haciendo caso omiso a la voluntad de la agredida.

Pregunta N° 11. Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja en los últimos 6 meses.

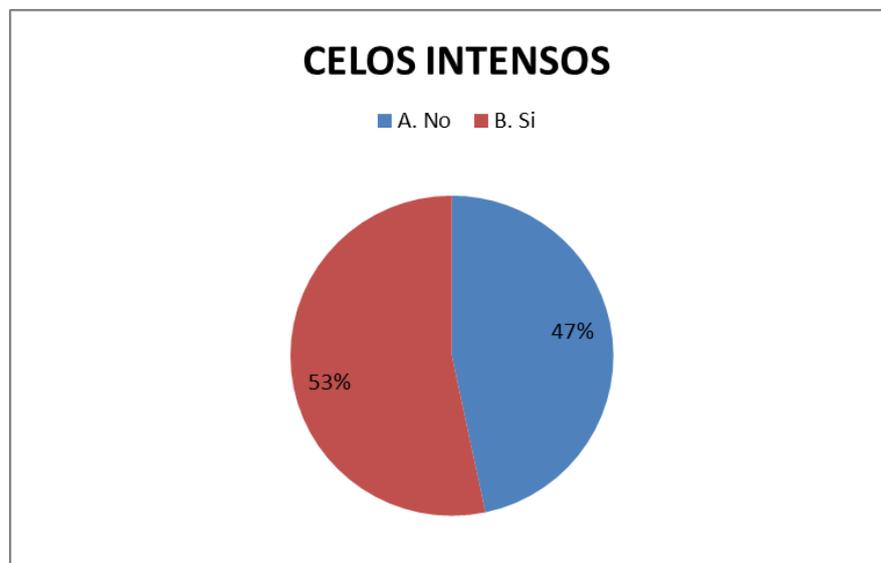
Tabla N° 14: Celos intensos.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	28	47,00
b. Si	32	53,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 11



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 47% respondió que no existe celos muy intensos o conductas controladoras sobre las parejas en los últimos 6 meses mientras que 53% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas respondieron que sí existen celos intensos en sus parejas evidenciándose en conductas controladoras, control de sus llamadas e incluso llegando a perseguirlas.

Pregunta N° 12. Historial de conductas violentas con una pareja anterior

Tabla N° 15: Historial de conductas violentas

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	28	47,00
b. Si	32	53,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 12



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 47% respondió que no existe historial de conductas violentas con una pareja anterior mientras que 53% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente saber que su agresor había tenido conductas similares con otras relaciones o parejas anteriores.

Pregunta N° 13. Historial de conductas violentas con otras personas (amigos/as, compañeros/as de trabajo, etc.).

Tabla N° 16: Historial de conductas violentas con otras personas.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	26	43,00
b. Si	34	57,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 13



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 43% respondió que no existe historial de conductas violentas con otras personas mientras que 57% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Más de la mitad de la población entrevistada ha manifestado saber que su pareja ha estado implicada en incidentes violentos con otras personas pudiendo ser en su entorno social, laboral, en actividades recreativas, etc.

Pregunta N° 14. Consumo abusivo de alcohol y/o drogas

Tabla N° 17: Consumo de alcohol y/o droga.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	31	52,00
b.Si	29	48,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 14



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 52% respondió que no existe abuso de alcohol y/o drogas en la pareja mientras que el 48% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las entrevistadas dijeron que su pareja tiene un consumo abusivo de alcohol y/o drogas, es decir que el consumo sea diario o semanalmente para poder evaluarlo como abusivo.

Pregunta N° 15. Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamiento psiquiátrico o psicológico.

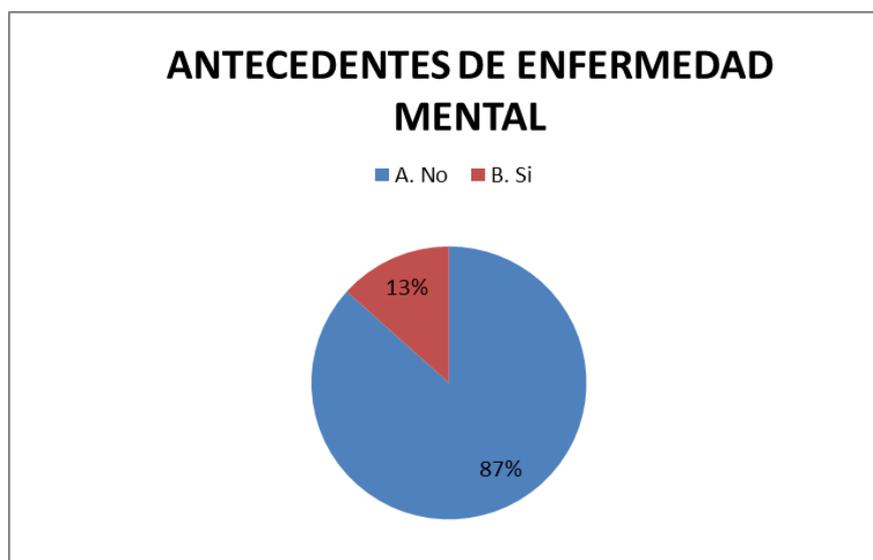
Tabla N° 18. Antecedentes de enfermedad mental

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	52	87,00
b.Si	8	13,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 15



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 87% respondió que no existe antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos mientras que 13% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco más del tercio de la población entrevistada respondió que no existe constancia de que la persona agresora tenga antecedentes psiquiátricos o de que haya abandonado algún tratamiento de este tipo.

Pregunta N° 16. Conductas frecuentes de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento.

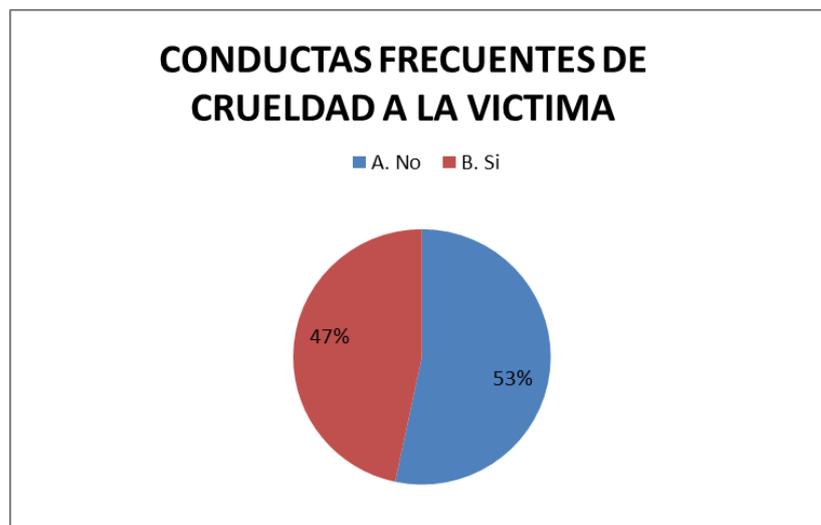
Tabla N° 19: Conductas de crueldad

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	32	53,00
b.Si	28	47,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 16



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 53% respondió que no existe conductas frecuentes de crueldad y falta de arrepentimiento por parte de su agresor mientras que 47% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Casi la mitad de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente que sus agresores han tenido conductas de crueldad con estas las cuales pueden ser traducidas en actitudes de desprecio, humillación o violencia física a sangre fría sin que el agresor muestre arrepentimiento alguno.

Pregunta N° 17. Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima

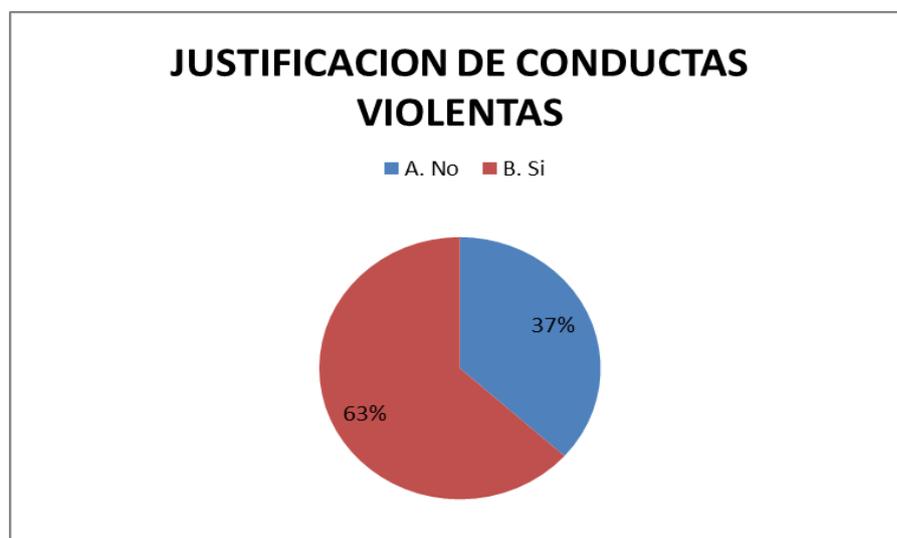
Tabla N° 20: Justificación de conductas violentas.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	22	37,00
b. Si	38	63,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 17



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las mujeres entrevistadas el 37% respondió que el agresor no se justifica por sus conductas violentas o culpa a la víctima mientras que el 63% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Casi un tercio de la población entrevistada respondió afirmativamente que existe justificación por parte de sus agresores de la conductas violentas ejercidas hacia éstas minimizando o negando la situación e incluso culpando a la víctima por lo sucedido.

