

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL DE APOYO EN UN GRUPO
DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, DIAGNOSTICADAS CON
TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO**

PSIC.

YOVANNA DEL C. ORTEGA VARGAS

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología, como
requisito para optar al grado de
Magister en Psicología Clínica.**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2013

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**
Facultad de: **PSICOLOGÍA**
Número de Código: **C-PT-327-14-06-12-108**
Nombre de la Estudiante: **YOVANNA DEL C. ORTEGA V.**
Título al que aspira: **Magister en Psicología Clínica**
Tema de Tesis: **Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de mujeres víctimas de Violencia doméstica, de la provincia de Veraguas, diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto tendiente a mejorar la sintomatología de ansiedad y depresión.**

Resumen Ejecutivo: Este es un proyecto de investigación con Diseño Cuasi Experimental con preprueba / postprueba y grupo control en lista de espera, junto a estudio de caso, realizado en la Ciudad de Santiago de Veraguas. Se llevó a cabo la Psicoterapia de apoyo individual al grupo experimental y al final se hizo una aplicación de la postprueba a ambos grupos para determinar la efectividad del tratamiento. Por razones éticas al grupo control en lista de espera, se le aplicó el tratamiento una vez culminada la investigación. Los resultados arrojaron que la intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo de orientación Psicodinámica, resulta efectiva en el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión.

Nombre del Asesor: **Prof. Ricardo López**
Firma del Asesor: _____

Firma de la Estudiante: _____

Aprobado por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo de graduación, fruto de mis desvelos y esfuerzos a **DIOS TODOPODEROSO Y A LA VIRGEN**, que en todo momento me han dado la fuerza, tenacidad y sabiduría necesaria para lograr mis metas.

A todas esas mujeres que día a día han vivido de cerca la cara amarga de la violencia dentro de sus hogares, con la esperanza de algún día poder salir de ese abismo tenebroso y ciclo vicioso, mis mejores deseos y bendiciones infinitas!!

DEDICATORIA ESPECIAL

A mis hijas, **María Isabel y María Alejandra**, quienes son mi fuente de inspiración, lucha y superación constante.

Deseo que siempre lleven en mente que a través de la educación encontramos la superación personal y que por muy difíciles que sean las pruebas que se atraviesen en el camino, siempre encontramos una salida victoriosa si tenemos a Dios en nuestros corazones. Recordando siempre que *“Todo lo podemos en Cristo Jesús que nos fortalece”*.

Dios me las bendiga, las amo con toda la fuerza que una madre puede sentir por sus hijos!!

LAS AMO UN MUNDO PRINCESAS HERMOSAS!!

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer primeramente a mi Dios, fuerza constante en la culminación de este trabajo de investigación.

A mis padres, quienes siempre han estado al pendiente de mí, apoyándome y que en todo momento me alentaron a culminar esta meta tan importante para mí que es convertirme en una Psicóloga Clínica.

A mi esposo Rafael, por todo el apoyo, comprensión, colaboración y voz de aliento que me ha brindado siempre que lo he necesitado. Te amo con todo mi corazón.

A mis hermanas que han estado conmigo en todos los momentos de mi vida y han sido un pilar importante para mis hijas y para mí. Las quiero muchísimo!!

A mis abuelos Ana Julia, Julio y Sabina (q.e.p.d).

A mis tíos, primos, sobrinos y toda mi familia, que siempre han elevado una oración de bendición para que obtenga mis metas. Los amo mucho, son lo más importante que tengo.

Deseo agradecer a todos los profesores del Programa de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá del periodo 2010-2011, Magíster Ricardo López, Dr. Jorge Cisneros, Dr. Samuel Pinzón, Dra. Orquídea de Polo, Magíster. Ricardo Monterrey, Magíster Fabio Bethancourt. Muchas gracias por sus enseñanzas me siento orgullosa de haber sido su alumna, Dios los bendiga.

Agradezco infinitamente al profesor Ricardo López, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá y Asesor de este trabajo de investigación, quien desde siempre mostró su anuencia y colaboración en la asesoría atinada de este trabajo de graduación.

Deseo agradecer también a todas esas mujeres que voluntariamente participaron de esta investigación, definitivamente sin su participación no hubiese sido posible culminar este sueño que hoy es una realidad. Al igual que extendo mis sinceros agradecimientos a los

profesionales (colegas, abogados, trabajadoras sociales e instituciones) que gustosamente me hicieron el contacto con estas mujeres. Gracias Mil!!.

Agradezco infinitamente a mis compañeras de lucha, por toda esa motivación que entre todas nos brindábamos en los momentos más difícil de este caminar investigativo: Ana Raquel, Judith y Jacqueline, gracias por su apoyo, consejo y orientación que siempre fue recíproco.

Finalmente agradezco especialmente a mi amiga, colega y alentadora constante Judith Ruiz por todo el apoyo brindado.

“Con mi corazón colmado de emoción, solamente pido que Dios derrame sobre todos ustedes miles de bendiciones”.

_Yovanna Del Carmen-

RESUMEN

Este es un proyecto de investigación con diseño Cuasi Experimental, con preprueba / postprueba y grupo control o en lista de espera, junto a estudio de caso. Nuestra investigación

se realizó en la Ciudad de Santiago de Veraguas. Utilizamos como tratamiento un Programa de Psicoterapia individual de apoyo, que se aplicó al grupo experimental durante doce sesiones y al final se hizo una aplicación de la postprueba a ambos grupos para determinar la efectividad del tratamiento. El grupo experimental y grupo control estuvieron conformados por 7 mujeres cada uno. Por razones éticas al grupo control o en lista de espera, se le aplicó el tratamiento una vez culminada la investigación. Los resultados arrojaron que la intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo de orientación Psicodinámica resulta efectiva en el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión, derivadas del trastorno adaptativo mixto.

SUMMARY

This is a Quasi Experimental Research Design Project which contains a pre- test / post- test and a group control or a holding list next to a case study. Our research was conducted in Santiago de Veraguas. The treatment used was an Individual Psychotherapy Supportive Program which was applied to the experimental group during the twelve sessions and eventually we applied the final post-test to finally determine the effectiveness of the treatment in both groups. The experimental group and the group control, were formed by seven women per group. Due to ethical reasons, the experimental group and the group control, recieved the treatment after the research was finished.

The findings showed that the Individual Support Program of Pshycodynamic Orientation effectively works on the anxiety & depress symptoms which results from the adaptive mix disorder.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
DEDICATORIA ESPECIAL.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v

RESUMEN / SUMMARY.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xvi
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	xvii
INDICE DE ANEXOS.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

Capítulo I: Marco Teórico

1. La Violencia: significados, determinantes y antecedentes.....	7
1.1. Violencia Doméstica.....	8
1.1.1 Antecedentes y Marco histórico del Problema.....	9
1.1.2 Estimación de los casos de Violencia Doméstica en Panamá: aspectos cuantitativos.....	15
1.2. Tipos de Violencia Doméstica.....	17
1.2.1. Violencia Psicológica o emocional.....	17
1.2.2. Violencia Física.....	18
1.2.3. Violencia Sexual.....	19
1.2.4. Violencia Patrimonial o Económica.....	19
1.3. Fases del Ciclo de Violencia.....	19
1.3.1. Acumulación de Tensión.....	20
1.3.2. Agresión/ episodio agudo y explosivo de la violencia doméstica.....	20
1.3.3. Arrepentimiento o Luna de miel.....	20
1.4. Marcos explicativos de la Violencia Doméstica.....	21
1.4.1. Concepción acerca de la etiología de la violencia Conyugal o doméstica.....	21
1.4.1.1 Modelo Psiquiátrico.....	22
1.4.1.2. Modelo Psicosocial.....	23
1.4.1.3 Modelo Sociocultural.....	24
1.4.2. El aporte Intrapsíquico e Intersubjetivo.....	24

1.5	Consecuencias de la Violencia Doméstica.....	27
1.5.1	Consecuencia del Maltrato para la mujer.....	28
1.5.1.1	Síndrome de la mujer maltratada e indefensión aprendida.....	30
1.5.2	Consecuencia sobre los hijos como testigos de Violencia Doméstica..	31
1.5.3	Características y consecuencias para el agresor.....	33
1.6	Esteriotipos y mitos en relación al agresor y a la víctima.....	34
1.7	Estrategias de Afrontamiento.....	36
1.7.1	Abordaje Terapéutico.....	37
1.7.2	Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan atención.....	39
1.7.3	Aspectos legales de la violencia doméstica: Internacional y Nacional.....	40
1.7.3.1	Derechos de las mujeres víctimas de violencia doméstica...43	

II. REFLEXIONES EN TORNO A LA ANSIEDAD ESTADO

2.	Definición.....	44
2.1	Ansiedad Estado, una respuesta emocional.....	45
2.1.1	Características de la Ansiedad.....	46
2.1.2	Manifestaciones de la Ansiedad.....	47
2.2	Consecuencias del Estrés y la Ansiedad para las víctimas de Violencia Doméstica..49	
2.2.1	Consecuencias fisiológicas.....	49
2.2.2.	Consecuencias Psicológicas del estrés y la ansiedad.....	51
2.3	Tipos de Trastornos según el DSM-IV TR.....	53

III. DEPRESIÓN EN PACIENTES Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

3.	Definición.....	54
3.1	Aspectos conceptuales.....	54
3.2	Síntomas Depresivos.....	56
3.2.1	Síntomas Afectivos.....	56
3.2.3	Síntomas Cognitivos.....	57

3.2.3 Síntomas Conductuales.....	58
3.2.4 Síntomas Físicos.....	59
3.2.5 Síntomas Interpersonales.....	60
3.3 Sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica.....	60

4 CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN.

4.1 Trastorno Adaptativo según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR.....	62
4.1.1 Criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo.....	63
4.1.2 Subtipos y especificaciones.....	63
4.1.3 Síntomas y trastornos asociados.....	65
4.1.4 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.....	65
4.1.5 Curso.....	65

CAPITULO II

I. ASPECTOS PSICOTERAPÉUTICOS

1. Psicoterapia.....	67
1.1 Definición.....	67
1.2 Objetivos.....	70
1.3 Características.....	71
1.4 Fases del proceso terapéutico.....	72
1.5 Enfoques y Modalidades.....	74
1.5.1 Modalidades Psicoterapéuticas.....	81
1.5.1.1 Psicoterapia Individual.....	81
1.5.1.2. Psicoterapia Grupal.....	82
2. Psicoterapia de Apoyo.....	83
2.1 Definición de Psicoterapia de Apoyo.....	83
2.2 Origen y desarrollo de la Psicoterapia de Apoyo.....	84
2.3 Campos de aplicación.....	87
2.3.1 Indicaciones y contraindicaciones.....	91

2.4	Objetivos.....	92
2.5	Metas terapéuticas.....	93
2.6	Procedimientos y Técnicas.....	94
2.6.1	Otros Recursos.....	97
2.7	Estrategias de la Psicoterapia de Apoyo.....	98
2.7.1	Respuestas del terapeuta.....	99
2.8	Herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo.....	100
2.8.1	Formulación del caso.....	101
2.8.2	Encuadre.....	102
2.8.3	Escucha Terapéutica.....	103
2.8.4	Alianza Terapéutica.....	104
2.9	Desarrollo de la terapia.....	106
2.10	Transferencia de la Psicoterapia de Apoyo.....	107
2.11	La Contratransferencia y la terapia de Apoyo.....	108
2.12	Uso de la Interpretación en Psicoterapia de Apoyo.....	109
2.13	La Resistencia dentro de la Psicoterapia de Apoyo.....	110
2.14	Fases del tratamiento.....	111
2.14.1	Fase1: Evaluación y Planeamiento del tratamiento.....	111
2.14.2	Fase de tratamiento temprano.....	113
2.14.3	Fase media del tratamiento.....	114
2.14.4	Terminación del tratamiento.....	116
2.15	Consideraciones de lo que no es Psicoterapia de apoyo.....	117

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1.	Planteamiento del Problema.....	119
2.	Objetivos Generales.....	119
3.	Objetivos Específicos.....	119
4.	Preguntas de Investigación.....	120
5.	Hipótesis.....	120

5.1 Hipótesis de Investigación.....	120
5.2 Hipótesis Estadística.....	120
5.2.1 Hipótesis Ansiedad Estado.....	120
5.2.2 Hipótesis Depresión.....	122
6. Diseño de Investigación.....	123
7. Definición de Variables.....	125
7.1 Definición conceptual de la variable Independiente.....	125
7.2 Definición operacional de la variable Independiente.....	125
7.3 Definición Conceptual de las variables Dependientes.....	129
7.3.1 Ansiedad-Estado.....	129
7.3.2 Depresión.....	130
7.4 Definición operacional de las variables Dependientes.....	130
7.4.1 Ansiedad –Estado.....	130
7.4.2 Depresión.....	130
7.5 Variables intervinientes.....	130
8. Población y muestra.....	131
8.1 Población.....	131
8.2 Muestra.....	131
8.3 Criterios de inclusión.....	131
8.4 Criterios de Exclusión.....	132
9. Instrumentos de medición y evaluación.....	132
9.1 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.....	132
9.2 Escala de autoevaluación para la depresión ZUNG.....	134
9.3 Entrevistas.....	135
10. Limitaciones.....	136
11. Procedimientos estadísticos.....	137
12. Evaluación de los resultados.....	138

CAPITULO IV: RESULTADOS

1. Análisis Descriptivo de la muestra: grupo experimental y grupo control.....	140
--	-----

2. Análisis Estadístico.....	150
2.1 Prueba de Hipótesis Ansiedad/Estado.....	150
2.1.1 Prueba de Hipótesis: pre test del grupo experimental y grupo control para Ansiedad Estado.....	150
2.1.2 Prueba de Hipótesis: pre test y post test del grupo experimental para Ansiedad Estado.....	152
2.1.3 Prueba de Hipótesis: pre test y post test del grupo control para Ansiedad Estado.....	154
2.2 Prueba de Hipótesis: Depresión.....	156
2.2.1 Prueba de Hipótesis: pre test del grupo experimental y grupo control para Depresión.....	156
2.2.2 Prueba de Hipótesis: pre test y el post test del grupo experimental para Depresión.....	158
2.2.3 Prueba de Hipótesis: del pre test y el post test del grupo control para Depresión.....	160
3. Análisis de los resultados.....	162
3.1 Análisis de las variables.....	162
3.1.1 Ansiedad: Cuestionario de Ansiedad Estado IDARE.....	162
3.1.1.1 Análisis del comportamiento de la variable Ansiedad Estado.....	162
3.1.2 Depresión: Escala Depresión ZUNG.....	163
3.1.2.1 Análisis del comportamiento de la variable Depresión.....	163
3.2 Análisis de la Entrevista Semiestructurada para víctimas de Violencia Doméstica.....	164
4. Análisis y discusión de los resultados de la Investigación.....	166
5. Conclusiones.....	169
6. Recomendaciones.....	174
Bibliografía.....	176
Anexos.....	183
Anexo N° 1 Consentimiento Informado.....	184
Anexo N° 2 Ficha de Datos Sociodemográficos.....	185
Anexo N° 3 Entrevista Semiestructurada de Violencia Doméstica.....	186

Anexo N° 4 Prueba de Ansiedad Estado-Idare.....	190
Anexo N° 5 Escala de Depresión Zung.....	191
Historia Clínica Caso N° 1.....	192
Historia Clínica Caso N°2.....	198
Historia Clínica Caso N°3.....	204
Historia Clínica Caso N°4.....	211
Historia Clínica Caso N°5.....	217
Historia Clínica Caso N°6.....	224
Historia Clínica Caso N°7.....	230
Nota de revisión ortográfica expedida por Especialista en Español.....	235

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Datos Sociodemográfico del Grupo Experimental.....	141
TABLA N° 2: Datos Sociodemográficos del Grupo Control.....	142
TABLA N° 3: Prueba de Hipótesis IDARE- ANSIEDAD ESTADO.....	150
TABLA N° 4: Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad/Estado pre-test Grupo experimental y Grupo Control.....	151

TABLA N° 5: IDARE-ANSIEDAD ESTADO: comparación entre el pre test y post test del Grupo Experimental.....	152
TABLA N° 6: Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad/Estado pre test y post test del Grupo Experimental.....	153
TABLA N° 7: IDARE- ANSIEDAD ESTADO: comparación entre pre test y post test del Grupo Control.....	154
TABLA N° 8: Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad Estado pre test y post test del Grupo Control.....	155
TABLA N° 9: Prueba de Hipótesis ZUNG - DEPRESIÓN: comparación entre pre test del Grupo Experimental y Grupo Control.....	156
TABLA N°10: Estadísticas Descriptivas: comparación Depresión pre test Grupo Experimental y Grupo Control.....	157
TABLA N° 11: ZUNG – DEPRESIÓN: comparación entre pre test y post test del Grupo Experimental.....	158
TABLA N° 12: Estadísticas Descriptivas: comparación Depresión entre pre test y post test del Grupo Experimental.....	159
TABLA N° 13: ZUNG-DEPRESIÓN: comparación entre pre test y post test del Grupo Control.....	160
TABLA N° 14: Estadísticas Descriptivas: comparación Depresión entre el pre test y post test del Grupo Control.....	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según edad, 2012-2013.....	143
GRÁFICO N° 2: Clasificación de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según religión, 2012- 2013.....	143

GRÁFICO N° 3: Categorización de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según escolaridad, 2012- 2013.144

GRÁFICO N° 4: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según estado civil al momento de la agresión, 2012- 2013.....144

GRÁFICO N° 5: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según ocupación, 2012-2013.....145

GRÁFICO N° 6: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según número de hijos, 2012- 2013.....145

GRÁFICO N° 7: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Experimental, según tipo de violencia, 2012- 2013.....146

GRÁFICO N° 8: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según edad, 2012- 2013.....146

GRÁFICO N° 9: Clasificación de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según religión, 2012- 2013.....147

GRÁFICO N° 10: Categorización de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según escolaridad, 2012- 2013.....147

GRÁFICO N° 11: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según estado civil, 2012- 2013.....148

GRÁFICO N° 12: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según ocupación, 2012- 2013.148

GRÁFICO N° 13: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según número de hijos, 2012- 2013.....149

GRÁFICO N° 14: Distribución de las pacientes que han sido objeto de Violencia Doméstica del Grupo Control, según tipo de violencia, 2012- 2013.....149

GRAFICO N°15 IDARE- ANSIEDAD ESTADO: pre test del Grupo Experimental y Grupo Control.....151

GRAFICO N° 16 IDARE- ANSIEDAD ESTADO: pre test y post test del Grupo Experimental.....153

GRAFICO N°17 IDARE- ANSIEDAD ESTADO: pre test y post test del Grupo Control.....155

GRAFICO N°18 ZUNG- DEPRESIÓN: pre test del Grupo Experimental y Grupo

Control.....	157
GRAFICO N°19 ZUNG- DEPRESIÓN: pre test y post test del Grupo Experimental.....	159
GRAFICO N°20 ZUNG- DEPRESIÓN: pre test y post test del Grupo Control.....	161

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1:	Consentimiento Informado.....	184
Anexo N° 2:	Ficha de Datos Sociodemográficos e Historia Clínica.....	185

ANEXO N° 3:	Entrevista Semiestructurada para víctimas de Violencia Doméstica (Labrador y Rincón).....	186
ANEXO N° 4:	Muestra de la prueba IDARE (ESCALA: ESTADO).....	190
ANEXO N°5	Muestra de la prueba ZUNG.....	191
ANEXO N° 6:	Presentación de las Historias Clínicas de las participantes.....	192

INTRODUCCIÓN

La O.M.S. define la *Violencia* como: “*El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.*” La O.M.S. incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos. (Krug, 2002).

El tema de la violencia ha sido uno de los grandes logros de la agenda política de las mujeres latinoamericanas y de las panameñas, desde que en 1981 en Bogotá, el Primer Encuentro feminista Latinoamericano y del Caribe decidiese proclamar el día de la muerte de las hermanas Patria, Minerva y María Teresa Mirabal quienes fueran asesinadas brutalmente el 25 de noviembre de 1960 como “día de la no violencia contra las mujeres”. (Staff, 2002. Pag 17).

Según el Código Penal y Judicial (Ley nº 38), la Violencia Doméstica es definida como: “un patrón de conducta en la cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual, Psicológica, la intimidación o la persecución contra una persona por parte de su cónyuge, ex cónyuge, familiares o parientes con quien cohabita o haya cohabitado, viva o haya vivido bajo el mismo techo o sostenga una relación legalmente reconocida, o con quien sostiene una relación consensual, o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo, para causarle daño físico a su persona o a la persona de otro para causarle daño emocional”.

La Violencia Doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La O.N.U. en 1995 establece entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres. La O.M.S. en 1998 declaró a la Violencia Doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. La Violencia Doméstica comporta graves riesgos para la

salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes. El maltrato doméstico incluye a las agresiones físicas, psicológicas o sexuales llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que hacen vulnerable la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico. Por lo general estadísticamente las víctimas mayoritarias de Violencia doméstica son las mujeres, pero ello no indica que los hombres también lo sufran.

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas, y los aspectos biográficos como: personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen, se han relacionado con la aparición de los cuadros de violencia.

Los tipos de Violencia Doméstica se clasifican de la siguiente manera: Violencia Física, Psicológica, Sexual y Patrimonial. El enfoque Psicoanalítico ofrece una perspectiva que es centrada en la simbolización de los actos agresivos que presenta todo ser humano, la posición de la víctima y la responsabilidad subjetiva de los personajes que hacen parte de la violencia doméstica. La violencia intrafamiliar se considera como una epidemia que golpea a los hogares en un ámbito mundial.

El Psicoanálisis explica que en todo ser humano existen desde la infancia tendencias e impulsos agresivos que deben ser liberados. Esto sostiene que la agresividad y violencia no son exclusivas de personas jóvenes o adultas, clase social alta o baja, familia con cultura determinada y educación. Enseñan que la violencia doméstica muestra dificultad para transmitir la agresividad de una forma civilizada. «Desde el Psicoanálisis se explica que estas indeseadas situaciones de violencia están presentes en toda familia, pues en todo ser humano existen desde la temprana infancia tendencias e impulsos agresivos que surgen en la relación con el semejante y que deben ser descargados, pues la imposibilidad de descargar estos impulsos genera displacer». (Aramburo, 2010, p. 5).

La mayoría de las víctimas ocultan que existan esos problemas por temor a ser juzgados en la sociedad y enfrentar a su agresor. La indecisión es una de las causas para no admitir la situación así como el estereotipo dominante de la feminidad, donde no se considera como atributo de las mujeres el ejercicio de la violencia activa.

También entra el aspecto de la educación y del entorno social que se vive desde niños, a un hombre que es maltratado psíquica o físicamente por su pareja, se le atribuye que es un hombre "débil", o es agredido por sus amigos o compañeros de trabajo y es precisamente por esto que no está dispuesto a denunciar y mucho menos a buscar ayuda.

Unas de las consecuencias de la violencia doméstica es la depresión. Las mujeres que sufren violencia doméstica corren un mayor riesgo de estrés y trastorno de ansiedad, en particular los trastornos resultantes del estrés postraumático. El intento de suicidio y depresión se conectan estrechamente con la violencia en pareja. La violencia contra la mujer impide que participen plenamente en sus comunidades en los planos económicos y sociales. Las mujeres en violencia tienen menos probabilidades de tener empleo.

Tomando en consideración las implicaciones a nivel emocional que padecen quienes sufren la violencia doméstica, hace necesario que los profesionales de la Salud Mental tomemos una participación activa para ayudar a las víctimas sobrevivientes a recobrar su estado emocional que ha sido lastimado. Y se debe iniciar con programas de prevención que contribuyan a erradicar los futuros casos de violencia. El propósito de nuestra investigación es poder validar que la intervención Psicoterapéutica de Terapia de Apoyo individual pueda ayudar a disminuir la sintomatología de Ansiedad y Depresión que padezcan las sobrevivientes de violencia doméstica pertenecientes a este estudio.

La Terapia de Apoyo busca ayudar al paciente a recobrar la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que lo rodean, hace hincapié en la movilización de las fortalezas del paciente para realzar su autoestima, usar defensas adaptativas y estrategias de afrontamiento positivas (URSANO y LAZAR 2004).

La Psicoterapia de Apoyo busca reforzar las defensas para que la persona enfrente del mejor modo posible una crisis vital. La cantidad y cualidad de apoyo requerido difiere de un paciente a otro, de una situación a otra. En general, los pacientes “clásicos” para Psicoterapia de Apoyo caen dentro de dos categorías: por un lado, individuos muy sanos psíquicamente y bien adaptados que se han afectado debido a un evento vital sobrecogedor o hecho traumático y por el otro, individuos con una enfermedad psiquiátrica tan seria que están crónicamente incapacitados y tienen déficits significativos en su funcionamiento yoico. (ALARCON, 2008).

A sabiendas que los profesionales de la Salud Mental (Psicólogos) juegan un papel importante dentro de la sociedad donde nos desenvolvemos; hace necesario realizar un estudio que nos permita conocer la utilidad de un modelo terapéutico que sirva de apoyo a mejorar la ansiedad y depresión que padecen aquellas mujeres que han experimentado violencia doméstica.

Este estudio está integrado por cuatro capítulos, bibliografías y anexos. En el primer capítulo se desarrolla una revisión de los aspectos teóricos más importantes y relevantes en relación con la violencia doméstica, la sintomatología de Ansiedad y Depresión. En el segundo capítulo se presentan los fundamentos teóricos de la Psicoterapia de Apoyo Individual.

En el capítulo III se detalla la metodología utilizada para la realización de nuestro estudio, en la cual se presenta el problema de investigación, los objetivos, hipótesis, identificación de las variables, tipo de estudio y muestra, así como la forma en que se presenta y analizan los resultados obtenidos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, discusión de los resultados, descritos mediante cuadros que reflejen la distribución de frecuencias, porcentajes, diferencias de medias de los grupos, análisis estadísticos, seguidas de las conclusiones y recomendaciones. Finalmente tenemos la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

“...Para que una víctima pueda recuperarse y recobrar su dignidad y autonomía, antes necesita reconocimiento social y justicia”.

**__Soledad Muruaga_
(Psicoterapeuta Española)**

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS.

I. LA VIOLENCIA: SIGNIFICADO, DETERMINANTES Y ANTECEDENTES.

La violencia es un fenómeno sobre el cual existen diversos estudios y programas tendientes a minimizar las repercusiones de este gran problema social de tipo mundial. Estas manifestaciones forman parte de muestras expresiones cotidianas y la mayoría de las veces es una “presencia invisible” que acompaña gran parte de nuestras interacciones diarias, sin que nos demos cuenta, casi “naturalmente”, la violencia circula entre nosotros.

Día a día nos conmueven diferentes noticias periodísticas referidas a diversas formas de violencias. Se pueden observar desde faltas de tolerancia entre las personas, insultos, peleas y agresiones, conductas Bullying en nuestros planteles educativos, violaciones y homicidios. Sin dejar de mencionar aquellas peleas y actos violentos que ocurren dentro del seno familiar entre cónyuges, hijos y otros familiares; así como en el ámbito de trabajo y social que requieren un especial estudio y mención en esta investigación.