Pregunta N° 18. Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes

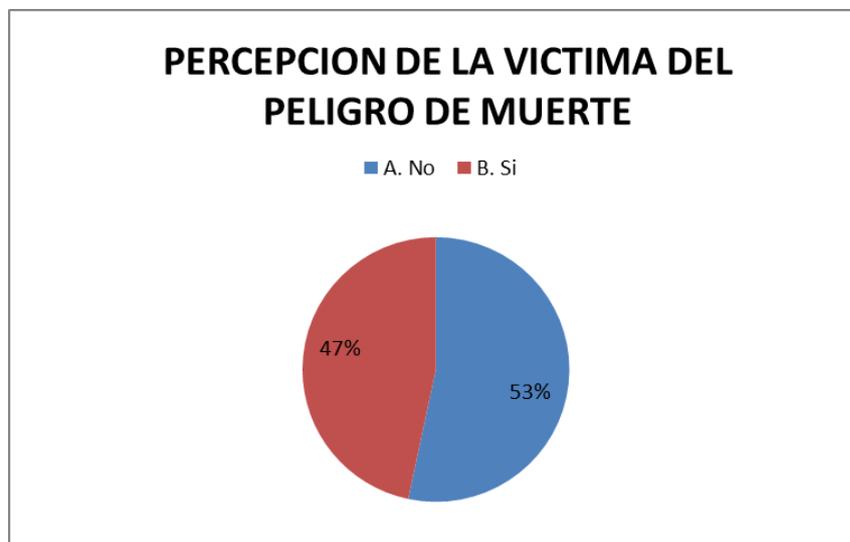
Tabla N° 21: Percepción de peligro

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	32	53,00
b. Si	28	47,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 18



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 37% respondió que no existe percepción de peligro de muerte (si el agresor podría matarla) mientras que 47% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las víctimas entrevistadas respondieron afirmativamente que existe el temor o la idea de que puede existir un peligro inminente de muerte por parte de su agresor, por el historial de hechos violentos que ha existido.

Pregunta N° 19. Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor.

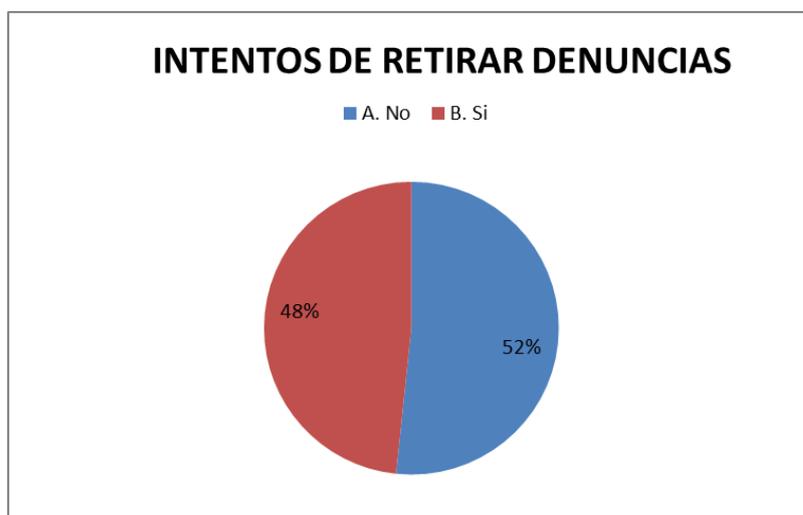
Tabla N° 22: Intento de retirar las denuncias

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	31	52,00
b. Si	29	48,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 19



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 52% respondió que no existe intentos para retirar la denuncias o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor mientras que 48% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad respondieron que si existe la posibilidad de retirar la denuncia o de echarse para atrás con la decisión de abandonar a sus agresores, esto puede darse por miedo a represalias, mantener la unión familiar, falta de recursos económicos, dependencia emocional, etc.

Pregunta N° 20. Vulnerabilidad de la víctima por razón de enfermedad, soledad o dependencia.

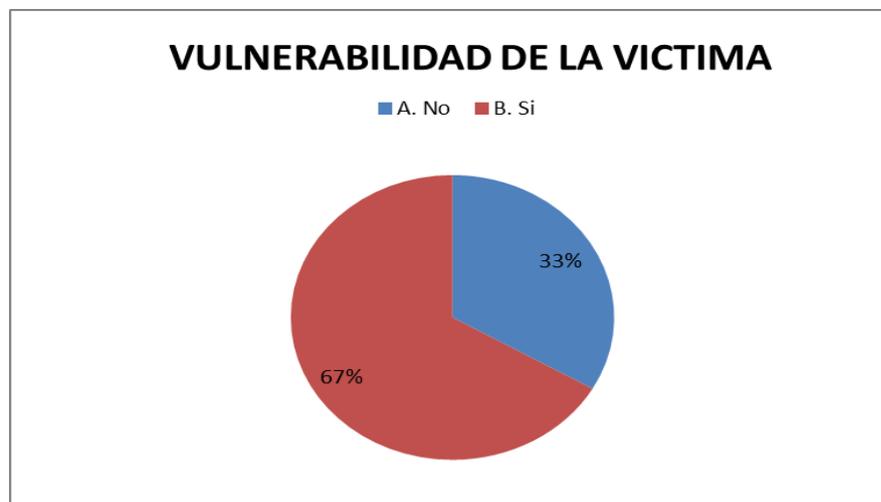
Tabla N° 23: Vulnerabilidad de la víctima.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a. No	20	33,00
b.Si	40	67,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 20



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

De las mujeres entrevistadas el 33% respondió que no tienen vulnerabilidad por razón de enfermedad soledad o dependencia 67% dijo que sí.

INTERPRETACIÓN

Casi un tercio de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente al hecho de sentirse vulnerables ya que muchas de estas no cuentan con personas a quien recurrir en caso de una separación, existe dependencia económica, la víctima siempre perdona a su agresor o simplemente existe la cultura de sumisión y machismo en está.

4.1.2 ESCALA DE EVALUACIÓN PARA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS).

Pregunta N° 1. Me siento decaído y triste

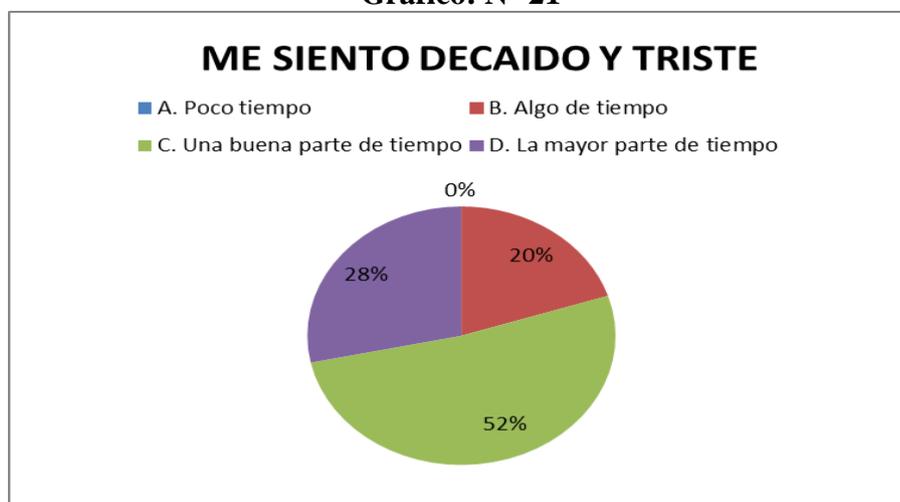
Tabla N° 24: Me siento decaído y triste.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	0	0,00
b) Algo de tiempo	12	20,00
c) Una buena parte de tiempo	31	52,00
d) La mayor parte de tiempo	17	28,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 21



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 0% de mujeres entrevistadas respondieron que se sentían decaídas y tristes poco tiempo, el 20% algo de tiempo, el 52% una buena parte de tiempo y el 28% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Poco más de la mitad de las entrevistadas respondieron que una buena parte de tiempo se sentían tristes y decaídas mientras que la otra mitad se repartieron en respuestas de algo de tiempo y la mayor parte de tiempo y ninguna respuesta poco de tiempo.

Pregunta N° 2. Por las mañanas es cuando me siento mejor.

Tabla N° 25: Por las mañanas me siento mejor.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	3	5,00
b) Algo de tiempo	18	30,00
c) Una buena parte de tiempo	21	35,00
d) La mayor parte de tiempo	18	30,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua
Viviana López

Elaborado por:

Gráfico: N° 22



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 5% de las entrevistadas manifiestan que poco tiempo por las mañanas se sienten mejor, el 30% algo de tiempo, 35% una buena parte de tiempo y el 30% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un cuarto de las entrevistadas respondieron que por la mañana se sienten mejor una buena parte de tiempo mientras que las otras tres cuartas partes se repartieron en un porcentaje menor.

Pregunta N° 3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto

Tabla N° 26: Siento ganas de llorar.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	2,00
b) Algo de tiempo	11	18,00
c) Una buena parte de tiempo	24	43,00
d) La mayor parte de tiempo	22	37,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 23



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 2% de Las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo siente ganas de llorar mientras que el 18% respondió que algo de tiempo; el 43% una buena parte de tiempo el 37% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las mujeres entrevistadas dijo que sentían ganas de llorar una buena parte de tiempo mientras que la otra mitad se dividió en tres cuartas partes siendo la que sigue con mayor porcentaje la respuesta D: la mayor parte de tiempo.

Pregunta N° 4. Tengo problemas para dormir en la noche.

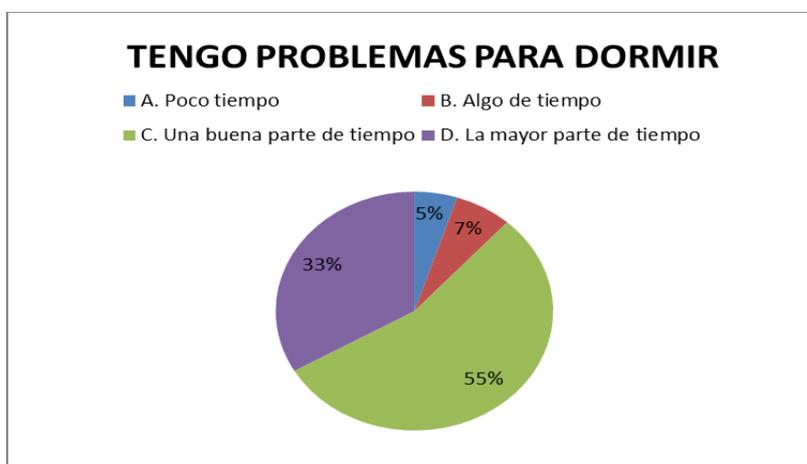
Tabla N° 27: Problemas para dormir.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	3	5,00
b) Algo de tiempo	4	7,00
c) Una buena parte de tiempo	33	55,00
d) La mayor parte de tiempo	20	33,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 24



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 5% de Las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo tienen problemas para dormir en la noche, mientras que el 7% respondió que algo de tiempo; el 55% una buena parte de tiempo el 33% la mayor parte de tiempo

INTERPRETACIÓN

Poco más de la mitad de las entrevistadas respondieron que tienen problemas para dormir una buena parte de tiempo respuesta C; mientras que un cuarto de la población respondió la mayor parte de tiempo opción D; y las demás teniendo respuestas bajas.