Grossman, Mastermany Aduno (1992) manifiesta que la violencia se desarrolla en diferentes ámbitos: social, político, económico, familiar, etc. Así mismo adquieren formas de aparición, en función de los contextos en que se manifiesta, contextos que además están determinados histórica y socialmente.

Nuestro rol profesional nos confronta día a día con las repercusiones psicológicas de quienes son víctimas de la violencia, por tal motivo rechazamos los actos de violencia, toda vez que son inaceptables para la sana convivencia y para la salud mental y promulgamos que el logro de una dinámica familiar exenta de hostilidad y agresión es indispensable para una vida en armonía. Cada día son más los casos de violencia que se desarrollan en la familia, estos nefastos acontecimientos han impulsado a que a nivel mundial se considere la violencia doméstica como un problema de salud pública mundial.

Sabemos que la violencia es una construcción histórica y social aprendida y reforzada por las diferentes instituciones sociales en muchos casos; por lo que podemos comprender la dificultad que existe en el ámbito social y personal para dar una respuesta asertiva y congruente al problema y por ende a las personas afectadas por la violencia.

1.1 Violencia Doméstica.

Por muchos años, la violencia doméstica no fue considerada un problema social, sino de orden individual, privado y aislado, en donde los problemas de marido y mujer no podrían ventilarse ni recibir apoyo de nadie externo. Hoy sabemos, gracias a múltiples esfuerzos de organizaciones mundiales interesadas en investigar acerca de la violencia doméstica, que la misma es considerada un problema de salud pública, que ha dejado de pertenecer al ámbito privado e individual para ser considerada un problema de tipo social a nivel internacional.

La violencia doméstica no constituye un problema moderno, pues ha existido desde siempre, originado por la desigualdad inicial de los poderes y de las diferencias de géneros establecidas por la sociedad. Se les enseña a los varones a ser los más fuertes, dominantes y a reprimir sus emociones “el hombre no llora”; mientras que la mujer se le establece el rol dependiente, sumiso detrás de las relaciones sociales y familiares.

La violencia doméstica podría designarse en términos generales como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar. Para efectos de nuestro estudio nos basaremos en aquella ejercida del cónyuge hacia la mujer.

Staff y otros (2002), plantean que erradicar la violencia contra las mujeres y contra la familia significa cambiar radicalmente la estructura de las actuales relaciones humanas. En este sentido, hay que tomar conciencia de que la violencia contra la mujer no es un

problema aislado, sino que deber ser enfrentado colectivamente por toda la sociedad, pues tratar de justificarlo o minimizarlo, que sólo logra esconderla, negarla y potenciarla.

1.1.1. Antecedentes y Marco Histórico del Problema

Estudiar la importancia y relevancia del impacto de la violencia doméstica en la salud mental de quienes las ejercen y las víctimas es un objetivo primordial de las políticas públicas de los diversos países.

Staff y otros (2002), destacaron que el estudio de la violencia ha sido uno de los grandes logros de la agenda política de las mujeres latinoamericanas y de las panameñas, desde que en 1981 en Bogotá, el Primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe decidiese proclamar el día de la muerte de las hermanas, Patria, Minerva y María Teresa Mirabal, como “Día de la no violencia contra las mujeres”. Por tal motivo se designa el 25 de noviembre como Día Internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres.

La violencia doméstica es un problema de salud pública de alcance mundial. La elevada incidencia de la violencia contra las mujeres y las consecuencias negativas que ocasionan en su salud física y psicológica ponen de manifiesto el gran problema social y de salud a la que la sociedad se enfrenta (World Health Organization, 1998).

La O.N.U. (1995) define la violencia doméstica contra las mujeres como:

“Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que ha conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (Alberdi y Matas, 2002, p.18).

Sin dejar de cuestionar y restar importancia a estas afirmaciones, no podemos dejar de plantear que considerar la violencia doméstica exclusivamente como un fenómeno histórico y cultural, impide la intervención sobre la misma, ya que los cambios en tal fenómeno únicamente ocurrirían cuando cambiasen los patrones sociales, políticos, culturales y educativos de la sociedad en su conjunto y esto implica muchos años, esfuerzos y recursos sociales.

El término de violencia doméstica es controvertido y se utiliza como sinónimo de otros (maltrato, violencia de género, abuso doméstico, etc.), según los diferentes autores e idiomas pueden tener algunas diferencias.

La Asociación de Psicólogos Americanos, A.P.A. (1996), define la violencia doméstica como un patrón que incluye un amplio rango de conductas de maltrato físico, sexual o psicológico utilizado por una persona en una relación íntima contra la otra, con el fin de obtener poder, control y autoridad.

La violencia doméstica contra la mujer repercute de forma negativa en su salud, la depresión, ansiedad y el trastorno de estrés postraumático son las consecuencias psicológicas más fuertes que pueden aparecer luego de un episodio de violencia ocurrido. Investigaciones internacionales, realizadas en la Universidad de Valencia España, publicadas en la revista *Psicothema* 2005 Vol. 17 N°2 p.p267-274, destacan que en cuanto a la salud mental, las mujeres víctimas de estas formas de violencia de género presentan diferencias individuales en el impacto psicológico a corto y a largo plazo. Las variables de recuperación emocional pueden estar asociadas a las propias características de la violencia, o variables personales, familiares y sociales (Bregado, Bersabe y Carrasco, 1999; Kamphuis, Emmelkamp y Bartok, 2003).

Según estudios realizados en Estados Unidos a una muestra de 46 mujeres latinas residentes en dicho país, publicado por la revista *Anuales de Psicología*, 2005, vol. 21, N°1, plantea que los episodios de violencia contra las mujeres latinas del estudio, en el último año

de convivencia están relacionados con una historia previa de violación sufrida anteriormente, patrones de comportamiento con una historia establecida. Estos hechos pueden estar relacionados con múltiples factores, entre ellos haber experimentado violencia en la infancia por parte del agresor y la propia violencia como forma de interacción de la pareja.

En este sentido, los datos de diversos estudios y encuestas indican una elevada prevalencia de la violencia contra la mujer en las relaciones íntimas. Así, en el informe de la Organización Mundial de la Salud, “World Reporte on Violence and Health”, se recogen datos de 48 encuentros de distintos países del mundo, según los cuales entre el 10% y el 69% de las mujeres indican haber sido maltratadas físicamente por un compañero íntimo en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En Europa un análisis de 10 estudios de prevalencia de la violencia doméstica llevado a cabo por el Consejo de Europa, obtiene resultados consistentes: una de cada cuatro mujeres experimentan la violencia doméstica en algún momento de su vida y entre el 6% y 10% sufren maltratos anualmente (Consejo de Europa, 2002).

Siguiendo con el análisis de las investigaciones Europeas y de acuerdo al Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales (2002), al menos un 4% de las mujeres españolas sufren violencia habitual y hasta un 15% la han padecido en algún momento de su vida.

El estudio reciente de Fontonil, Ezamo, Fernández, Gil, Herrera y Paz (2005), llegan a cifrar el maltrato a la mujer en la pareja en una tasa del 20%. La encuesta Nacional de violencia contra las mujeres en México, nos dice que el 21.5%, es decir, una de cada cinco mujeres padeció alguna agresión de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista. (Revista Médica UAS Nueva Época, 2010).

En nuestra revisión bibliográfica no se encontró una estadística precisa del total de casos de violencia doméstica en Panamá. Sin embargo, basándonos en las cifras dadas por el Juzgado de Familia, la Policía Nacional, el Ministerio de Salud y la Procuraduría General de la Nación, vemos que las cifras son altas y llaman a la reflexión de la situación.

Los casos de violencia doméstica en Panamá cada vez son más alarmantes por el tipo de violencia que se está utilizando, la violencia ha aumentado, y ello se puede observar en los altos índices de delincuencia, drogadicción y homicidios que observamos diariamente.

Las estadísticas nos ponen de manifiesto que la violencia doméstica se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones corren mayor riesgo que otras (González Gavilano, 1999; Martín, 1999).

Indiscutiblemente Santiago de Veraguas no escapa a esta terrible realidad que vivimos. Para Luisa Madrid (2008), en su estudio de violencia doméstica, para optar al título de Trabajo Social desarrollado en la comunidad de La Cantera, del corregimiento de Edwin Fábrega, de la provincia de Veraguas, encontró que el alto consumo de bebidas alcohólicas y bebidas fermentadas, además de los patrones culturales existentes en la comunidad de La Cantera, es un factor que incide en el comportamiento violento de los hombres de esta comunidad. Y del análisis de los datos de la información recogida, afirma que alrededor de un 47% de las mujeres estudiadas residentes en dicha comunidad son víctimas de violencia doméstica. Estas cifras son altas y nos llevan a la reflexión que es un problema que afecta a todos los miembros de una familia, por lo que se hace necesario el apoyo psicológico.

Cabe destacar que Ana Julia Ortíz y Kelsie Rodríguez (2006), en su trabajo de graduación para optar al título de Licenciadas en Trabajo Social, encontraron en su investigación titulada “Proyecto para disminuir la Violencia Doméstica en el Distrito de Santiago”, que las barriadas con mayor cantidad de casos de violencia doméstica fueron: Don Bosco, 26 de Noviembre, 5 de Mayo y Jesús Nazareno. Estos resultados pueden indicar una tendencia de que las personas de clase media, media baja y baja son quienes mayoritariamente interponen una denuncia de violencia, ya que al ser atendidos en el Sistema de Salud (MINSA o CSS) se hace el reporte de informe de sospecha de violencia doméstica respectiva. No obstante, consideramos que la violencia doméstica se da sin distinción de clase, posición social, escolaridad y cultura.

En el año 2009, el Psicólogo Salvador Barba G. en su tesis de grado para optar al título de magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá, realizó un estudio denominado Programa de Apoyo Emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica: un abordaje desde la técnica EDMR “conocida por sus siglas en inglés (Eye movement desensibilization and reprocessing) y en español se traduce como: Desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares.

La técnica EMDR cuenta con 8 fases: historia clínica, luego la preparación, evaluación, desensibilización, instalación, chequeo corporal, cierre y seguimiento. Dicho tratamiento se aplicó durante un mes, distribuido en una semana por persona, recibiendo en total 4 sesiones de 90 minutos cada una.

La muestra de este estudio estuvo constituida por 8 mujeres víctimas de violencia doméstica, del Hogar San José de Malambo. El tipo de la investigación es cuasi-experimental con pre test y post test. Para efectos de comparación, los grupos experimental y control, estuvieron conformados por 4 mujeres cada una. Los resultados de esta investigación arrojaron que la técnica EMDR fue efectiva para la disminución del estrés postraumático y también para la mejoría de los síntomas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

En el año 2010, la Psicóloga Gloriela Carles Lombardo, estudiante de la Universidad de Panamá, realizó una investigación para optar al título de Magíster en Psicología Clínica, denominada Programa de Intervención Grupal basado en la Resiliencia para mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica. La muestra estuvo conformada por 10 mujeres de la provincia de Coclé que habían experimentado violencia doméstica; pero, 7 fueron las que culminaron las sesiones del tratamiento.

Los resultados de su investigación arrojaron que el 70% de la muestra no superaba los 40 años de edad, lo que sugiere que las víctimas eran mujeres jóvenes. El tipo de violencia con porcentaje más elevado fue violencia física con un 90%. Las participantes de la investigación manifestaron síntomas de desvalorización, decepción de sí mismas, baja

autoestima, autocrítica, tendencia al temor acentuado, ansiedad e intranquilidad. Entre los rasgos de personalidad encontrados a través del Perfil Global del 16PF y 90 Síntomas, el 100% de la muestra mostró un alto nivel de Dependencia y distrés emocional. Al finalizar el tratamiento basado en la resiliencia, se encuentra que 6 de las 7 mujeres aumentaron su resiliencia y lograron grandes mejorías en su estado de ánimo.

Recientemente la estudiante graduanda Nimia E Agudo Ortiz, durante el periodo 2012-2013 realizó una investigación de tesis para optar por el título de licenciada en Psicología en el Centro Regional de Veraguas. Dicha investigación fue descriptiva para identificar niveles de depresión, autoestima; características de personalidad y sociodemográficas de mujeres que han vivido violencia doméstica en esta ciudad. Estudió a 23 mujeres que contactó a través de los servicios de las instancias gubernamentales que atienden esta problemática, y por medio del inventario de depresión de Beck, identificó que su población tenía niveles de depresión entre mínimo, leve y moderado, con autoestima media la cual fue medida con el inventario de Autoestima de Coopersmith.

La personalidad se midió con el 16 PF-5 resultando un elevado nivel en la dimensión ansiedad, de las evaluadas, en cuanto a las características sociodemográficas obtenidas con una entrevista semiestructurada, se encontró que son mujeres jóvenes, con nivel significativo de educación, mayormente amas de casa y maestras y en promedio tienen descendientes.

En los últimos años el interés por el estudio de la violencia doméstica, sus repercusiones Psicológicas y Emocionales han aumentado, y es debido a la alta incidencia de casos, al desarrollo de políticas públicas, los cambios sociales respecto al papel de la mujer en el ámbito privado y público y también por una mayor sensibilidad social respecto al problema que es muy grande y sigue en aumento.

Todas estas situaciones nos llevaron a escoger este importante tema, como marco central de nuestra investigación de Maestría en Psicología Clínica, al tener que constatar el efecto de un enfoque terapéutico en la mejoría de los síntomas de Depresión y Ansiedad que puedan experimentar las mujeres víctimas de violencia doméstica.