Pregunta N° 5. Como la misma cantidad de siempre

Tabla N° 28: Como la misma cantidad.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	2	4,00
b) Algo de tiempo	17	28,00
c) Una buena parte de tiempo	30	50,00
d) La mayor parte de tiempo	11	18,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 25



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 4% de las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo come la misma cantidad de siempre, mientras que el 28% respondió que algo de tiempo; el 50% una buena parte de tiempo el 18% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

La mitad de las personas respondieron la opción C, siendo esta una buena parte de tiempo mientras que la otra mitad se repartieron sus respuestas entre A, B y D.

Pregunta N° 6. Todavía disfruto del sexo

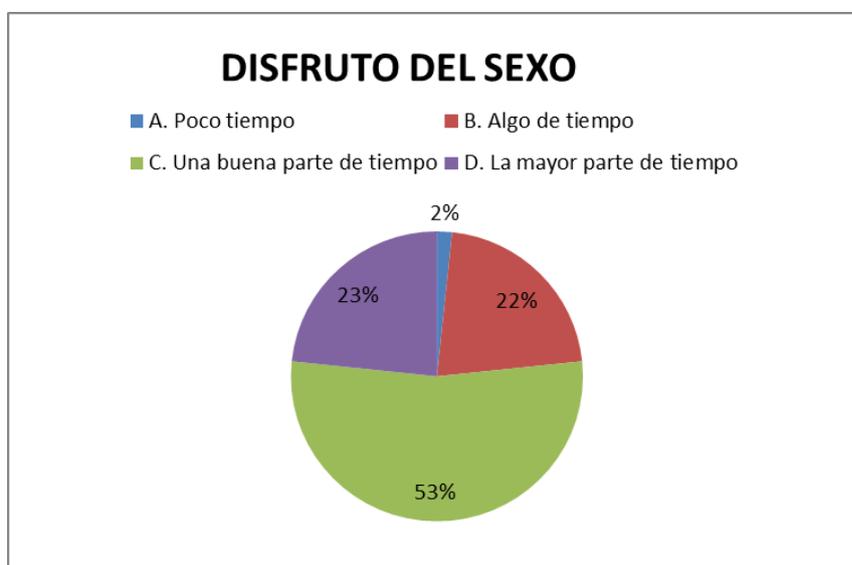
Tabla N° 29: Disfruto del sexo.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	2,00
b) Algo de tiempo	13	22,00
c) Una buena parte de tiempo	32	53,00
d) La mayor parte de tiempo	14	23,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 26



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 2% de las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo aún disfrutaban del sexo, mientras que el 22% respondió que algo de tiempo; el 53% una buena parte de tiempo el 23% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco más de la mitad de las entrevistadas respondieron la opción C, y la otra mitad se repartieron entre las otras respuestas.

Pregunta N° 7. He notado que estoy perdiendo peso.

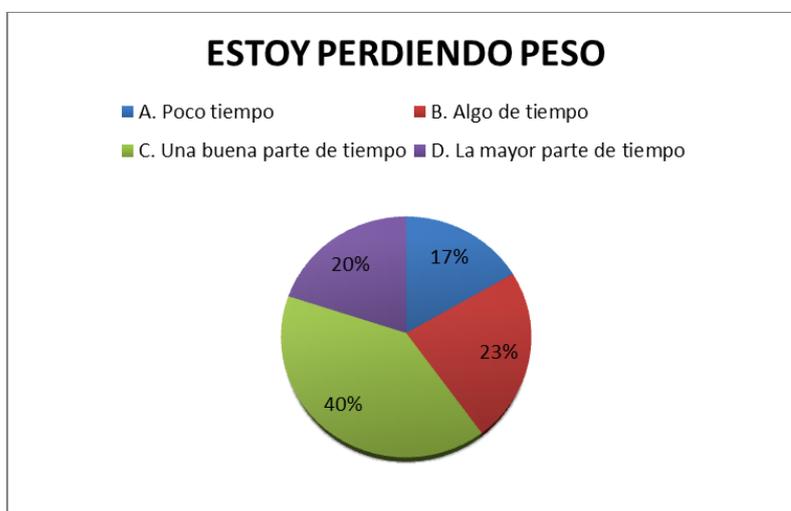
Tabla N° 30: Estoy perdiendo peso.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	10	17,00
b) Algo de tiempo	14	23,00
c) Una buena parte de tiempo	24	40,00
d) La mayor parte de tiempo	12	20,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 27



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 17% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo está perdiendo peso, mientras que el 23% respondió que hace algo de tiempo; el 40% una hace una buena parte de tiempo el 20% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Más de un tercio de la población siente que está perdiendo peso en una buena parte del tiempo la opción C, un poco menos de un tercio en cambio respondió B, algo de tiempo y el resto de la población se repartieron en cifras menores entre D y A.

Pregunta N° 8. Tengo problemas de estreñimiento

Tabla N° 31: Problemas de estreñimiento.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	22	37,00
b) Algo de tiempo	17	28,00
c) Una buena parte de tiempo	10	17,00
d) La mayor parte de tiempo	11	18,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 28



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 37% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo tiene problemas de estreñimiento, mientras que el 28% respondió que hace algo de tiempo; el 17% una hace una buena parte de tiempo el 18% hace la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco más de un tercio de la población dijeron que poco tiempo han tenido problemas de estreñimiento siendo esta la opción A, seguida de la Opción B, algo de tiempo un poco menos del tercio de la población.

Pregunta N° 9. Mi corazón late más rápido de lo normal

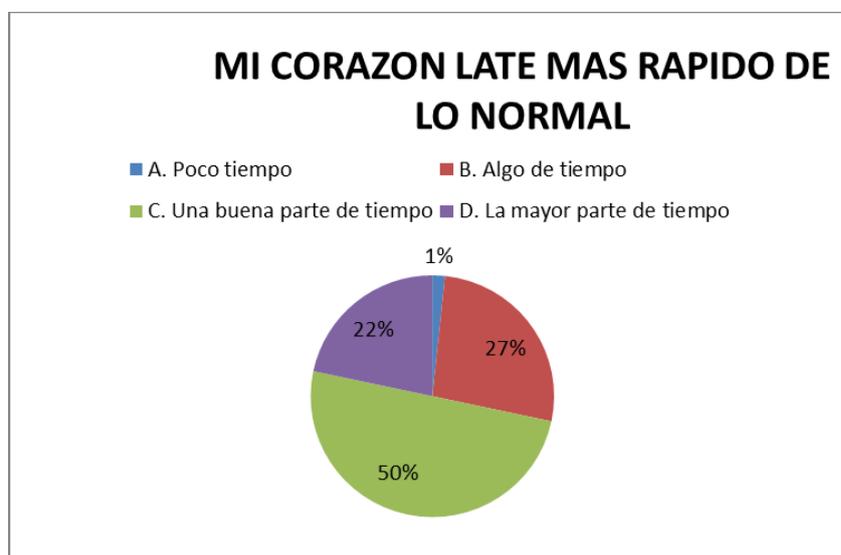
Tabla N° 32: Mi corazón late más rápido.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	1,00
b) Algo de tiempo	16	27,00
c) Una buena parte de tiempo	30	50,00
d) La mayor parte de tiempo	13	22,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 29



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 1% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo su corazón late más rápido de lo normal, mientras que el 27% respondió que hace algo de tiempo; el 50% una buena parte de tiempo y el 22% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

La mitad de las mujeres entrevistadas manifestó que sentían que su corazón late más rápido en una buena parte de tiempo siendo esta la opción, y dividiéndose en pequeñas proporciones las demás opciones A, B y D.

Pregunta N° 10. Me canso sin razón alguna

Tabla N° 33: Me canso sin razón.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	2,00
b) Algo de tiempo	12	20,00
c) Una buena parte de tiempo	28	46,00
d) La mayor parte de tiempo	19	32,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 30



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 2% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo se cansa sin razón alguna, mientras que el 20% respondió que hace algo de tiempo; el 46% una buena parte de tiempo y el 32% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Casi la mitad de la población respondió C, a la pregunta que si se cansa sin razón seguida de un tercio de la población la opción D, la mayor parte de tiempo y entre las opciones A y B el resto de la población.

Pregunta N° 11. Mi mente está tan clara como siempre

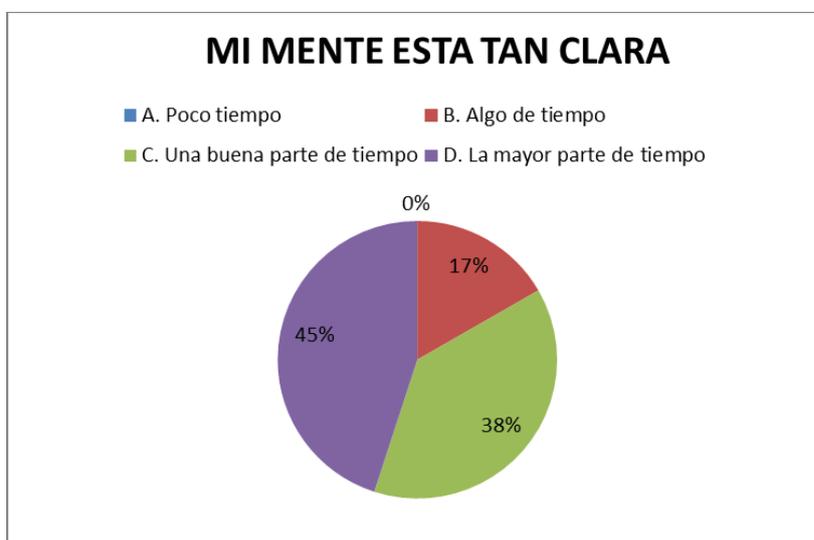
Tabla N° 34: Mi mente está clara.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	0	0,00
b) Algo de tiempo	10	17,00
c) Una buena parte de tiempo	23	38,00
d) La mayor parte de tiempo	27	45,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 31



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 0% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo se cansa sin razón alguna, mientras que el 17% respondió que hace algo de tiempo; el 38% una buena parte de tiempo y el 45% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Casi la mitad de las personas respondieron que la mayor parte del tiempo no siente tan clara su mente como antes la opción D, seguida está respuesta por un tercio de la población que respondió con la opción C, y el resto de las entrevistadas A y B.

Pregunta N° 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.

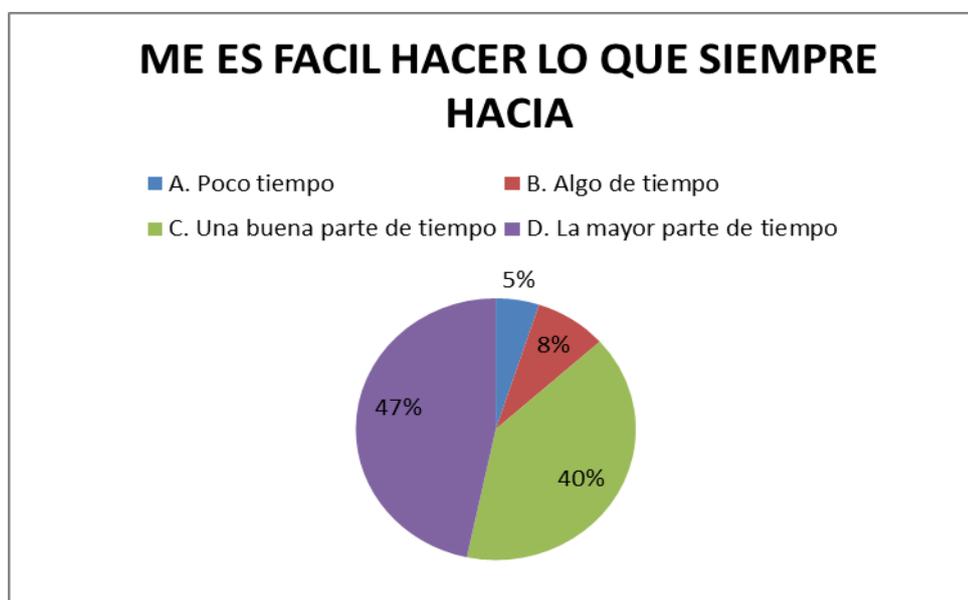
Tabla N° 35: Es fácil hacer lo que hacía.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	3	5,00
b) Algo de tiempo	5	8,00
c) Una buena parte de tiempo	24	40,00
d) La mayor parte de tiempo	28	47,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 32



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 5% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo se le hace fácil hacer lo que siempre hacía, mientras que el 8% respondió que hace algo de tiempo; el 40% una buena parte de tiempo y el 47% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Casi la mitad de la población respondió con la opción D, la mayor parte de tiempo mientras que la respuesta que le sigue es la opción C, casi un tercio de las entrevistadas y en un porcentaje menor A y B.

Pregunta N° 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto

Tabla N° 36: Me siento agitado.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	13	12,00
b) Algo de tiempo	14	23,00
c) Una buena parte de tiempo	15	25,00
d) La mayor parte de tiempo	24	40,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 33



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 12% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo se siente agitado y no puedo estar quieto, mientras que el 23% respondió que hace algo de tiempo; el 25% una buena parte de tiempo y el 40% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de las personas entrevistadas manifestaron que La mayor parte del tiempo se sienten agitadas e inquietas la opción D, seguida de las opción B casi un tercio de la población y en menor proporción C y A.

Pregunta N° 14. Siento esperanza en el futuro

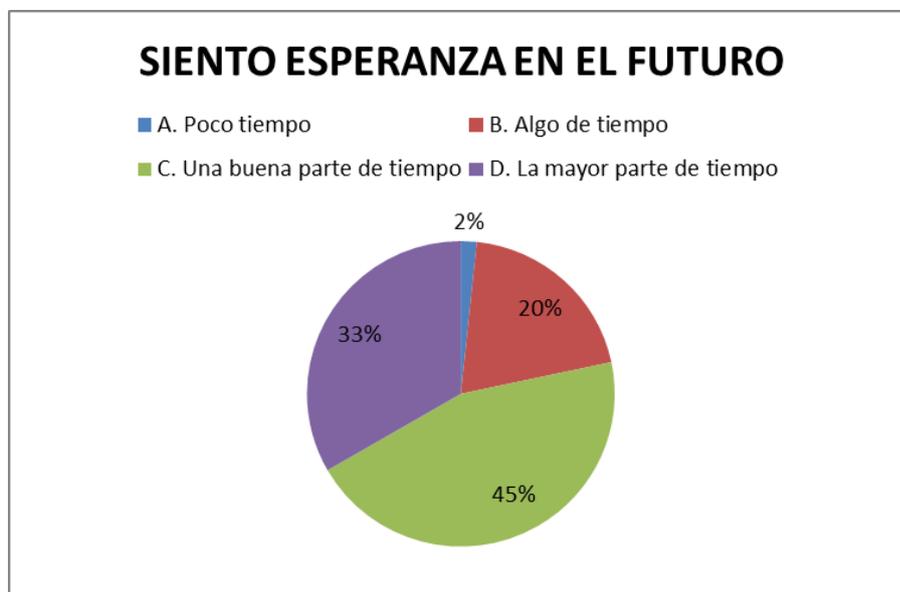
Tabla N° 37: Siento esperanza.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	2,00
b) Algo de tiempo	12	20,00
c) Una buena parte de tiempo	27	45,00
d) La mayor parte de tiempo	20	33,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 34



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 2% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo Siente esperanza en el futuro, mientras que el 20% respondió que hace algo de tiempo; el 45% una buena parte de tiempo y el 33% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad de la población respondieron que en estos últimos meses no tienen esperanza en el futuro una buena parte del tiempo opción C, La opción D fue la que le sigue con casi un tercio de la población y una cantidad menor entre A y B.

Pregunta N° 15. Estoy más irritable de lo normal

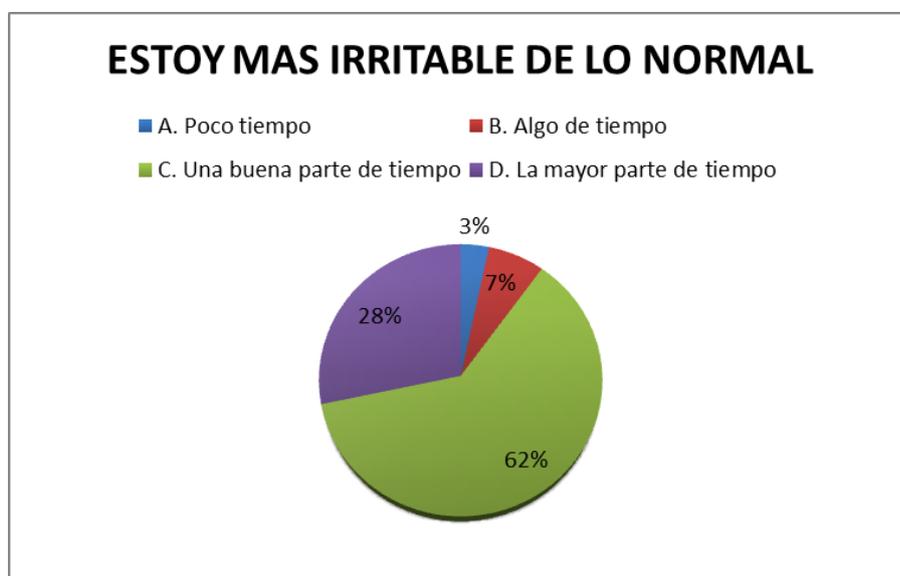
Tabla N° 38: Estoy irritable.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	2	3,00
b) Algo de tiempo	4	7,00
c) Una buena parte de tiempo	37	62,00
d) La mayor parte de tiempo	17	28,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 35



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 3% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo me es fácil tomar decisiones, mientras que el 7% respondió que hace algo de tiempo; el 62% una buena parte de tiempo y el 28% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Más de la mitad de las personas entrevistadas dijeron estar una buena parte del tiempo opción C, mas irritables de lo normal, mientras que casi un tercio respondió la mayor parte de tiempo D, y en menor cantidad las opciones A y B.

Pregunta N° 16. Me es fácil tomar decisiones

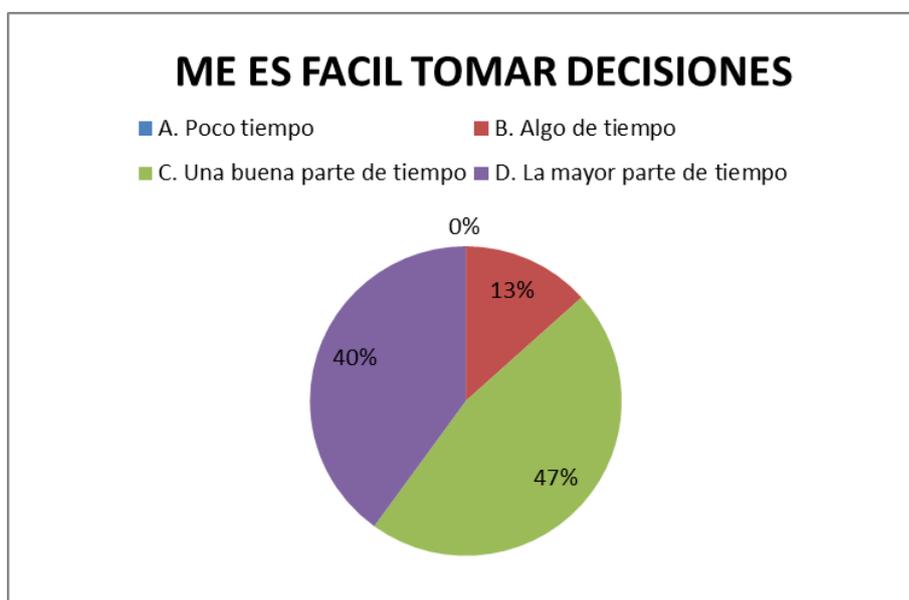
Tabla N° 39: Me siento decaído y triste.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	0	0,00
b) Algo de tiempo	8	13,00
c) Una buena parte de tiempo	28	47,00
d) La mayor parte de tiempo	24	40,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 36



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 0% de las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo se le hace fácil tomar decisiones, mientras que el 13% respondió que hace algo de tiempo; el 47% una buena parte de tiempo y el 40% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Casi la mitad de la población entrevistada respondió con la opción C, una buena parte de tiempo no se le hace fácil tomar decisiones la otra mitad se repartió entre las respuestas D y B.

Pregunta N° 17. Siento que soy útil y me necesitan

Tabla N° 40: Siento que soy útil.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	1,00
b) Algo de tiempo	13	22,00
c) Una buena parte de tiempo	27	45,00
d) La mayor parte de tiempo	19	32,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 37



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 1% de las mujeres entrevistadas respondió poco tiempo se siente útil y que la necesitan, mientras que el 22% respondió que algo de tiempo; el 45% una buena parte de tiempo y el 32% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de las personas entrevistadas dijeron que no se sentían útiles una buena parte de su tiempo opción C, seguidas de casi un tercio de la población dijo la Opción D, la mayor parte de tiempo.