1.2.1 ESTIMACIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN PANAMÁ: ASPECTOS CUANTITATIVOS.

La violencia doméstica constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente y todavía en ciertas ocasiones encubierto, que afecta a las mujeres con independencia de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

A pesar de ser un problema con antecedentes históricos y legales, la violencia doméstica ha sido despenalizada e ignorada durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que cualquier intento de actuación sobre éstas sería una intromisión en la intimidad familiar. No obstante, es sino hasta los últimos 15 años cuando la violencia contra la mujer, en general y la violencia doméstica en particular, han dejado de ser una cuestión marginal privada, inherente única y exclusivamente a la familia, para convertirse en la actualidad en una gran preocupación compartida por todo el conjunto de la sociedad, toda vez que los números de casos resultan elevado y llaman a la concienciación de todos, como sociedad.

Es importante mencionar que no contamos en Panamá con un registro unificado a nivel nacional de los casos de denuncia de violencia doméstica que se presentan; por lo que cada institución cuenta con su propio registro estadístico y ello a su vez, propicia el subregistro de las mismas. No obstante, hemos investigado cifras que resultan importantes mencionar en nuestra investigación.

En el año 2006, de los 3,478 hechos de violencia doméstica reportados durante los 12 meses del año, 3,127 incluyeron a víctimas femeninas; y 351, a hombres. De acuerdo con las cifras del año 2007, el promedio de hechos de violencia intrafamiliar se sitúa entre 9.1 casos por día, casi igual al promedio reportado durante el primer semestre de 2006, cuando la policía contó 1,600 agresiones. Pero, además, reflejan una tendencia generalizada en todo el país. Y es que de los 1,660 sucesos contados solo en el primer semestre, 1,465 (88.2%) tienen como víctimas a mujeres; mientras que sólo los restantes 195 casos (11.7%) colocan un nombre masculino en el expediente. Los datos diferenciados por sexo demuestran que las mujeres son frecuentemente más afectadas por la violencia doméstica.

Si miramos una de las estadísticas del Ministerio de Salud, el asunto de la violencia intrafamiliar adquiere una dimensión mayor: 2,476 "víctimas de sospecha por violencia doméstica y maltrato a menores y adultos mayores", son los números de 2004. Los casos están aumentando y no sólo porque la población está creciendo, sino porque las mujeres ahora se atreven cada vez más a denunciarlo".

Antes de 1995, por ejemplo, en la PTJ no se registraba ningún caso de violencia doméstica. En 1996 tampoco. Las denuncias comenzaron a aparecer a partir de 1998 y, desde entonces, no han parado. Y es que justo en 1995 se crea la Ley No. 27 sobre violencia intrafamiliar, que fue reformada por la Ley 38 de 2001. Quiere decir que hace apenas dieciocho años, la violencia doméstica dejó de ser un asunto privado para convertirse en un problema social que concierne a todos.

Sin lugar a dudas la violencia doméstica contra la mujer es uno de los fenómenos que está originando mayor alarma en la sociedad panameña por ser un problema de tipo social que trasciende la intimidad familiar.

De acuerdo a un informe de de la Procuraduría General de la Nación, correspondiente del 2 de septiembre de 2011 al 30 de abril de 2012, en la provincia de Veraguas se han contabilizado 160 casos de violencia doméstica contra la mujer. (Fuente: Centro de Estadística, Unidad Regional de Coclé y Veraguas. Ministerio Público, Unidad de Apoyo a víctimas y testigos del Segundo Distrito Judicial).

Siguiendo el mismo orden de ideas, la Zona Policía Nacional de Veraguas, contabilizó en el año 2010 un total de 320 casos atendidos. Para el año 2011 se reportaron 160 casos y en el año 2012 un total de 211 casos de violencia doméstica en la provincia de Veraguas, de las cuales 188 denuncias tenían como posibles víctimas a mujeres y 23 a hombres.

A nivel nacional el Observatorio Panameño contra la violencia de Género (OPVG) registró 209 muerte violentas de mujeres del año 2009 al 2011. Y la Secretaría de Género de la (CGTP) contabilizó 17 muertes en el primer trimestre del año 2012. (Fuente: Periódico El Siglo, 11 de Junio 2012).

Un promedio de 8 denuncias diarias por casos de violencia doméstica reportaron las autoridades en los primeros siete meses del año 2012. De acuerdo con cifras oficiales del sistema Nacional integrado de Estadística Criminales (SIEC), del mes de Enero a Julio del 2012 se han registrado 1,687 denuncias de Violencia Doméstica en todo el país, lo que da cuentas de un promedio mensual de 241 casos denunciados. Esta institución ha contabilizado desde 2007 hasta finales del año 2012 un total aproximado de 29,740 casos de violencia doméstica en Panamá. (El Diario la Prensa, 25 de Agosto 2012).

Las televisoras nacionales han ofrecido estadísticas del número de casos violentos de mujeres hasta octubre 2013, destacándose 49 casos de muertes violentas; estas estadísticas resultan alarmantes y nos deben llevar a la reflexión y para que como sociedad pongamos un alto a este problema de salud pública que además está constituido como un delito en nuestro país.

1.2 Tipos de Violencia Doméstica

Se llama “Violencia contra la mujer todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado, posible o real, un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la cohesión o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Para efectos de nuestra investigación nos centraremos en los tipos de violencia doméstica; pero aquellos ocasionados por el cónyuge o la pareja sentimental. Los diferentes tipos de violencia doméstica se presentan a continuación.

1.2.1 Violencia Psicológica o Emocional

Es la acción que va destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

La mujer sometida a este clima emocional sufre una progresiva debilitación psicológica, presenta cuadros depresivos y puede desembocar en el suicidio. J. Corsi (1999).

Este tipo de violencia es silencioso, toda vez que las huellas del maltrato no son visibles, sino que van marcadas en la interioridad de quienes las sufren. Para muchas personas al no dejar laceraciones físicas estas violaciones no resultan importantes; pero, se desconoce que al no ser visibles suelen ser más perjudiciales, pues no se les trata a tiempo y terminan afectando toda la esfera emocional de las víctimas.

Las manifestaciones de la violencia Psicológica sugieren la presencia de insultos, humillaciones, acosos, amenazas, chantajes, desprecio, control de su persona, diversas formas de aislamiento tanto personal como laboral. Por tal motivo, ello atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento.

1.2.2 Violencia Física

Se entiende por violencia física el uso de la fuerza física por parte del agresor contra la víctima, para lograr que ella haga o deje de hacer algo que desea, arriesgando o dañando la integridad corporal de la persona afectada. Esta violencia asume la forma de arañazos, empujones, quemaduras, golpes, patadas, agresiones físicas de todo tipo y gravedad contra diferentes partes del cuerpo, llegando incluso hasta el homicidio. En muchos casos luego de las agresiones verbales y físicas, el hombre incurre en la violencia sexual.

El maltrato físico resulta ser el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social.

1.2.3 Violencia Sexual

Es toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal, mediante la imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la mujer que puede llegar a incluir un tipo de violación marital.

Este tipo de categoría de violencia sexual, puede ser descrito como un tipo de violencia física; pero, puede considerarse de forma diferente por tener connotaciones muy particulares inherentes al acto sexual, que muchas mujeres lo interpretan como una “obligación” o un “deber impositivo” en las relaciones de pareja.

1.2.4 Violencia Patrimonial o Económica

Son aquellas medidas tomadas por el agresor que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijos e hijas, como el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica la pérdida de la vivienda, bienes u objetos de uso doméstico, tierra o inmuebles y dinero.

Sus manifestaciones típicas incluyen privar a la mujer de los ingresos o bienes en común, privar del dinero si viven juntos, dañar objetos y muebles de la casa de interés patrimonial, limitar el uso de aparatos y espacios de la casa, negar información real del manejo económico de ambos.

1.3 Fases del Ciclo de Violencia

En nuestro estudio analizaremos la violencia conyugal ejercida de manera específica en contra de la mujer. Para poder entender la dinámica de la violencia doméstica es necesario considerar dos factores: su carácter cíclico y su intensidad creciente. El ciclo de la violencia se ha descrito en un ciclo de dos fases a saber:

1.3.1 Acumulación de Tensión

Se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces entre los miembros de la pareja. Se observan ciertas insatisfacciones a nivel de la relación, las tensiones van creciendo. Es común que se vivan sentimientos de ansiedad y hostilidad. Puede haber violencia verbal y psicológica, también física leve.

Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, aumento de las peleas, que cada vez resultan ir empeorando, se acumula la tensión y a medida que ello ocurre la violencia se fortalece.

1.3.2 Agresión / episodio Agudo y explosión de la violencia

La tensión que ha sido acumulada da lugar una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio. Dicha episodio llega a un punto máximo. Se manifiesta con una explosión fuerte, física, verbal y psicológica. Se produce una distorsión de la relación, no siempre se concreta como una separación física; pero, la mujer va a mantener un alejamiento emocional hacia el agresor. Por lo general se da siempre una ruptura de la relación.

Cuando la tensión acumulada de la fase anterior llega a su límite, se produce una gran descarga de los impulsos a través, del maltrato psicológico, físico o sexual grave. Esta fase resulta ser la más dura del ciclo, pues se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en los peores casos ha llegado a causarles la pérdida de la vida. En algunos casos, es luego de este episodio agudo cuando las mujeres deciden buscar ayuda y asistencia de tipo médico.

1.3.3 Arrepentimiento o “Luna de Miel”.

Una vez pasada la fase anterior, seguidamente aparece una incierta fase de “luna de miel” la persona agresora niega la violencia, pide perdón, promete no volver a hacerlo, regala flores, chocolates y dice que la ama. Se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir.

En esta fase la tensión y agresión desaparecen, el agresor se comporta de manera encantadora, para prometer así que no lo volverá a hacer. El agresor piensa que él no volverá a comportarse como en las dos fases anteriores y que su pareja ha aprendido la lección, lo que lo lleva a creer que se comportará de buena forma y como él espera. La mujer acepta estas manifestaciones como las típicas de la conducta de la pareja y que este nunca más volverá a comportarse como en las fases previas.

Es común que después de un hecho de extrema violencia, la persona agresora regrese a pedir disculpas y prometa que cambiará. Sin embargo, al poco tiempo vuelve a recomenzar las fases de la violencia y a cumplirse nuevamente el ciclo vicioso en la relación.

Lamentablemente, la mujer decide creerle a la pareja y continúan la relación, con la esperanza en firme de que no volverá a darse el episodio violento, que al poco tiempo reaparece. En algunos casos el ciclo comienza de forma abrupta con un gran aumento de la tensión.

Posteriormente las fases suelen hacerse más cortas, llegando incluso a pasar de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase explosiva de forma sucesiva, sin que medie la fase de arrepentimiento que termina desapareciendo. Ello es lo que Walker ha denominado la escala de la violencia.

1.4 Marcos Explicativos de la Violencia Doméstica

Para poder entender la etiología de la violencia doméstica en su contexto general, es importante hacer una revisión de los diversos modelos explicativos de la violencia conyugal.

1.4.1 Concepciones acerca de la etiología de la Violencia conyugal o Doméstica

Sin lugar a dudas el gran problema de salud pública en que se ha constituido la violencia doméstica nos sorprende más por los efectos que produce, que por las causas que la determinan. Pero, aun así resulta importante para los profesionales de la salud mental conocer

los orígenes de la misma, para el planteamiento de posibles abordajes psicoterapéuticos para el victimario y las víctimas.

Jorge Corsi (2002) en su libro “La Violencia Masculina en la Pareja” define “la conducta violenta como el uso de la fuerza para resolver conflictos interpersonales, el cual se hace solo posible en un contexto de desequilibrio de poder”. Entonces, si el desequilibrio es “evidente”, es preciso definir a qué responde el uso de la fuerza.

1.4.1.1 Modelo Psiquiátrico

Para este modelo, un hombre que maltrata a su mujer está psíquicamente perturbado, explicándose la brutalidad desplegada como una conducta patológica; es decir que no habría influencias externas determinantes del proceder violento. Esto nos sugiere que las causas de la violencia podrían estar ligadas a la persona del sujeto agresor, incluyendo en ellos: la personalidad, enfermedades psíquicas, alcoholismo y drogadicción entre otros.

Al presentar el maltrato como una consecuencia de una anormalidad psicológica, las desviaciones del comportamiento sólo tendrían una razón individual y personal. Dentro de este modelo se incluyen las investigaciones que relacionan alcoholismo con violencia, habiéndose demostrado el vínculo estrecho entre ambas variables. El alcoholismo provoca consecuencias económicas, sociales que organizan el deterioro de la dinámica familiar.

Coincidimos con los planteamientos de Grosman, Masterman y Andino, 1992, al destacar que el estado psicológico que genera la embriaguez produce la pérdida de las inhibiciones y como resultado, a estallidos de violencia incontrolables que tienen como víctimas a la mujer y a los niños.

Dentro de los casos de agresores que hemos atendido a nivel institucional, hemos observado que en su mayoría los victimarios relatan en su historia clínica el uso desmedido del alcohol, lo cual empeora la relación y dificulta la convivencia sana de la pareja.

Un problema ligado a la ebriedad son los celos que sienten el alcohólico, originados en la impotencia provocada por la bebida, o el miedo a convertirse en impotente.

1.4.1.2. Modelo Psicosocial

En este modelo se plantea que la agresión es el resultado de ciertas interacciones entre los cónyuges. Se trata de formas de comunicación que conduce a los estallidos de violencia. Es un sistema donde la acción de uno corresponde a la reacción del otro, y el maltrato asume el carácter de síntoma de una dinámica distorsionada.

Esta “Teoría de la provocación” de la víctima ha sido discutida y fuertemente cuestionada, pues resulta reduccionista del real problema que embarga una relación marital violenta. Consideramos que todo acto de violencia contra la mujer va más allá de una posible provocación. Aceptar que el agresor se comporta de una forma agresiva porque así la víctima se lo ha ganado sería apoyar y afirmar la tesis de que no es necesario intervenir pues dicha dinámica es normal en la pareja.