Pregunta N° 18. Me siento decaído y triste

Tabla N° 41: Me siento decaído y triste.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	1	2,00
b) Algo de tiempo	20	33,00
c) Una buena parte de tiempo	23	38,00
d) La mayor parte de tiempo	16	27,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 38



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 2% de las mujeres entrevistadas respondió que hace poco tiempo su vida es bastante plena, mientras que el 33% respondió que algo de tiempo; el 38% una buena parte de tiempo y el 27% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco más de un tercio de la población entrevistada manifiesta sentirse decaída y triste una buena parte de su tiempo opción C, y un tercio respondió algo de tiempo B y en menor porcentaje A y C.

Pregunta N° 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera

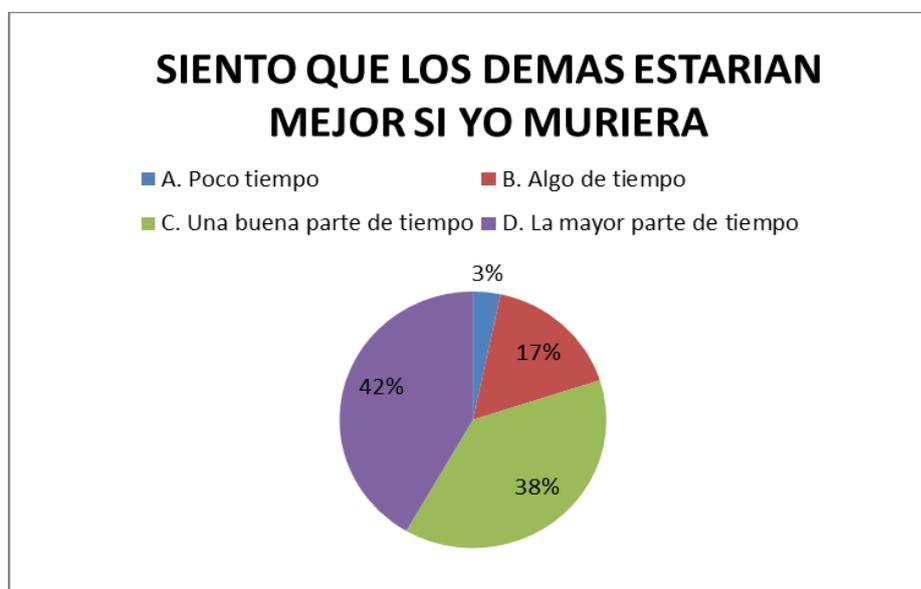
Tabla N° 42: Siento que estarían mejor si yo muriera.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	2	3,00
b) Algo de tiempo	10	17,00
c) Una buena parte de tiempo	23	38,00
d) La mayor parte de tiempo	25	42,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 39



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 3% de las mujeres entrevistadas dijeron que hace poco tiempo sienten que los demás estarían mejor si ellas murieran, el 17% respondió que algo de tiempo; el 38% una buena parte de tiempo y el 42% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Un poco menos de la mitad dijo que sentir la mayor parte de tiempo D que estarían los demás mejor si ellas murieran y casi un tercio respondió sentir eso una buena parte de su tiempo C y en menor cantidad A y B.

Pregunta N° 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

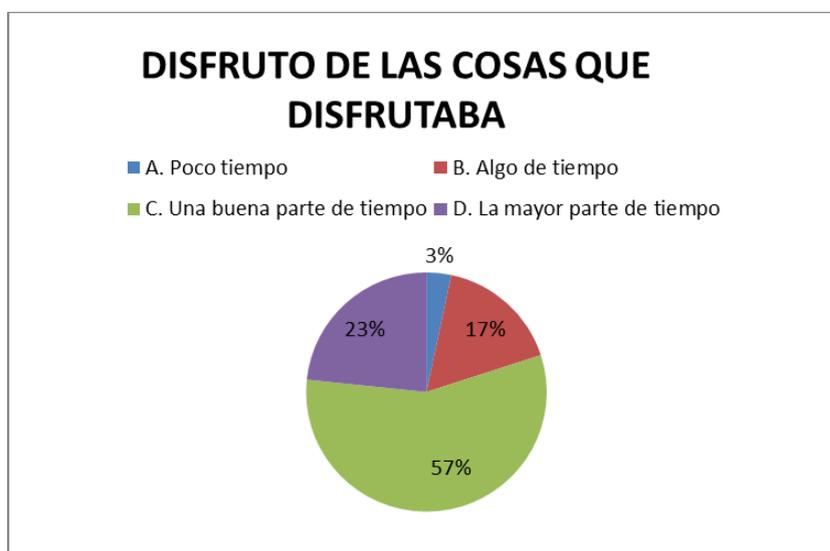
Tabla N° 43: Disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
a) Poco tiempo	2	3,00
b) Algo de tiempo	10	17,00
c) Una buena parte de tiempo	34	57,00
d) La mayor parte de tiempo	14	23,00
Total	60	100,00

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

Gráfico: N° 40



Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

El 3% de las mujeres entrevistadas respondió que poco tiempo disfruta de las cosas que disfrutaba antes, mientras que el 17% respondió que algo de tiempo; el 57% una buena parte de tiempo y el 23% la mayor parte de tiempo.

INTERPRETACIÓN

Más de la mitad de la población dijo que ya no disfrutaba de las cosas como antes una buena parte de tiempo C, y casi un tercio de la población dijo la mayor parte de tiempo y un número menor se repartió las opciones A y B.

Tabla de contingencia riesgo de violencia *Depresión

Tabla N° 44

Recuento

		Depresión			Total
		Leve	moderada	grave	
Riesgo de	Bajo	3	4	0	7
violencia de	Medio	8	13	0	21
pareja	Alto	22	6	4	32
Total		33	23	4	60

Fuente: Mujeres que acuden Fiscalía de Tungurahua

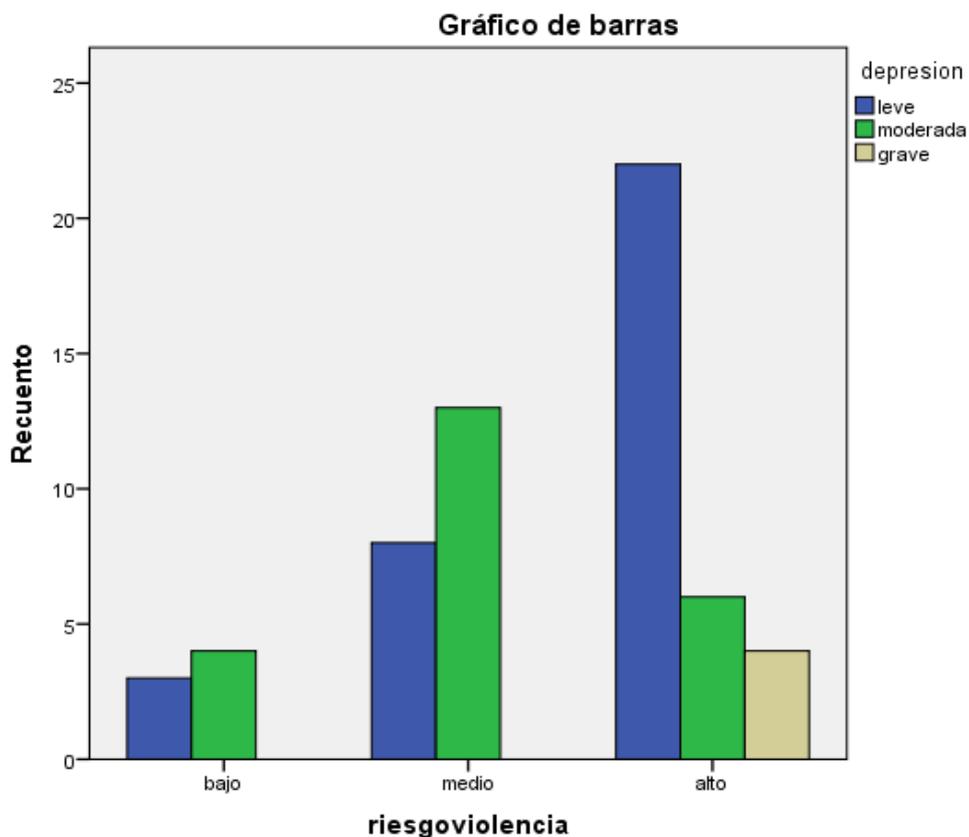
Elaborado por: Viviana López

ANÁLISIS

Mediante la correlación de las variables se ha obtenido que dentro del riesgo de violencia de pareja bajo 3 personas tienen depresión leve, 4 moderada y ninguna con depresión grave. En cuanto al riesgo de violencia de pareja moderado se encuentran 8 personas con niveles de depresión leve, 13 moderada y ninguna con nivel alto. En el riesgo de violencia de pareja alto se pudo encontrar 33 personas con niveles de depresión leve, 23 moderado y 4 personas con el nivel depresivo grave.

RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA Y DEPRESIÓN

Gráfico: N° 41



Elaborado por: Viviana López

INTERPRETACIÓN

A partir de la correlación de variables se ha podido determinar que en el caso del riesgo de violencia de pareja bajo se encuentra en un índice más alto los niveles de depresión moderada y por lo contrario no existen personas con niveles de depresión grave, en cuanto al riesgo de violencia de pareja medio de igual manera encontramos a los niveles de depresión moderada como el índice más alto mientras que los niveles de depresión grave no se encuentran también en este nivel de riesgo de violencia de pareja, mientras que en el Riesgo de violencia de pareja alto se encuentra el índice más alto a los niveles depresivos leves y el más bajo el nivel grave de depresión.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

H0: El riesgo de violencia de pareja incide en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

H1: El riesgo de violencia de pareja no incide en la depresión de las mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

Tabla: N° 45

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	12,770 ^a	4	,012	,011		
Razón de verosimilitudes	14,548	4	,006	,007		
Estadístico exacto de Fisher	11,816			,009		
Asociación lineal por lineal	,764 ^b	1	,382	,457	,234	,080
N de casos válidos	60					

Elaborado por: Viviana López

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

b. El estadístico tipificado es -,874.

4.2.1. VERIFICACIÓN

Se aplicó la prueba chi cuadrado encontrando que si existe relación entre el riesgo de violencia de pareja y la depresión ($X^2(4) = 11,816$, $p < 0,05$), por lo que se acepta la hipótesis.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

- Con base en la investigación realizada se concluye que el riesgo de violencia de pareja incide en la depresión de las mujeres, como se evidencia en la relación de variables con la prueba estadística chi cuadrado en la tabla N° 45.
- Se han determinado los niveles de riesgo de violencia de pareja en mujeres, siendo el porcentaje mayor el nivel alto con el 53% ya que más de la mitad de estas personas presentan dicho nivel como se puede determinar en la tabla de contingencia riesgo de violencia de pareja* depresión N° 44.
- En el total de las mujeres entrevistadas se pudo identificar la existencia de depresión siendo la de mayor incidencia el nivel de depresión leve con un porcentaje de 55%, seguido del moderado con un 38% y en un porcentaje menor el nivel grave con el 6%; como se muestra en la tabla de contingencia riesgo de violencia de pareja *depresión N° 44.

- Se pudo determinar con esta investigación que la frecuencia y la gravedad de los incidentes de agresión; van en aumento a lo largo de la relación en la mitad de las mujeres en riesgo de violencia siendo esto una alta cifra la misma que es preocupante como se puede observar en el gráfico N°10.
- Se concluye que es muy frecuente en las mujeres que se encuentran en riesgo de violencia de pareja existan justificativos de los actos violentos por parte del agresor como se demuestra en el gráfico N°21.
- Se pudo determinar que la mayoría de las víctimas en riesgo de violencia de pareja se sienten vulnerables como se demuestra en el gráfico N°24; ya que por diferentes motivos ellas se sienten desprotegidas.
- Se pudo observar que una gran parte de las mujeres en riesgo de violencia entrevistadas, la mayoría de tiempo piensan que se sentirían mejor si ellas murieran como se demuestra en el gráfico N°42.

5.2 RECOMENDACIONES.

- Se recomienda que exista un mayor apoyo institucional para las mujeres en riesgo de violencia de pareja, con programas informativos ya que muchas de estas no tienen el conocimiento de los trámites a realizar, haciendo que exista confusión en el proceso a seguir.
- Es preciso que las mujeres en riesgo de violencia de pareja asistan a terapia individual para mejorar el autoestima, empleando un enfoque cognitivo conductual.
- Es necesario implementar charlas informativas como prevención primaria, la cuales deberían estar enfocadas en la psicoeducación de las personas externas dando a conocer los altos niveles de violencia que existe en nuestro medio y las consecuencias devastadoras que dejan en el núcleo familiar.
- Se recomienda el uso de terapia cognitiva conductual para la intervención de mujeres en riesgo de violencia de pareja para mejorar su área emocional y cognitiva.
- Es necesario establecer la búsqueda de una red de apoyo en el grupo familiar de las mujeres en riesgo de violencia de pareja para poder crear un vínculo protector durante la terapia psicológica.
- Es preciso implementar lugares de acogimientos los mismos que deberían estar orientados con talleres prácticos desarrollando habilidades para poder llegar a la inserción de las mujeres en riesgo de violencia de pareja a un empleo para que éstas puedan sobrellevar sus finanzas solas y salir adelante con su núcleo familiar.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 TÍTULO

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES PARA MUJERES EN RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA CON DEPRESIÓN, QUE ACUDEN A LA FISCALÍA GENERAL DE TUNGURAHUA.

6.2 DATOS INFORMATIVOS

Institución Ejecutora

Fiscalía General de Tungurahua

Beneficiarios

Beneficiarios Directos

Mujeres que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

Beneficiarios Indirectos

- ✓ Hijos de las mujeres participantes
- ✓ Familiares de las mujeres participantes
- ✓ Comunidad

Ubicación

Tungurahua, Ambato, Lalama y Cevallos.

Tiempo estimado de la ejecución

Noviembre 2014 a Febrero 2015

Equipo técnico responsable

- ✓ Psicólogo Clínico de la Dependencia
- ✓ Investigador

Costo

El costo total del proyecto asciende a 515 dólares

6.3 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La violencia de género y el riesgo de violencia de pareja son dos fenómenos comunes en la población ecuatoriana, y en ambos la víctima por excelencia es la mujer. En el país, seis de cada diez mujeres son objeto de alguna forma de violencia (INEC, 2012), que comprende agresiones físicas de toda intensidad, insultos, amenazas, chantajes emocionales, humillaciones, intentos de asesinato y abuso sexual. El maltrato psicológico, no obstante, es la forma más común de violencia ejercida contra las mujeres ecuatorianas, y su potencial altamente nocivo

a mediano y largo plazo es subestimado frente a las agresiones físicas, debido a que las secuelas de los golpes son inmediatas y evidentes.

A nivel nacional, el perpetrador común de las agresiones en contra de las mujeres es el compañero sentimental esposo, novio, amante, conviviente. En efecto, el 87,3% de los casos de maltrato sufrido por mujeres tiene como agresor a la pareja (Kroeger & Mittelberger, 2013). En Tungurahua las cifras de la violencia de género son todavía más altas: 7 de cada diez mujeres son objeto de abuso físico, psicológico y/o sexual; y en nueve de cada diez casos reportados el perpetrador es la pareja sentimental (INEC, 2012).

Es por esto que se hace necesario implementar talleres orientados a mejorar la autoestima de las mujeres que acuden a la fiscalía general de Tungurahua.

Acudiendo a investigar en el repositorio de la universidad técnica de Ambato, se ha encontrado la siguiente investigación que tiene la propuesta que se asemeja a la investigación que se plantea, el tema de la investigación es “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” y su propuesta es:

Programa psicoterapéutico de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis a las mujeres de 18 a 40 años de edad que reciben maltrato físico y psicológico que afecta el comportamiento sexual en la mujer, de la “Comisaria de la Mujer” ciudad Ambato.

6.4 JUSTIFICACIÓN

Las razones que justifican y el **interés** en el realizar esta propuesta, es que mediante la implementación de talleres psicoterapéuticos pueda mejorar el autoestima de la mujer en riesgo de violencia de pareja potenciando positivamente a esta población.

La **importancia** de esta propuesta es demostrar que se puede mejorar la calidad de vida, las relaciones familiares y mejorar la autoestima, de las mujeres en riesgo de violencia de pareja que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

La **novedad** de esta propuesta es utilizar técnicas cognitivo conductuales, las mismas que ayudaran a mejorar y manejar los pensamientos erróneos que puedan existir en estas mujeres. Las **beneficiarias** directas son las mujeres en riesgo de violencia de pareja que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

Esperando tener con la propuesta gran relevancia e **impacto** positivo en las mujeres en riesgo de violencia, ya que al trabajar en mejorar la autoestima y la comunicación de forma asertiva se iniciará una mejoría a nivel emocional de éstas y con el pasar del tiempo conseguir un mejoramiento total.

En la Fiscalía General de Tungurahua no se ha creado una propuesta como esta con anterioridad, de ahí su **originalidad**. Esta propuesta es **viable** ya que cuenta con el apoyo incondicional de las autoridades de la Fiscalía General de Tungurahua y de las mujeres que acuden a esta.

6.5 OBJETIVOS

Objetivo general

- Diseñar un programa de intervención de técnicas cognitivas conductuales para mujeres en riesgo de violencia de pareja con depresión, que acuden a la Fiscalía General de Tungurahua.

Objetivos específicos

- Reconocer los pensamientos, emociones y conductas para lograr la clarificación en su área emocional y cognitiva.
- Disminuir los síntomas depresivos.
- Elevar la autoestima
- Promover mayores y mejores habilidades de comunicación
- Desarrollar conductas asertivas que faciliten ampliar las redes de apoyo.
- Entrenar en la resolución de conflictos, para facilitar el proceso ante situaciones problemáticas.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

Terapia cognitivo-conductual

Definición y generalidades

La corriente cognitivo-conductual, en la que se enmarca el paradigma psicoterapéutico utilizado en el presente trabajo investigativo, comprende el aporte teórico e investigativo de diversos autores.

Recogiendo criterios expuestos por Dobson y Dozois (2010), se puede definir a la terapia cognitivo-conductual como una alternativa de intervención psicológica primero La actividad cognitiva incide en la conducta o la afecta en alguna medida.

Kadzin (citado por Dobson & Dozois, 2010) se refiere al principio de acción de la terapia cognitivo-conductual de la siguiente manera la modificación cognitivo-conductual comprende tratamientos que intentan cambiar la conducta manifiesta mediante la reforma de pensamientos, interpretaciones, suposiciones y estrategias de afrontamiento” Se comprende entonces que la propuesta terapéutica cognitivo-conductual identifica a los procesos de pensamiento como el campo en el que se hace la intervención para el alivio del malestar emocional y la reducción o modificación de las conductas des adaptativas del individuo, mediante técnicas que promuevan la alteración de los patrones cognitivos relacionados con el desajuste.

La siguiente cita tomada del libro “Terapia Cognitiva” de Judith Beck (2000) recoge los nombres de varios de los principales teóricos de la corriente cognitivo-conductual –hablando previamente de su padre, Aaron Beck, creador de la terapia

cognitiva-, cuyos aportes se sustentan en el principio fundamental de la mediación del pensamiento.

Entre las técnicas más importantes utilizadas por terapeutas adheridos a esta corriente están el debate de ideas irracionales, los autorregistros, las conceptualizaciones, la jerarquización de conflictos, o la relajación, que en resumidas cuentas actúan sobre los esquemas de pensamiento utilizando la reflexión, la confrontación, la integración de elementos dispersos o el alivio sintomático, promoviendo una alteración a nivel cognitivo que permita reestructurar las maneras típicas de interpretación de la realidad en torno a perspectivas más adaptativas o flexibles.