Partiendo de un esquema diferente, diversas investigaciones establecen una relación estrecha entre la violencia que los protagonistas vivieron durante la infancia y la agresión es desplegada o sufrida en la relación conyugal. Se afirma en tales estudios que el comportamiento violento configuraría una conducta aprendida socialmente, es decir, adquirida bajo el influjo de concretas condiciones ambientales (Gelles, 1972).

La teoría del modelo agresivo ofrece dos variantes: una referida al aprendizaje por el resultado, y la otra, al aprendizaje por imitación. La primera, se explica que si alguien experimenta que obtiene un resultado o un efecto deseado a través de una acción agresiva, entonces seguirá utilizando este procedimiento en situaciones similares para satisfacer necesidades.

La otra teoría sostiene que un determinado comportamiento tiene lugar por la percepción del mismo en otras personas; es decir, la conducta se adquiere por observación o imitación.

Ulbricht y Huber (1981), señalan que existe una fuerte correlación entre la conducta violenta y el severo castigo que el agresor ha sufrido por parte de los progenitores. Y la otra, cuando el niño observa que el padre castiga a su madre, aprende un determinado modelo por imitación y el resultado. Piensa que el padre prevalece a través de las agresiones corporales.

Indudablemente este estudio verificó que la violencia presenciada entre los padres tiene influencia sobre la conducta posterior de los hijos. Compartimos estas ideas con los autores, ya que los hijos de padres que han padecidos de violencia doméstica tienden en el futuro en sus relaciones de pareja a ejercer el mismo rol de agresor y víctima.

1.4.1.3. Modelo Socio-cultural

En el modelo socio cultural, la violencia es consecuencia de la estructura de la sociedad global, en este enfoque se destaca diversas expresiones: una referida a la desigualdad sociocultural y la que tiene lugar por la pertenencia del individuo a sectores sociales de escasos recursos.

Añadiendo a lo anterior, es importante dejar sentado que no existe un grupo social ni cultural predominante en el ejercer violencia doméstica, pues la misma se puede dar en todos las esfera sociales. Sin embargo, aceptamos que pueden encontrarse sectores culturales en mayor riesgo por la influencia de otras variables.

1.4.2. El Aporte Intrapsíquico e Intersubjetivo

No podemos dejar de mencionar los determinantes intrasíquicos, intersubjetivos y sociales que son a nuestro juicio posibles generadores de conductas violentas en el ser humano.

La teoría de las pulsiones fue siempre dualista; en más allá del principio del placer Freud (1920), distingue entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte. Estas dos pulsiones se constituyen en los principios fundamentales que presiden la actividad concreta del funcionamiento del organismo.

Las pulsiones de muerte se dirigen, en primer término, hacia adentro y buscan la autodestrucción; en segundo lugar, se encaminan hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva. En tanto, las pulsiones de vida (designadas también con el término de “eros”), se contraponen a las pulsiones de muerte, abarca las pulsiones no sólo sexuales, sino también la de auto conservación.

En la violencia doméstica, el uso de la fuerza cobró un sentido cuando el victimario siente que ese lugar real o imaginario de poder se ve amenazado por el objeto, al cual trata de controlar, despojándole de su autonomía. Tomando en consideración esto, el acto violento se convierte en una defensa ante el temor a la pérdida de su frágil equilibrio emocional, el cual es irónicamente sostenido por el mismo objeto que, a nivel manifiesta, es rechazado, maltratado y descalificado.

En el adulto maltratador, la emergencia de la pulsión de muerte se pone en evidencia mediante la expresión de ira, como pulsión agresiva, la cual a pesar de actuar como defensa fuerte al narcisismo amenazado de volver a sufrir la indiferencia, el abandono o la humillación, pone a su vez un alto al proceso de vinculación. (Green, 1986).

(Laplanche, 2003), sostiene que en la conducta violenta se pone de manifiesto la pulsión de muerte, da cuenta de una imposibilidad de ligazón, con la cual se tiende al rompimiento de las relaciones y destrucción de las cosas.

En el caso de la violencia doméstica, podríamos pensar que los vínculos que se sostienen a pesar de y a través de violencia, la que se satisface predominate es la pulsión de muerte, probablemente manteniendo una relación mediante la cual se revive el trauma y sus afectos asociados.

El otro cuerpo de teorías, que agrupan a las conductistas, desde una posición diametralmente opuesta, plantea que el comportamiento del hombre es modelado de forma exclusiva por la influencia del medio ambiente, es decir por los factores sociales y culturales.

John Bowlby, principal representante de la teoría del apego, toma de base la falta de determinación con la que se plantea, en la teoría freudiana, el rol de la madre y su función y el establecimiento de relaciones de apego, para abrir paso al estudio sistemático de la díada madre hijo y con ello la creación de su teoría.

Sin lugar a dudas son los aportes de Bowlby y otros teóricos que se han interesado en el estudio de los efectos que resultan de la privación materna en el infante, lo que permite el abordaje de la violencia doméstica desde esta perspectiva.

De acuerdo a la teoría del apego, la función primordial de las primeras relaciones de objeto es proveer al infante con un sentido de seguridad en ambientes que inducen miedo (Bowlby 1973). Ello sugiere que un tipo de apego determinado, consolidado en los primeros años de vida, forma la base sobre la cual se organiza la conducta interpersonal a lo largo de la vida. La disposición psíquica del individuo (tipo de apego) puede llegar a manifestarse mediante las estrategias que inconscientemente elige en su relación con los otros, en los mecanismos de defensa que utiliza, en la organización de tipo cognitivo y sobre todo, en el modo que procesa las pérdidas y elabora sus duelos.

Inicialmente los tipos de apego fueron llamados: apego seguro, evitativo y ambivalente. Quienes gozan de un apego seguro acuden a sus figuras serenas para buscar apoyo, aliviar la ansiedad, angustia, miedos, etc., con la certeza de ser atendidos y aliviados.

Tanto el apego evitativo como el ambivalente necesita del contacto tranquilizador; pero, se diferencia que el evitativo, pues elude el contacto como medida de protección contra las emociones penosas, que siente o sintieron en la infancia al ser ignorados, rechazados o mantenidos a distancia. Por su parte, el ambivalente aumenta si reclama de atención y afecto como en el tipo seguro. Este oscila entre una conducta de acercamiento y distanciamiento, con

el objetivo de llegar a recuperar el contacto tranquilizador y así defenderse de la angustia producida por el deseo no correspondido. Esta es la dinámica que podría estar en juego en el hombre que violenta a su pareja. Busca golpearla como producto de su ira y descontrol, pero no como algo premeditado.

Kernberg (1979), destaca que una vez pase la ira anterior al acto violento, estos son abrumados por reacciones depresivas que asume la forma de rabia impotente y sentimiento de derrota ante fuerzas internas. Es común que no experimente culpa por la agresión cometida hacia la pareja; pero, por lo general los aqueja un miedo al abandono. Comparándolo con la fase cíclica de la violencia, ese miedo padecido luego del acto violento viene seguido de la fase de arrepentimiento o luna de miel, donde se promete el cielo y las estrellas.

1.5. Consecuencia de la violencia doméstica.

Como ya es sabido, son múltiples las consecuencias que generan la violencia doméstica, aunque la violencia doméstica no se restringe al maltrato a la mujer por su pareja, si constituye la forma más frecuente y en ella se centra nuestra investigación.

Partiendo de la idea precisa de algunos autores, se denomina violencia contra la mujer a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a algunos de los miembros de la relación incluyendo agresiones físicas (golpes, patadas, palizas y humillaciones) relaciones a conductas sexuales forzadas, y a conductas de control, tales como aislamientos, control de las actividades y restricciones en el acceso a la información y asistencia (Heise Y García –Moreno 2002).

Dentro de un hogar donde hay violencia doméstica el ambiente familiar se distorsiona, la comunicación entre los miembros se pierde, la salud mental de todos se ve afectada indistintamente, sin embargo son las víctimas que llevan la peor parte.

El ciclo de la violencia se torna cada vez más difícil, toda vez que las mujeres se vuelven partícipes activas de este ciclo del cual les es difícil poder salir.

Unos de los aspectos más complejos de este tipo de violencia es que a pesar de su alta frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres permanecen con sus parejas por muchos años, y nuevamente vuelven con ellas aunque hayan sido capaces de abandonarlas temporalmente.

Analizaremos a continuación las diversas consecuencias que tiene la violencia doméstica sobre la mujer como víctima, sobre los hijos como principales testigos y depositarios de las emociones de los padres sobre el agresor.

1.5.1. Consecuencia del maltrato para la mujer.

Investigaciones internacionales han destacado que las mujeres maltratadas por su pareja tendrá peor salud que las mujeres que no han sufrido tales abusos. Ello se debe a que ante situaciones graves de estrés tal forma las que viven las que han experimentado este tipo de violencia a desarrollar un alto nivel de estrés que a su vez afecta directamente nuestro sistema inmunológico.

Las mujeres maltratadas por su pareja presentan síntomas depresivos graves, altos niveles de ansiedad e insomnio y pueden desarrollar trastornos de tipo adaptativos. Como señalan Romsayetal (2005), la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja pueden tener importantes consecuencias negativas a corto y largo plazo en las mujeres que pueden presentar incluso cuando dicha violencia ha finalizado por lo general las mujeres víctima de la violencia se sienten más inseguras y tienen menos autoestimas y apoyo social.

Los resultados de la British Crime Survey (Walby y Allen, 2004) indican que el 75% de los casos de violencia doméstica tienen como resultado lesiones físicas y consecuencia sobre la salud mental.

La violencia por parte de la pareja está asociada a una sensación de manejar a la vida y al bienestar emocional por las graves implicaciones psicológicas que produce. Por ello, constituye un factor de riesgo para la salud mental, tanto a corto como largo plazo, tal y como ha quedado demostrado, en numerosos estudios (véase amor, Bohorquez y Echevarría, 2006, Soler, Baneto y González, 2005).

No podemos dejar de desatacar que el maltrato físico que en la forma de violencia más evidente por las lesiones visibles que dejo producto de los golpes propinados sin embargo, las lesiones psicológicas no puede observarse a simple vista, pero termina siendo tan perjudiciales como lo es una “paliza”.

El maltrato no evolucionado de forma ascendente en cuanto a la gravedad y la frecuencia de aparición de los actos violentos. Las conductas humillantes y las actitudes de desvalorización tienen también dentro de esto mala relación un carácter intimidatorio para la mujer, quien día a día se ve sometida a diversos tipos de violencia y envuelta en su ciclo.

Tal y como lo destaca (Walker, 1984), la víctima que así atrapada en un círculo violento, en donde las agresiones físicas y psicológicas se manifiestan en forma repetida e intermitente entre mezcladas con actitudes y comportamientos de arrepentimiento o buen trato.

Este ciclo aparece una y otra vez, girando a lo largo de la vida de la víctima, haciendo que estas mujeres de un modo se acostumbren a este patrón repetitivo. Porque como señalan Heise y Garcia – Moreno (2002), dejan una relación de abuso es por un proceso que incluye periodos de negación, culpa y sufrimiento antes de que las mujeres sean capaces de conocer la realidad del maltrato, puesto que suele señalar el comienzo de la separación y de la recuperación del abuso.

Es importante resaltar que en muchas situaciones el dejar la relación no siempre significa que la violencia cese ya que en varios casos que aún estando separados y con boletas de protección establecidos siguen siendo víctimas del acoso y de la persecución que en el peor de los casos ha desconsiderado que la mujer muera en manos de su pareja o ex pareja.

Las víctimas de violencia domésticas a lo largo del ciclo de violencia vivido, van a experimentar diversas reacciones tanto de tipos emocionales, afectivos y fisiológicos que termina afectando el equilibrio emocional total de la persona.

Según el informe elaborado por el Consejo de Europa (2002), las estadísticas apuntan que la violencia en el seno de la familia será la principal causa de muerte e invalidez de la mujer de 16 a 44 años, por delante del cáncer o los accidentes de tránsito. Tomando en consideración este planteamiento, son numerosos los informes que estudios que demuestran

las importantes consecuencias que tiene la violencia familiar de pareja en la salud física y mental de las mujeres maltratadas.

Las primeras reacciones de las víctimas pueden estar caracterizadas por sentimientos, de humillación, vergüenza, preocupación y miedo. Lo que ocasiona que ella tienda a ocultar sus sentimientos y minimizar la situación con el paso del tiempo se produce una pérdida de control, y confusión y sentimientos de culpa, lo que hace que la propia víctima se reconozca como tal. Esta situación indudablemente trae consigo un mayor riesgo de permanecer o de valorar a la relación violenta, lo que tiende a gravar su situación psicopatológica y les impide beneficiarse de cualquier tipo de apoyo social o terapéutico que pudiese brindársele.

La depresión, ansiedad, trastornos adaptativos y el trastorno de estrés postraumático son las consecuencias más comunes detectadas a largo plazo, es más, la comorbilidad de ambos trastornos en las víctimas de violencia de pareja es bastante habitual (Cascardi, o`Leary, y Schlee, 1999).

La aparición de los trastornos de la salud mental en las víctimas de violencia doméstica dependerá de la serenidad de los mismos y de los diversos factores tales como; disponer de soportes sociales, manera de afrontar la crisis, situaciones estresantes durante la infancia y las experiencias negativas frente a crisis vitales.

El psicólogo español Andrés Montero, presidente de la sociedad española de psicólogos de la violencia define el síndrome de Estocolmo doméstico (abreviadamente SIES-D) como un vínculo interpersonal de protección, construido entre la víctima y su agresor, en el marco de un ambiente traumático y de restricción.

1.5.1.1. Síndrome de la mujer maltratada e indefensión aprendida.

Walker en 1979 plantea un método que plantea las secuelas psicológicas de la violencia física, el cual se conoce como síndrome de indefensión aprendida.

El síndrome de indefensión aprendida, descrito por Leonor Walker consiste en un estado de parálisis progresivo que desarrolla la mujer después de vivir varias veces el círculo de la violencia.

De acuerdo con Leonor Walker la mujer aprende que, haga lo que haga siempre será maltratada, que no puede detener ni controlar la conducta de su marido y que cualquier acción de ella puede provocar un mal o peor hacia sí mismo o hacia otros de sus miembros. Esto hace que se sienta imposibilitada para pedir ayuda tanto como para ejercer cualquier acción judicial.

El proceso de indefensión aprendida tiene como resultado distorsiones en la forma en que las personas afectadas sienten, piensan y actúan.

Las mujeres como víctimas directas de la violencia no tienen la capacidad para controlar los eventos que le suceden, tienen expectativas poco realistas de que existe la posibilidad de que la agresión se detenga, pierde la capacidad para resolver problemas, padecen comúnmente de depresión, ansiedad, estrés y trastornos adaptativos.

1.5.2 Consecuencias sobre los hijos como testigos de la violencia doméstica.

El ciclo de la violencia ocasiona grandes problemas de salud mental a la víctima quienes son las depositarias directas de dicha agresión. Sin embargo, los hijos que conviven en ambientes familiares violentos también corren riesgo de padecer algún tipo de perturbación emocional.

La violencia doméstica impide el goce del derecho de una vida sana, en paz, libre de miedo. Aquellos niños(as) que en sus hogares han experimentado algún tipo de violencia doméstica corren con mayor riesgo a futuro de convertirse en agresores y víctimas. La experiencia de exposición a la violencia en la infancia se ha identificado como una variable relacionada con las conductas agresivas en el hogar (Alcázar, Gómez Jarabo, 2001).

Desde el primer momento en que se produce un episodio violento en el hogar ello tiene grandes repercusiones en la salud mental y equilibrio emocional de todos sus miembros, indistintamente de la edad. Distintas investigaciones corroboran estos datos.

Carlson (1984), estima que más de 3 millones de niños(as) observan violencia doméstica en sus hogares anualmente. Por su parte Strauss & Caelles (1990), señala que más de 50% de los hombres que maltratan a sus esposos frecuentemente, también lo hacen con sus hijos/as.

Miller, (1989), en un estudio comparativo entre jóvenes delincuentes y no delincuentes, encontró que la diferencia más significativa entre ambos grupos es el historial de violencia o abuso familiar.

Siguiendo el mismo orden de ideas que afirman las consecuencias de la violencia doméstica en los hijos, O'Keefe (1986), refleja que los y las estudiantes de escuela superior cuyos padres han establecido relaciones violentas, tienden a desarrollar relaciones violentas entre sí, en un tanto por ciento mayor que aquellos/as estudiantes desarrollados en ambientes no violentos.

De acuerdo a los resultados de las investigaciones, Rosenbaum & O'Leary (1981), ponen de manifiesto que los niños que observan maltrato familiar por parte del padre durante la niñez, tienden a presentar un mayor riesgo de ser agresivos físicamente en sus relaciones de pareja en la adultez. Mientras que otros investigadores han encontrado una marcada tendencia en niños que observan violencia contra su madre, a presentar un mayor riesgo de tolerar el abuso contra ellas en la adultez que los que no presenciaron abuso contra su madre.

En términos generales, el experimentar violencia en el hogar resulta devastador, para quienes solamente necesitan cuidados y amor en sus casas. Ello resulta negativo toda vez que en el proceso de formación de la personalidad resulte muy contraproducente.

A nivel escolar las consecuencias son múltiples, se observaron desmotivados tanto dentro como por fuera de las clases; suelen estar nerviosos, ansiosos, tristes y tienden a mostrar dificultades para entender las instrucciones del maestro/a, comunicar sus necesidades, leer, escribir o expresarse. Es común observarlos distraídos y por lo general presentan problemas de atención derivados de sus problemas emocionales.

A nivel conductual pueden lucir: muy pasivos, al extremo impulsivo, mostrar dificultades en el contacto social, reaccionar exageradamente ante un conflicto menor, muchos tienden a violar las normas familiares de manera agresiva; puede presentar miedo, o tener problemas con el sueño, pesadilla y carácter irritable.

Al hablar con ellos pueden decir que su mayor deseo es que la familia se mantenga unida y en algunos casos podrían experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y ambivalencia hacia los padres.

A nivel de la adolescencia los/as jóvenes expuestos repetidamente a incidentes de violencia doméstica tienden a mostrar comportamientos aislados de sus familias, algunos abandonan el hogar y el colegio a temprana edad en sus relaciones de noviazgo pueden mostrar comportamientos violentos, tienden a involucrarse en relaciones de parejas abusivos, donde se confunde el amor con la violencia y ven el maltrato como algo natural.

No es de extrañar que jóvenes que habitan en ambiente con historia de violencia doméstica presentan comportamientos de tipo autodestructivos o antisociales como: el uso de drogas, la delincuencia, el vandalismo o destrucción de propiedades.

1.5.3 Características y consecuencias para el agresor.

Dentro de los episodios de violencia doméstica que vive la familia, la repercusiones también llegan hasta la persona “agresora” en este caso llámese cónyugue, esposo, pareja sentimental o novios. Ello es debido ya que aunque el abuso físico ha sido considerado por la Ley, sabemos por los casos presentados que esto no frena al hombre violento a dejar de mostrar su comportamiento violento.

La agresión hacia la pareja es una forma de expresión que esconde y obstaculiza el acceso a las emociones. Es por lo tanto común que muestren sentimientos reprimidos, nieguen lo ocurrido y tiendan a minimizar el real problema de la violencia doméstica que viven.

La violencia doméstica afecta la salud y la calidad de vida de las mujeres y a los hombres violentos les impide tener una relación de pareja agradable, en donde puedan convivir en condiciones de igualdad.

Los hombres agresores suelen ser dominantes, por lo que viven de forma alterada y se comportan de manera impulsiva. Se disgusta si la mujer llega tarde a una cita, la interroga sobre planes, actúa como si fuera su dueño, tratará de intervenir en las decisiones de la mujer, respecto a sus amistades y lugares frecuentes.

La actitud que muestra dentro de la relación es de dominio y control, le pregunta con quién habla, le insulta y los celos empiezan a aparecer tornándose cada vez más seguidos e intensos.

El hombre maltratador o abusivo busca desde sus inicios obtener el control aislando a su pareja de los amigos, familia, compañeros; con la intención de evitar que trabaje, estudie o se dedique a actividades independientes de él, porque ello representa para él una fuente intensa de desconfianza. Lo cual acrecienta los celos patológicos que en algunos casos pueden padecer, puesto que carece de control de sus impulsos.

La mayoría y casi en su totalidad las consecuencias de un episodio único o repetitivo de violencia recae sobre las víctimas y sus hijos quienes son los receptores directos de estos nefastos episodios. Sin embargo, la consecuencia mayor para los agresores resulta ser la destrucción familiar y el tener que enfrentar la justicia, lo que genera la aparición de una serie de problemas ligados unos a otros, que influyen de manera negativa sobre la familia, ya que se desintegran.

1.6 Estereotipos y mitos en relación al agresor y la víctima.

En nuestra sociedad existen una serie de mitos acerca del tema de la violencia doméstica, que deben ser superados y eliminados de nuestros pensamientos, para poder comprender mejor el fenómeno de la violencia hacia la mujer.

Es así que de manera errónea, se hacen circular estos mitos y prejuicios, que constituyen mecanismos operantes para mantener invisible el problema de la violencia doméstica. Estas falsas creencias agravan y aumentan los problemas y el número de víctimas. Veamos y analicemos algunos de estos mitos vs la realidad que muchos desconocen:

Mito: “Los casos de violencia doméstica son aislados y no representan un problema social grave”.

Realidad: la violencia es cada vez más común, según la O.N.U. el 65% de las mujeres padecen algún tipo de violencia doméstica.

Mito: La violencia es un asunto de familia y no debe ventilarse fuera de casa.

Realidad: estos casos no deben ser ocultados. Existen instituciones públicas y privadas que pueden brindar atención, apoyo y orientación.

Mito: En pelea de marido y mujer “nadie se puede meter”.

Realidad: En pelea de marido y mujer pueda quedar una mujer asesinada.

Mito: “El alcoholismo y la drogadicción son las causas de la violencia doméstica”.

Realidad: Aunque puede haber algún tipo de relación, ello no lo determina. El consumo de ambas ha justificado el uso de la violencia en muchas ocasiones.

Mito: “Si la mujer no se va de la casa es porque le gusta que el marido le pegue.”

Realidad: La violencia es un fenómeno complejo, que no puede explicarse de manera simplista. Existen numerosos factores que influyen en la decisión de abandonar a la pareja violenta, por ejemplo: la inseguridad, culpa, estigma, deseo de evitar los problemas legales cuestiones económicas. Estas circunstancias son las que hacen necesario el apoyo de un especialista en salud mental.

Mito: “Algo habrá hecho para provocarlo”.

Realidad: Es posible que en algunos casos, la mujer provoque molestia y enojo, pero ninguna provocación justifica un golpe. Este mito tiene a culpabilizar a la víctima, lo que constituye una excusa del hombre para eludir su responsabilidad en la conducta violenta.

Mito: “La violencia es un problema de la gente sin educación y de clases sociales bajas.”

Realidad: Las investigaciones actuales han demostrado que la violencia doméstica se da a nivel de todos los estratos sociales independientemente de su condición, desarrollo y nivel educativo.

Mito: “Las mujeres buscan hombres violentos”.

Realidad: Las mujeres no buscan hombres violentos, lo que sucede es que tienen falta de actitud realista frente a la violencia que le impide rechazarla y poder salir del círculo de la violencia, haciendo que se repita una y otra vez el círculo vicioso.

Mito: “El maltrato emocional no es tan grave como el físico”.

Realidad: Tanto el maltrato físico como el psicológico, producen consecuencias graves para el equilibrio emocional de la víctima.

Estos son solamente algunos de los mitos y prejuicios que las personas y las víctimas interiorizan. La mujer que sufre violencia, asimila estas falsas creencias, actitudes y mitos en relación a sí misma y al hombre agresor, lo cual la hace experimentar indefensión, labilidad emocional y vulnerabilidad; lo que da como resultado que ella misma se anule, culpabilice y piense que no hay camino de esperanza frente a esta triste, dura y amarga realidad.

A todos como sociedad nos corresponde unir esfuerzos para erradicar estos mitos, prevenir el uso de la violencia entre la humanidad y sobre todo dentro del primer pilar de nuestra sociedad que es la familia.

La no violencia es el único camino posible, para superar el dolor y el sufrimiento en nosotros mismos, en nuestra gente cercana y en la sociedad humana.

1.7 Estrategias de afrontamiento

Muchas son las acciones que como miembros de una sociedad y de una familia nos corresponde ejercer, como medidas de afrontamiento ante esta ola de violencia que se ha suscitado en nuestro país en los últimos años.

Entre las acciones que pueden contribuir a erradicar la violencia contra la mujer tenemos:

- Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar más democrático y menos autoritarios.
- Alentar la existencia de una legislación específica para el problema de la violencia doméstica.

- Promover la creación de una red de recursos comunitarios para promover apoyo y atención a las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja.
- Crear programas de tratamiento y recuperación para víctimas de violencia en las relaciones de pareja.
- Enfatizar el principio de que nada justifica la violencia y que la responsabilidad de dichos comportamientos abusivos y violentos recae sobre el agresor.
- Eliminar cualquier estereotipo mito o prejuicio que justifique la violencia.

1.7.1. Abordaje Terapéutico

Una vez se identifica que la mujer este siendo víctima de violencia doméstica, es necesario establecer ciertas intervenciones de ayuda y recuperación de la salud mental, de ella como víctima directa y de los hijos como testigos de la cruda realidad que es la violencia en la familia.

Los profesionales de la salud mental, quienes atiendan a mujeres víctimas de violencia doméstica deben tener las siguientes actitudes:

- ❖ Escuchar de manera activa, sin juzgar.
- ❖ Mostrar empatía.
- ❖ Respetar la confidencialidad.
- ❖ Reconocer el riesgo de su situación.
- ❖ Reconocer que las víctimas no son un grupo homogéneo, sino que, aunque existan aspectos comunes, cada mujer tiene una experiencia única, como únicos son sus recursos, situación y necesidades.
- ❖ Respetar el ritmo y el proceso de recuperación de la víctima.

La doctora Leonor Walker (1996) y otros autores presentan una serie de recomendaciones para la atención de las mujeres maltratadas, entre ellas:

- Explicación, orientación y apoyo en el uso de medidas legales de protección.

- Planificación de la salida de la víctima del hogar y su ubicación en un albergue, en caso de ser imprescindible para salvar su vida.
- Los hijos mayores deben conocer la situación y tener una “clave de alarma” para ayudar a su madre en caso de urgencias.
- Comunicar a la mujer que tienen derecho de tomar sus propias decisiones, pues es la responsable de su bienestar y su seguridad.
- Ayudarle a eliminar los sentimientos de culpa, examinarlos y explorarlos.
- Ayudarle a aumentar las redes de apoyo y la capacidad de cuidarse.
- Explicarle que el único responsable de la violencia es el agresor y no la víctima.
- Ayudarlo a reconocer la importancia de revelar su ira y a expresarla efectivamente.