El estadounidense Aaron T. Beck desarrolló la terapia cognitiva en la década de 1960, a raíz del interés desarrollado por este terapeuta –originalmente psicoanalista- en el tratamiento de la depresión. En contraste con el principio psicoanalítico de la depresión que supone un instinto destructivo en el sujeto dirigido hacia sí mismo, Beck formuló una interpretación alternativa que enfatizaba en el papel que juegan los contenidos negativos del pensamiento en el curso de un trastorno depresivo (Knapp & Beck, 2008). A partir de esta formulación básica Beck determinó que el pensamiento de los pacientes deprimidos se caracterizaba generalmente por distorsiones y parcializaciones hacia interpretaciones pesimistas de la realidad, y con el paso del tiempo descubrió en este fenómeno la causa, mantención o exacerbación de otras alteraciones como la ansiedad, las fobias o las psicosis. Su propuesta terapéutica enfocaría entonces en la modificación de las cogniciones, extendiendo el principio de tratamiento cognitivo a otros trastornos mentales distintos a la depresión, tal como lo explica Judith Beck (2000):

Los conceptos básicos del modelo

El modelo de terapia cognitiva de Beck mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas. Contradice la posición conductista que se niega a investigar los pensamientos declarando que “a pesar que los auto-reportes de experiencias privadas no son verificables por otro observador, esta información introspectiva provee una rica fuente de hipótesis demostrables” (Beck (Beck, Rush, Sahw y Emery, 2002); con lo cual estaba expresando la preocupación de un número creciente de clínicos frustrados por la indiferencia que los conductistas prestaban a una valiosa fuente de datos y entendimiento que brindan los procesos cognitivos. Las "distorsiones cognitivas" se producen por una dinámica cognitiva que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos:

Las creencias centrales o nucleares

Son "significados personales" tácitos o inconscientes sobre el mundo, los demás y el sí mismo. Estas creencias son aprendidas a menudo en las experiencias de la vida infantil basadas en la interacción con el mundo y otras personas, en un intento de organizar internamente las experiencias. Estos significados personales conforman un segundo sistema cognitivo de tipo emocional ajeno al sistema racional de pensamiento. Una personas podría tener la creencia central de “ser incompetente”. Esta creencia central podrían estar activa casi todo el tiempo, activarse bajo ciertas circunstancias, o sólo en estados depresivos. En tales casos, la persona tiende a enfocarse selectivamente en información o conclusiones que confirman su creencia, descartando o no valorando información contraria a esta.

De esta forma mantiene su creencia a pesar de ser inexacta y disfuncional. Las creencias centrales representan el nivel más fundamental de creencias, son generales, rígidas e implican una sobregeneralización (J. Beck, 1995).

Creencias intermedias

Estas creencias centrales generan **creencias intermedias** en forma de actitudes, reglas y asunciones: Actitud: “Es terrible ser incompetente”; Regla: “Yo debo trabajar tan duro como pueda todo el tiempo; Asunción: “Si trabajo tan duro como pueda, yo podré hacer algunas cosas que otros pueden hacer fácilmente” (J. Beck, 1995). Las creencias centrales y las intermedias conforman esquemas que afectan las percepciones y conceptualizaciones que se hagan respecto a eventos cotidianos o vitales.

Pensamientos automáticos

Cuando por distintos eventos vitales se activan esos esquemas (creencias centrales e intermedias) que permanecían latentes o dormidos, irrumpen en la conciencia e interrumpen el pensamiento racional en forma de ”distorsiones cognitivas” a través de "**pensamientos automáticos**" (contenidos de pensamiento involuntarios, taquigráficos que emergen muy rápidamente). Esos pensamientos automáticos son pensamientos sobre los acontecimientos actuales y son ajenos al análisis racional, reflejando las distorsiones del pensamiento, guiadas por los significados inconscientes (Ruiz 2001).

Los pensamientos automáticos constituyen las palabras o imágenes que pasan por la mente de la persona, expresándose principalmente en inferencias que actúan sobre el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica que se tendrá en situaciones actuales específicas, y pueden ser considerados como el nivel más superficial de cognición: *“Esta lectura es difícil, por lo que no la entenderé nunca. No entiendo porque por ser tonto”, luego me siento triste, abandono la tarea, me siento con una pesadez estomacal.* Siendo los pensamientos automáticos lo que está visible en la conducta del individuo, y más accesible a su conciencia, el proceso terapéutico se dirige primeramente a identificarlos, evaluarlos,

rebatirlos, y modificarlos por nuevos pensamientos. Eventualmente se guía al sujeto a identificar y modificar los pensamientos intermedios y pensamientos centrales (J. Beck, 1995).

Las creencias nucleares y las reglas intermedias conforman los esquemas almacenados en la memoria, los cuales se activan ante situaciones específicas relacionadas a los contenidos de estos esquemas. De esa forma, al tener que presentar una charla en una clase de inglés donde percibe a sus compañeros como “más competentes”, surge el pensamiento automático en forma de inferencia: “Si me equivoco se burlarán de mí”. Al preguntarle a un paciente el porqué de su inferencia automática, con diferentes grados de dificultad usualmente llegan a contestar con su creencia nuclear. En este caso ante la pregunta ¿por qué se burlaran de ti? La contestación sería: “porque no soy suficientemente buena”, lo que corresponde a la creencia nuclear. Usualmente, algún componente de la respuesta o conducta va a obedecer la regla positiva derivada de los creencias intermedias: “falto a clases porque así evito presentar una charla en inglés frente a compañeros que son mejores que yo, de manera que no se burlen de mí”

Tipos de pensamientos automáticos (J. Beck, 1995)

Los pensamientos automáticos se expresan en diferentes tipos de inferencias:

- Todo o nada (pensamiento dicotómico): “Si no tengo un éxito completo, soy un fracaso.”
- Catastrofización (adivinando el futuro): “No seré aceptado en ese grupo.”
- Descalificar o descartar los positivo: “Me fue bien en el examen, fue por pura suerte.”
- Razonamiento emotivo: creer que algo es cierto dado que “siento” (realmente creo) que es así, a pesar de las evidencias en contra.: “Hago todo bien, pero siento que soy un fracaso.”

- Etiquetamiento (propio y a otros): “Fracasé en la prueba, luego soy un perdedor.”
- Magnificar / Minimizar: Al evaluarse a sí mismo, a otros, y a situaciones, magnifica lo negativo o minimiza lo positivo: el haber obtenido una evaluación mediocre prueba lo inadecuado que soy. El haber ganado algunas notas altas no me hace inteligente.
- Filtro mental (o abstracción selectiva): atención a detalles negativos en vez de ver la totalidad. “Dado que gané algunas bajas notas en mis evaluaciones [aunque también incluían muchas notas altas], estoy haciendo un trabajo mediocre.”
- Lectura de la mente: Creer saber lo que los otros piensan, no viendo otras posibilidades igualmente factibles: “Él está pensando que no sé nada de este proyecto.”
- Sobregeneralizaciones: Saltar a conclusiones negativas que caen muy fuera del contexto de la situación actual: “Dado que no me sentí cómodo en esa reunión, significa que yo carezco de lo esencial para hacer amistades”.
- Personalizaciones: Creencia de que otros se comportan negativamente por Ud., sin considerar otras explicaciones más plausibles por su comportamiento: “El plomero fue seco conmigo porque algo debo haber hecho que le molestó.”
- Afirmaciones con “tengo” y “debo” (imperativas). Ideas precisas y fijas de cómo Ud. y otros deben comportarse acompañadas de una sobreestimación de lo malo que es que estas expectativas no se cumplan. “Es terrible que haya cometido un error. Yo siempre debo hacer lo mejor.”
- Visión de túnel: Ver sólo el aspecto negativo de un situación: “El maestro de mi hijo no puede hacer nada bien. Es crítico y poco sensitivo. Es un mal maestro.”

Técnicas de intervención Cognitivas Conductuales

Técnicas Cognitivas

- **Detección:** Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
- **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que la terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.
- **Discriminación:** El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- **Tareas cognitivas para casa:** Se utilizan con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación.
- **Definición:** Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude...").
- **Técnicas referenciales:** Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
- **Técnicas de imaginación:** Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:
 - La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

- La proyección en el tiempo: del paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.
- Hipnosis: Técnicas hipno-sugestivas en conjunción con frases racionales.

Técnicas Emotivas

- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.
- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. ("Pedir tabaco en una frutería")
- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
- Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.
- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

Técnicas Conductuales

- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

6.7. METODOLOGIA / MODELO OPERATIVO

<i>ETAPA</i>	<i>TECNICA</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>RECURSOS</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>TIEMPO</i>
Inicial	Evaluación Psicológica	- Recopilar información	-Realización de la H.C. -Aplicación de baterías de test	Espacio físico Material didáctico Test psicométricos	Investigadora	60 min
Inicial	Encuadre	-Establecimiento de objetivos y normas terapéuticos. -Establecimiento de la relación terapéutica. -Llegar a acuerdos y compromisos.	- Estructuración de objetivos - Alianza terapéutica	Espacio físico Material didáctico	Investigadora	60 min
Inicial	Psicoeducación	-Explicar y orientar acerca de la problemática. -Explicar sobre la	-Utilizar lecturas referentes a la violencia de pareja. -Normalizar la situación.	Espacio físico Material didáctico.	Investigadora	45 min

		<p>terapia cognitiva conductual.</p> <p>-Explicar el proceso depresivo.</p>				
Desarrollo	Detección	<p>-Identificar pensamientos, emociones y conductas.</p>	<p>-Enseñar a llevar un registro diario de sus pensamientos automáticos (situación, emoción, pens. automático, conducta, consecuencia)</p>	<p>Espacio físico</p> <p>Material didáctico</p> <p>Hoja de detección de Pensamientos Automáticos.</p>	Investigadora	60 min
Desarrollo	Técnica de Imaginación Racional Emotiva (IRE)	<p>-Enseñar a modificar las respuestas emocionales inapropiadas a una apropiada.</p>	<p>-(IRE) Se recordara la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio</p>	<p>Espacio físico</p> <p>Material didáctico</p>	Investigadora	<p>II sesiones de 45 min</p>

			de la creencia irracional			
Desarrollo	Programación de actividades alternativas	<ul style="list-style-type: none"> -Lograr establecer nuevas actividades alternas al problema -Mejorar el estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> -Buscar que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, por ejemplo realizar actividades deportivas para reducir sus pensamientos depresivos. 	<p>Espacio físico</p> <p>Material didáctico</p>	Investigadora	<p>II sesiones de 50 min</p>
Desarrollo	Ejecución de Roles	<ul style="list-style-type: none"> -Generar puntos de vistas alternativos a las cogniciones disfuncionales -Adquirir habilidades para resolver conflictos 	<p>Se crean escenas que al paciente le afectan y mediante modelado o ensayo de otras conductas se van introduciendo nuevas alternativas para la problemática.</p>	<p>Espacio físico</p> <p>Material didáctico</p>	Investigadora	<p>II sesiones de 50 min</p>

Desarrollo	Reestructuración Cognitiva	<p>-Ayudar a mejorar la autoestima.</p> <p>-Tomar conciencia de la importancia de una autoestima positiva para afrontar eficazmente su problemática.</p> <p>-Favorecer un estilo de pensamiento positivo que aumente sus fortalezas y disminuya sus debilidades.</p>	<p>-Uso de la aceptación incondicional: Se enseña al paciente a la auto-aceptación.</p> <p>- Refutación: Realizar preguntas para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?".</p> <p>- Registro, análisis y realización de la actividad Mi Diario de Autoestima.</p>	Espacio físico Material didáctico	Investigadora	II sesiones de 60 min
------------	----------------------------	--	--	--------------------------------------	---------------	-----------------------