Las víctimas de violencia doméstica deben ser incluidas en programas psicoterapéuticos, que le permitan abordar las emociones negativas que se suscitan en ella a raíz de la violencia que vive o haya vivido.

Las intervenciones psicoterapéuticas suelen ser muy positivas, ya que permiten el manejo de los síntomas y la erradicación de los mismos. La psicoterapia ha sido enfocada desde diferentes modelos, tales como: terapia cognitivo conductual, psicoterapia de sostén e insight, interpersonal, psicoanalíticos, terapia de grupo y terapia de apoyo, entre otros. Lo importante es que el paciente que lo requiera pueda beneficiarse de la misma. Independientemente de la modalidad psicoterapéutica que se utilice, se recomienda:

1. Desarrollar una relación de confianza y de apoyo desde un principio y a través de todo el tratamiento, para lograr una buena alianza de trabajo, a fin de que el terapeuta sea una fuente de esperanza para el paciente.
2. Validar los sentimientos de la persona afectada.
3. Desculpabilizar, ya que esto constituye un obstáculo para la toma de decisiones transformadoras.
4. Informar, orientar y animar la participación del proceso terapéutico.
5. Demostrar una actitud de interés.
6. Estimularla a que llegue a sus propias conclusiones e interpretaciones.
7. Escuchar de manera activa, sin juzgar.
8. Mostrar empatía.

9. Respetar la confiabilidad, el ritmo y el proceso de recuperación de la víctima.

Para efecto de nuestra investigación la modalidad psicoterapéutica utilizada fue la Terapia Individual de Apoyo.

1.7.2. Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan atención.

El recibir apoyo oportuno puede salvaguardar una vida. Ante situaciones de riesgo las instituciones dedicadas a salvaguardar los derechos de las mujeres son.

- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio Público
- Ministerio de Salud y CSS
- Defensoría del Pueblo
- Dirección de Investigación Judicial DIJ
- Policía Nacional
- Instituto Nacional de la mujer (MIDES)
- Centro de Orientación y Atención Integral (MIDES)
- Oficina de Asesoría legal gratuito, para víctimas de delitos Órgano Judicial.
- Centro de salud
- Órgano Judicial – unidad de acceso a la justicia.
- Asamblea legislativa, comisión de la mujer.
- Instituto de la mujer de la UP.

Para Santiago de Veraguas los contactos directos son los siguientes:

- Fiscalía adjunta de familia 998-9445
- Unidad de apoyo a víctimas 998-2780
- Línea 147
- Policía Nacional 998-8222 y 511-9162/9445
- Red de Apoyo de Soná (Cegel – Sonare) 998-9300
- Centro de Orientación y Atención Integral 958-7611

¿Dónde denunciar?

- Corregiduría
- Centro de recepción de denuncias (DIJ)
- Juzgados Nocturnos
- Fiscalía Especializada en asuntos de la Familia y el Menor.
- Defensoría

Para orientación y ayuda:

Albergue social: 500-6172 (Panamá y Chiriquí)

Fundalcom: 208-7060 y 208-7062

Universidades y Consultorios Jurídicos de Atención Legal.

1.7.3. Aspectos legales de la violencia doméstica (Internacional y Nacional)

La violencia doméstica, gracias a los muchos movimientos feministas y sociales, ha sido considerada como un problema de salud pública y constituye un delito en nuestro país. Esta problemática ha dado origen a la creación de legislaciones internacionales y nacionales, para la protección y salvaguarda de las mujeres y de sus derechos inalienables. (Alianza del movimiento de mujeres, 2012).

El marco legal internacional específico de los derechos de las mujeres hace alusión a declaraciones y convenios de interés en el tema de violencia, detallamos a continuación las más importantes:

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó esta convención el 18 de diciembre de 1979, entró en vigor en 1981, año en que Panamá la ratifica. Las disposiciones de esta convención se distingue por ser de carácter Universal y define el principio de no discriminación contra la mujer, el principio de igualdad entre hombre y mujeres, atribuye responsabilidad al Estado para lograr esos Derechos y establece mecanismos para exigir el cumplimiento de derechos.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará), aprobada por la Asamblea General de la Organización de estados Americanos en 1994. Entre las disposiciones dictadas plantea que las mujeres

tienen derecho a vivir una vida libre de violencia, permitiendo las demandas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lo planteado aquí rige para los países firmantes de América Latina y el Caribe.

Dentro de los recursos legales de Panamá ante los hechos de Violencia Doméstica, podemos destacar:

- La Constitución Política de Panamá, reformada por los actos reformativos de 1978, Acto Constitucional de 1983, Actos Legislativos del 1 de 1993 y 1994 y Actos Legislativos de 2004, por lo que otorga el deber a las autoridades para proteger la vida, asegurando la efectividad de los derechos y deberes individuales y sociales, estableciendo que no habrá ni fueros ni privilegios por razón de sexo.
- Ley N° 27 de 16 de Junio de 1995, a través de la cual se tipifican los Delitos de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al menor, se establecen dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y añaden artículos al Código Penal y Judicial y se adoptan otras medidas.
- De conformidad con los aspectos legales de nuestro país, se crea la Ley N° 38 del 10 de julio de 2001 que reforma y adiciona artículos al código penal y judicial, sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña y adolescente, deroga artículos de la ley 27 de 1995 y dicta otras disposiciones.
- Ley N° 48 del 1 de Septiembre de 2009, que establece el nuevo Sistema Penal Acusatorio (SPA), el cual se insertará de forma escalonada en los distritos judiciales del país; actualmente rigen en las provincias de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. Las medidas de protección a las víctimas de violencia doméstica se mantendrán efectivas y vigentes. De acuerdo a esta Ley, al delito de Violencia doméstica le son aplicados todos los aspectos del SPA. Con la diferencia de que a otros delitos se les puede aplicar los procedimientos alternos de solución de conflictos como la mediación, conciliación, etc. En el caso de los delitos tipificados como violencia doméstica este recurso no será aceptado, toda vez que las víctimas están afectadas y su nivel de descompensación puede influir en su decisión.

- En el Artículo 200 y 201 la Ley contempla la sanción que puede ser de tipo agravada o simple. Se considera agravada cuando las lesiones han causado incapacidad por un tiempo mayor de 30 días; pero menor de 60 días. Ante estas circunstancias el artículo 2001 establece que la sanción consiste en prisión o arresto de fines de semana y tratamiento terapéutico especializado, siendo la misma para el delito tipo simple con la diferencia de que se extiende de 3 a 5 años. Por su parte el artículo 200 hace referencia al delito tipo simple, que es cuando la agresión resulta incapacitante para la víctima por un periodo no mayor de 30 días. La sanción aplicada consisten en 2 a 4 años de prisión o arrestos de fines de semana y tratamiento terapéutico multidisciplinario.
- Ley N° 63 del 2008, que determina un nuevo Código Procesal Penal que utiliza un sistema de procesamiento de causas tipo acusatorio oral, para garantizar un sistema de administración de justicia más eficiente, transparente y rápido ante el delito, procurando el respeto y la perseveración de los derechos y garantías fundamentales en nuestro país.

La violencia doméstica viola los derechos humanos fundamentales y menoscaba las posibilidades de ejercer el derecho a tener una vida plena. Hay cifras, que nos indican que las mujeres son las más afectadas por la violencia doméstica, pero también sufren esta situación los niños, niñas, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad.

La ley 38 hace explícitos derechos y normas que nos ayudan a construir una sociedad justa, equitativa y con una perspectiva de desarrollo humano para todas las personas.

La violencia doméstica al tenor de esta ley, es definida así:

“Conducta en la cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual, psicológica, patrimonial, la intimidación o la persecución, contra una persona por parte de su cónyuge, ex cónyuge, familiares o parientes con quien cohabita o haya cohabitado, viva o haya vivido bajo el mismo techo o sostenga o haya sostenido una relación consensual o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo. Para causarle daño físico a una persona o a la persona de otro para causarle daño emocional”.

Siendo así la Ley 38 es aplicable a las relaciones de pareja que no hayan cumplido, los cinco años, pero cuya intención de permanencia pueda probarse, además de extenderse en tiempo y espacio a las situaciones establecidas, incluso, aún cuando los vínculos hayan finalizado al momento de la agresión.

1.7.3.1. Derechos de las mujeres víctima de violencia doméstica.

Luego de revisar los aspectos legales de la violencia doméstica, es necesario establecer los derechos fundamentales que todas las mujeres deben gozar. Cada día son más los casos de violencia que se comenten en todo el mundo, fuera de todos aquellos que siguen viviendo en el anonimato del silencio y la impunidad.

La violencia doméstica lacera el estado emocional y viola todos los derechos y garantías fundamentales de las personas que las padecen, y la violencia contra la mujer es la más notoria desde diferentes perspectivas del problema.

En la Convención de Belén Do Para capítulo II sobre derechos protegidos, su artículo 4 anuncia lo siguiente: *“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicios y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos”*.

Estos derechos comprenden entre otros.

- Derecho a que se respete su vida
- Derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
- Derecho a la libertad y a la seguridad personal
- Derecho a no ser sometida a torturas.
- Derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia.
- Derecho a la igualdad de protección ante la ley y de la ley.
- Derecho a la libertad de asociación.
- Derecho a profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley.
- Derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas y a participar en los asuntos públicos incluyendo la toma de decisiones.

- Derecho a ser amparada contra actos que violen sus derechos.

II. Reflexiones en torno a la Ansiedad Estado

2. Definición

Muchos han sido los autores que se han preocupado por describir el término “ansiedad”, entre los cuales figuran:

Ramiro Calle (1993), en su obra “El libro de la Salud Mental”, donde señala que la ansiedad es una sensación displacentera, inquietante y difusa a la que también se denomina angustia.

Howard Goldman en su obra *Psiquiatría General*, se refiere a la ansiedad como: “Un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga e incluso al agotamiento.

El interés central de este estudio se enfoca hacia las manifestaciones sintomáticas de Ansiedad Estado y Depresión de una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica, diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto.

Partiendo de la definición conceptual dada por Spielberger Charles y Díaz Guerrero, en su *Manual de Inventario de Ansiedad: Estado - Rasgo*, podemos definir la Ansiedad estado como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva conscientemente percibida y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo”.

La Ansiedad –Rasgo (A-rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.

Entendiendo tales definiciones, podemos establecer que la Ansiedad- Estado es un estado emocional actual e inmediato, caracterizado por aprehensión y tensión, acompañado o asociado con activación del sistema nervioso autónomo. Por lo tanto los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

2.1 Ansiedad Estado, una respuesta emocional

Podemos considerar a la ansiedad, como una emoción que el individuo afectado experimenta como desagradable, produciéndole una alteración de la homeostasis psíquica, en este sentido es multideterminada, debido a que son muchos los factores que influyen en la relación ansiosa.

La ansiedad forma parte de nuestra vida, de nuestro desarrollo y crecimiento, por lo tanto es necesario conocerla y poder manejarla. Así como hay acontecimientos negativos que pueden generar grandes sentimientos de ansiedad, existen eventos que aún siendo de potencial benéfico pueden constituir fuentes de ansiedad. La manera como las personas manejan e interpretan los estímulos provenientes de su exterior e interior determinará si perjudica o no nuestro sistema.

Cuando la ansiedad es manejada adecuadamente, podría favorecer nuestro repertorio de movilización y permite un enriquecimiento psicológico al nivel de nuestro sentimiento de autonomía. Por el contrario, cuando no es manejada de manera adecuada se pone en riesgo nuestro cuerpo al permitir el desgaste que provoca el estado ansioso. Es común que cuando una persona está expuesta a violencia familiar es mucho más propensa a desarrollar problemas sociales, emocionales, de comportamiento, psicológicos y es aquí donde la ansiedad que es una función normal de la mente se sale de control y se convierte en un trastorno. Por lo tanto, la víctima vive con depresión, angustia, baja autoestima y miedos irracionales.

2.1.1 Características de la Ansiedad

Siempre que un estímulo se perciba como algo amenazador, independientemente de que el peligro sea real o imaginario, ello provocará la ansiedad y se da un incremento de la misma como estado emocional.

La ansiedad puede entonces engendrarse por una amenaza real o imaginaria, estímulos ansiógenos externos, falta de capacidad para superar dificultades y sobre todo, por el desorden psicológico que promueve diálogos internos irracionales, que a su vez llevan al individuo a deteriorar su sistema defensivo.

Las características sobre las cuales se desencadena el proceso ansioso es el siguiente: se presenta ante el individuo un agente potencialmente peligroso, el cual el individuo percibe como amenazante y reacciona con la respuesta de ansiedad.

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos. En el caso de las mujeres víctimas de violencia doméstica, suelen presentar marcadas alteraciones en su estado de ánimo, así como altos niveles de ansiedad que resultan incapacitantes, toda vez que no son capaces de salir de ese círculo de la violencia.

Según la Asociación Médica Americana, el 25% de las mujeres americanas es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida; esa violencia supone el 30% del total anual de mujeres asesinadas y la mayor causa de sufrimiento y de lesiones para las mujeres de entre 15 y 44 años, quienes a su vez han llegado a desarrollar altos niveles de ansiedad diagnosticados como ansiedad generalizada.

Diversas investigaciones se han realizado y las mismas han comprobado una relación entre la ansiedad y el desarrollo de enfermedades físicas como: ataques cardiacos, úlceras, reacciones alérgicas y a nivel mental se han encontrado relación con condiciones psiquiátricas como ansiedad neurótica y depresión. Por eso, planteamos que el estar expuestos constantemente a estados ansiosos como los vividos por las víctimas de violencia doméstica, puede afectar el sistema defensivo del cuerpo, de manera que tendrán mayores posibilidades de adquirirlas.