Desarrollo	Entrenamiento Asertivo Técnica de Salter	-Lograr defender sus derechos de manera asertiva	-Explicar sus derechos asertivos. -Aplicar la técnica de Salter: Externar los sentimientos, expresión facial adecuada, practica opinión contraria, uso del pronombre YO, improvisación.	Espacio físico Material didáctico	Investigadora	II sesiones de 45 min
Desarrollo	Resolución de Conflictos	-Lograr la adquisición de herramientas para mejorar la toma de decisiones.	-Dar la definición clara y operativa del problema. -Priorizar objetivos -Generar alternativas. -Toma de decisiones.	Espacio físico Material didáctico	Investigadora	II sesiones de 60 min
Seguimiento	Cierre	-Evaluar los progresos y objetivos cumplidos	-Despedida terapéutica	Espacio físico Material	Investigadora	60 min

		-Recordar las técnicas aprendidas y cuando utilizarlas		didáctico		
Seguimiento	Reevaluación Cognitiva	-Reforzar lo aprendido -Evaluar nuevos problemas	-Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.	Espacio físico Material didáctico	Investigadora	60 min 1 vez al mes

6.9 MARCO ADMINISTRATIVO

6.9.1. Recursos físicos o institucionales

Fiscalía General de Tungurahua

6.9.2. Recursos humanos

Investigador: Viviana Marcela López Rivera

Autoridades de la institución

Tutor de la Investigación: Dr. Germán Galarza

6.9.3. Materiales

- Materiales de oficina
- Hojas
- Esferos
- Equipo informático
- Laptop
- Proyector digital
- Parlantes

6.9.4 Recursos Económicos

Recurso	Cantidad	Valor/recurso	Valor/total
Hojas	200	\$0,10	\$2,00
Lápices	10	\$0,25	\$2,50
Esferos	10	\$0,30	\$3,00
Lapto	1	\$500	\$500
Transporte	30	\$0,25	\$7.50
Total			\$ 515

6.10 REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la evaluación de la intervención propuesta se utilizará varios recursos de registro, seguimiento y medición para conocer datos necesarios, para la valoración del riesgo de violencia, y sintomatología de cuadros depresivos.

Seguimiento de las mujeres después de finalizada la intervención utilizando los registros acerca de cambios a nivel psicosocial, para comprobar mantenimiento y progreso del mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres en riesgo de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Balarezo, L. (2005). Psicoterapia. Ecuador: Canon Datapro.
- Beck, A., Johnn, R., Shaw,B., Emery, G. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Desclée de Bro Wer S.A. España.
- Bernal, L. (2003). La Familia en la Determinación de la Salud. Merrill Palmer.
- Bravo, M., Bobes, J.,Saiz, J. (2009).Manual del Residente de Psiquiatría. EneLife Publicidad S.A. y Editores.
- Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence—a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 3-21. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Echeburúa, Corral. (1998). Manual de violencia familiar, Editorial Siglo XXI Madrid.
- Frances, A., Alan H., First, M. (2001). DSM-IV-TR. Masson, S.A.
- García, M. (2008). Atención al adolescente. España: Publican Ediciones.
- Golman, H. (2000).Psiquiatria General. Editorial El Manual Moderno, Mexico, D.F.
- Galarza Piñaloza, N. S. (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.
- Reynoso-Erazo, L.& Seligson, I.(2005).Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno.

LINKOGRAFÍA

Centro de estudios de opinión. (s.f.). Recuperado el 06 de Agosto de 2014, de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1650/1302>

Compensar. com. (2013). Recuperado el 5 de Agosto de 2014, de Educación - Talleres para padres: <http://www.compensar.com/educacion/talPad.aspx>

Concepto de Taller Pedagógico. (s.f.). Recuperado el 06 de Agosto de 2014, de http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf

Definición a, b, c. (s.f.). Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>

Educar.ec. (2011). Recuperado el 26 de Abril de 2014, de http://www.educar.ec/servicios/regla_loei-1.html

El Universo. (06 de marzo de 2008). El Universo.com. Recuperado el 29 de abril de 2014, de <http://www.eluniverso.com/2008/03/06/0001/626/6D23161989654B548D0DDF0C1C8CC469.html>

Equipo editorial el bebe.com. (10 de septiembre de 2014). El bebe.com. Recuperado el 12 de septiembre de 2014, de <http://www.elbebe.com/educacion/estilos-educativos-padres-autoritarios-permisivos-democraticos>

Facebook. (10 de Julio de 2012). Recuperado el 2014 de Agosto de 2014, de <https://es-es.facebook.com/Lecturaavanzada/posts/396987567016397>

Faría, H. (1998). Yahoo. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de <https://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20080703123900AA0F27>

García, J. M. (2013). La influencia del ambiente familiar. Recuperado el 15 de abril de 2014, de <http://www.solohijos.com/web/la-influencia-del-ambiente-familiar-2/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (Marzo de 2011). Recuperado el 28 de Abril de 2014, de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=551%3Aen-los-ultimos-diez-anos-el-numero-de-divorcios-se-incremento-en-un-953-en-ecuador&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es

Juan, J. (2008). La manera de definir los valores. Recuperado el 20 de Agosto de 2014, de <http://elvalordelosvalores.com/la-manera-de-definir-los-valores/>

la hora. (17 de Octubre de 2013). Recuperado el 22 de Abril de 2014, de <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101578181>

Lahoz, J. M. (2013). Solo Hijos.com. Recuperado el 15 de Abril de 2014, de <http://www.solohijos.com/web/la-influencia-del-ambiente-familiar-2/>

Margaret, M. (2014). About en español. Recuperado el 08 de septiembre de 2014, de <http://hijos.about.com/od/Actividades/tp/Tiempo-De-Calidad-Para-Tus-Hijos.htm>

Marín, D. (25 de Marzo de 2014). Prezi.com. Recuperado el 5 de Agosto de 2014, de Taller participativo: <http://prezi.com/sdm8cmorhzkm/taller-participativo/>

Mora, M. (2014). Slideshare. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de <http://www.slideshare.net/monik73/estructura-familiar-10051594>

Mora, M. (2014). Slideshare. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de <http://www.slideshare.net/monik73/estructura-familiar-10051594>

Profamilia. com. (2013). Recuperado el 6 de Agosto de 2014, de Temas de sexualidad:

http://profamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=372%3Aque-es-sexualidad&catid=65&Itemid=250

Profamilia. gob. co. (2013). Recuperado el 5 de Agosto de 2014, de Educación sexual:

http://www.profamilia.org.co/index.php?view=category&cid=3%3Aeducacion-sexual&option=com_quickfaq

SerenditipiTIC. (23 de Febrero de 2013). Recuperado el 28 de Abril de 2014, de <http://ticserendipity.wordpress.com/2012/02/23/ambiente-familiar-influencia-en-el-desarrollo-social-y-emocional/>

Silvia, C. (21 de Julio de 2014). Niños felices y seguro. Recuperado el 20 de Agosto de 2014, de <http://www.ninosfelicesysegueros.com/importancia-de-educar-a-nuestros-ninos-con-una-base-afectiva-2/>

Steffany, A. (15 de Febrero de 2010). El respeto en mi Escuela y Hogar. Recuperado el 07 de Agosto de 2014, de <http://elrespetoenmiescuelayhogar.blogspot.com/>

Wikipedi. (14 de Abril de 2014). Recuperado el 23 de Abril de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/Comportamiento_humano

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DATOS UTA

EBRARY, Huerta J. Publisher Editorial Alfil, S.A. de C.V. (2005). *Medicina Familiar: La Familia en Proceso de Salud – Enfermedad*. Consultado abril del 2015.

EBRARY, World Health Organization, Editorial WHO. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Consultado marzo 2015.

EBRARY: Murueta, R. M. E., & Orozco, G. M. (2015). *Psicología de la violencia: causas, prevención y afrontamiento*. Tomo I (2a. ed.). Consultado abril 2015.

PROQUEST: Castellano Durán, R., Castellano Gonzáles, R. D. (2012). Agresión y violencia en América Latina. Perspectivas para su estudio: Los otros son la amenaza. Consultado abril 2015.

SCIENCEDIRECT, Pastó, Lourdes. Castro, Cels. (2009). “Estudio pacientes que padecen de trastornos ansiosos depresivos al ser sometidos a hemodiálisis”. Farmacia Hospitalaria. Consultado abril 2015.

ANEXOS



ANEXO 1
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA (EPV)

Tabla 4
 Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R)

I. Datos personales	Valoración
1. Procedencia extranjera del agresor o de la víctima	0 o 1
II. Situación de la relación de pareja	Valoración
2. Separación reciente o en trámites de separación	0 o 1
3. Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento	0 o 2
III. Tipo de violencia	Valoración
4. Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones	0 o 2
5. Violencia física en presencia de los hijos u otros familiares	0 o 2
6. Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos en el último mes	0 o 3
7. Amenazas graves o de muerte en el último mes	0 o 3
8. Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo	0 o 3
9. Intención clara de causar lesiones graves o muy graves	0 o 3
10. Agresiones sexuales en la relación de pareja	0 o 2
IV. Perfil del agresor	Valoración
11. Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja	0 o 3
12. Historial de conductas violentas con una pareja anterior	0 o 2
13. Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo, etc.)	0 o 3
14. Consumo abusivo de alcohol y/o drogas	0 o 3
15. Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos	0 o 1
16. Conductas de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento	0 o 3
17. Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima	0 o 3
V. Vulnerabilidad de la víctima	Valoración
18. Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes	0 o 3
19. Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor	0 o 3
20. Vulnerabilidad de la víctima por razón de enfermedad, soledad o dependencia	0 o 2
VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE	
<input type="checkbox"/> Bajo (0-9)	<input type="checkbox"/> Moderado (10-23)
<input type="checkbox"/> Alto (24-48)	



ANEXO 2

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

Test de Depresión de Zung

Conteste a las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según el siguiente criterio:

1. Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/Raramente
2. Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
3. Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente
4. Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

		1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y, a veces, lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Estoy estreñado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Mi cabeza no está tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12	No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	No tengo esperanza ni confianza en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Me siento mas irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Encuentro difícil la toma de decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	No me creo útil y necesario para la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="radio"/>			