2.1.2. Manifestaciones de la Ansiedad

La ansiedad se manifiesta de tres maneras importantes: cognitivamente (en los pensamientos de una persona, conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas).

El comportamiento producto del estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular (tics y sacudimiento), falta de energía y fatiga. Los cambios fisiológicos que acompañan tales manifestaciones conductuales son básicamente las mismas que se dan cuando se activa el “eje hipotalámico-pituitario-adrenocorticoide” por las reacciones de tensión. No obstante, la ansiedad también cobra parte en los procesos cognitivos alterando el pensamiento, atención, memoria, entre otros. (Spielberger, 1980).

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa.

La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc. A continuación detallamos un listado de las principales manifestaciones de la ansiedad en las personas y de las cuales las mujeres víctimas de violencia domésticas se encuentran en serias desventajas, ya que el acto violento constituye un inminente estímulo externo ansioso, provocador de tales manifestaciones.

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad	
Físicos	<p>Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.</p> <p>Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.</p>
Psicológicos	<p>Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.</p> <p>En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.</p>
De conducta	<p>Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.</p>
Intelectuales o cognitivos	<p>Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.</p>
Sociales	<p>Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.</p>

Fuente: (Spielberger, 1980)

Muchas de estas manifestaciones aparecen en las víctimas de violencia doméstica, desde los primeros episodios e inicios del ciclo de la violencia y de no ser tratados a tiempo pueden afectar seriamente la salud mental de las víctimas.

2.2 Consecuencias del Estrés y la Ansiedad para las víctimas de violencia doméstica.

Algunas personas presentan problemas de ansiedad porque tienen tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades. Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable o que viven como tal, por ejemplo los episodios de violencia a la que muchas personas se encuentran sometidas.

Ocurre con frecuencia, que la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas es el origen del trastorno. En ocasiones, la ansiedad aparece justo cuando se ha resuelto el problema y, por tanto, cabría esperar que esa persona se encontrase mejor.

Los desórdenes de ansiedad son verdaderos, diagnosticables y tratables. Son las enfermedades mentales más comunes del mundo occidental. Podemos hablar de causas primarias y causas secundarias de la ansiedad, dependiendo de la historia clínica de los pacientes.

Hay que destacar el estrés como el factor más relevante en la aparición de los trastornos de ansiedad. Así, por ejemplo, un continuo exceso de ruido en nuestro ambiente de trabajo o en nuestra casa es causa de irritabilidad, falta de sueño, inquietud o desasosiego. Los problemas familiares tales como: fallecimientos o separaciones, episodios repetitivos de violencia, divorcios entre otros favorecen la aparición de las crisis de ansiedad. Podemos asegurar, entonces, que el exceso de estrés es un mecanismo de autodestrucción.

2.2.1 Consecuencias Fisiológicas

Inevitablemente se presentan cambios corporales ante las cuales, la respuesta es bastante compleja y afecta principalmente al sistema cerebral, al sistema nervioso autónomo y al sistema endocrino.

Las respuestas fisiológicas asociadas al estrés fueron establecidas inicialmente por Selye, el cual implicó prioritariamente a la activación de los sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipófisis-corticosuprarrenal y médula suprarrenal, así como también a la

activación del sistema nervioso autónomo simpático. La etapa inicial de la respuesta empieza en el cerebro, con la percepción del estresor. Todos los estímulos externos son recibidos en el cerebro, que a su vez activa otros sistemas del cuerpo, según sea el caso.

La corteza cerebral es considerada la sección del cuerpo donde inicia la cadena de respuesta al estrés, regula la conducta y los procesos mentales conscientes. Además, tiene la responsabilidad de controlar el hipotálamo, ubicado en lo que se conoce como cerebro medio y se ocupa de una variedad de procesos viscerales y reguladores. Es parcialmente responsable de regular las emociones como la ira, temor, euforia, y también tiene que ver con el control del apetito y de la temperatura.

Al hablar de respuesta del cuerpo ante un estresor, se plantea la movilización neuroquímica, coordinada y compleja de todos los mecanismos de adaptación disponibles para hacer frente al estresor. Dicha adaptación que exige el enfrentar el estrés da lugar a numerosas alteraciones bioquímicas, resultando una notable similitud en una amplia variedad de situaciones.

Selye describió el síndrome general de adaptación como un proceso en tres etapas:

1. Alarma de reacción: cuando el cuerpo detecta el estímulo externo;
2. Adaptación o resistencia: cuando el cuerpo toma contramedidas defensivas hacia el agresor;
3. Agotamiento: cuando comienzan a agotarse las defensas del cuerpo.

Decimos entonces que si el organismo sigue siendo expuesto al estresor de manera prolongada y repetitiva, se pierde la adaptación adquirida en la fase de resistencia y es vulnerable de caer en la fase de agotamiento donde se han perdido todos los mecanismos de defensivos que posee.

Las consecuencias fisiológicas más comunes detectadas en mujeres que han vivido violencia doméstica tenemos:

- ❖ Opresión en el pecho.

- ❖ Hormigueo o mariposas en el estómago.
- ❖ Sudor en las palmas de las manos.
- ❖ Palpitaciones.
- ❖ Dificultad para tragar o para respirar.
- ❖ Sequedad en la boca.
- ❖ Temblor corporal.
- ❖ Manos y pies fríos.
- ❖ Tensión muscular.
- ❖ Falta o aumento de apetito.
- ❖ Diarrea o estreñimiento.
- ❖ Fatiga.

2.2.2 Consecuencias Psicológicas del estrés y ansiedad.

Algunos autores han planteado que ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente benéfico, agregan interés a la vida, nos ponen alerta, nos ayuda a pensar más rápido, entre otros. Sin embargo, cuando los niveles de estrés van más allá de los niveles óptimos, agota nuestra energía psicológica, deteriora nuestro desempeño y a menudo nos deja con un sentimiento de inutilidad y subestima, con escasos propósitos u objetivos alcanzables.

Entre las consecuencias Psicológicas del estrés y la ansiedad podemos mencionar:

Efectos Cognoscitivos:

- ❖ Decremento de la concentración y la atención.
- ❖ Deterioro de la memoria a corto plazo

- ❖ Aumento de la frecuencia de errores.
- ❖ Aumento de los delirios y de los trastornos de pensamiento
- ❖ Aumento de la distractibilidad y deterioro de la capacidad de organización y de planeación a largo plazo.

Efectos emocionales: Aumento de la presión física y psicológica.

- ❖ Aumento de la hipocondría
- ❖ Aumento de los problemas de personalidad existentes
- ❖ Depresión e impotencia
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Aumento de la ansiedad y depresión
- ❖ Cambios de humor

Los Efectos conductuales:

- ❖ Aumento de problemas del habla
- ❖ Conductas impulsivas
- ❖ Disminución del interés y entusiasmo
- ❖ Comer en exceso
- ❖ Aumento del consumo de drogas
- ❖ Descenso de los niveles de energía
- ❖ Abatimiento
- ❖ Alteraciones de los patrones del sueño
- ❖ Amenazas de suicidio
- ❖ Conducta de indefensión

Los desórdenes de ansiedad, sin embargo, son las enfermedades que causan a las personas una sensación de miedo, de pena e inquieto sin ninguna razón evidente. Sin tratamiento, estos desórdenes pueden reducir dramáticamente la productividad y disminuir perceptiblemente la calidad de la vida de un individuo. Afortunadamente, hay tratamientos eficaces que pueden ayudar.

La frecuencia y el grado de estos efectos variarán entre las personas debido a sus diferencias individuales, la intensidad de los estímulos estresores y la magnitud del episodio de violencia. Para efectos de nuestra investigación centraremos la atención en uno de los efectos emocionales más evidentes del estrés de las víctimas de violencia doméstica que es la ansiedad y depresión.

La ansiedad no produce lesiones en el corazón ni arroja a las personas a la locura. Sin embargo, la ansiedad sí puede generar sentimientos de infelicidad, depresión, alteraciones del sueño, deterioro de las relaciones familiares, consumo de sustancias tóxicas, entre otros desajustes psicológicos. Por ello es muy importante aprender a controlarla, pero, también es importante lograr erradicar que los trastornos de ansiedad sigan creciendo producto de un mal manejo de las relaciones de parejas que redundan en episodios de violencia doméstica.

2.3. Tipos de Trastorno de Ansiedad según el DSM-IV TR

De acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos de Ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

Trastornos de ansiedad según la DSM-IV TR

- ❖ Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- ❖ Agorafobia
 - Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
 - Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)
- ❖ Fobia específica (F40.02)
- ❖ Fobia social (F40.1)
- ❖ Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)
- ❖ Trastorno por estrés postraumático (F43.1)
- ❖ Trastorno por estrés agudo (F43.0)
- ❖ Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

- ❖ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)
- ❖ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

3. DEPRESIÓN EN PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA

3.1 Aspectos Conceptuales:

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. La (O.M.S. 2013), define la depresión como un trastorno mental caracterizado por: síntomas de tristeza, pérdida de interés de la sensación de placer, baja autoestima, sentimientos de culpa, alteración del sueño y/o apetito, cansancio y dificultad de concentración. De acuerdo a las cifras presentadas en el año 2012 por este organismo, la depresión es el trastorno mental que afecta muchas personas a nivel mundial. Se estima una cifra de 350 millones de seres humanos en todo el mundo.

En palabras de este organismo, la depresión constituye un problema de Salud Mental, que mayoritariamente tiene cara de mujer, pues suele afectar o resulta más común en mujeres que entre los hombres.

A continuación presentamos diferentes definiciones de diversos autores, quienes nos brindan información respecto a los aspectos conceptuales de la depresión.

La depresión es “un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetal, y en la cual el contenido ideativo es el que dicha pérdida torna la realización de un deseo al

que está intensamente fijado”. (Salvareza, 1996). La definición de este autor como vemos centra el problema de la depresión en la relación de objetos con el YO.

Considerando a Sigmund Freud en *Duelo y Melancolía* (1917), describe la depresión como “la pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de toda actividad”. Según Freud, la depresión estaba acompañada de desvalorización de sí mismo y de agresividad contra uno mismo o contra las personas cercanas. Por mucho tiempo dicha definición fue aceptada por la comunidad Psicoanalítica.

Para Grimberg (1994), “en la depresión el Yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse al peligro; y en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. Por lo que aparecen conductas de apatía, decaimiento, sensaciones de impotencia, tristeza y desesperanza.”

Estos Autores plantean que las personas que padecen sintomatología depresiva se sienten sin fuerza para enfrentarse a las personas que le rodean, tienen una disminución del sentimiento de valoración propia, se consideran un fracaso, que están negativos en cuanto a poder tener las capacidades necesarias para hacerle frente a los problemas, por lo que el cuadro clínico suele agravarse.

Freud sugiere que la depresión es el resultado de una pérdida simbólica. Por tanto, los eventos son vistos de alguna manera como si se estuvieran quitando el amor o la estima de individuos importantes (Bennett, 2003). Situación vinculada a la pérdida subjetiva del amor de la madre en las primeras etapas del desarrollo.

Etimológicamente el término depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).

En algunos casos es común que los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual de quienes padecen depresión, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

3.2 SINTOMAS DEPRESIVOS

La depresión constituye una de las principales causas de atenciones psiquiátricas y psicológicas de mayor frecuencia en la atención primaria. Dicha sintomatología se asocia a una significativa morbilidad en la disminución del nivel de actividad y anímico de quien la padece. Es una condición médica seria, que afecta indudablemente al cuerpo, el estado de ánimo, los pensamientos, el concepto de sí mismo y la manera que uno piensa sobre las cosas.

Al estar deprimido se suele presentar una serie de síntomas, los cuales varían en intensidad y manifestación de una persona a otra, de igual forma el cuadro de evolución temporal va a depender de las características de personalidad de cada persona. A continuación presentamos los principales síntomas presentes en personas deprimidas:

3.2.1. Síntomas Afectivos:

Sin lugar a dudas, la tristeza representa el síntoma afectivo o anímico por excelencia de la depresión. Resultando la queja principal aproximadamente en la mitad de dichos pacientes.

Sin embargo, el estado de ánimo de irritabilidad puede aparecer acompañado de otras manifestaciones emocionales.

Entre los síntomas afectivos se mencionan los siguientes:

- ✓ Tristeza inmotivada
- ✓ Llanto incontrolado
- ✓ Angustia difusa
- ✓ Pérdida del interés
- ✓ Sentimientos de culpa, minusvalía, vergüenza e inadecuación.
- ✓ Sentimiento de desesperanza y ganas de morir.
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Apatía, falta de voluntad o energía.

3.2.2 Síntomas Cognitivos

El rendimiento de tipo cognitivo de una persona que atraviesa por una depresión suele verse afectado. Indudablemente los estados cognitivos se alteran, ocasionando dificultades en la memoria, atención y la capacidad de concentración. Esta situación resulta incapacitante para su desempeño en las actividades diarias. Adicional a estas afectaciones una persona deprimida también presenta alteraciones importantes en los contenidos de las cogniciones que hace respecto a algo.

La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su futuro y de su entorno en general por lo común suele ser negativa, pues ha perdido el sentido de la vida (Beck, 1976). Es por ello que, los modelos cognitivos de la depresión explican que dichas cogniciones negativas pueden tener un papel de tipo causal, más que sintomatológico. A la luz de esta teoría podríamos considerarlas un elemento de tipo etiológico de la depresión más que un síntoma.

Cuando una persona sufre de depresión, el mundo parece sombrío, y los pensamientos de esa persona reflejan la desesperación y el desamparo que siente. Las personas con depresión tienden a manifestar pensamientos negativos y autocríticos. Algunas veces, más allá de su valor real, las personas con depresión pueden sentirse inútiles y no queridas, cuyos pensamientos tan negativos pueden desencadenar en intentos de suicidio.

Algunos de los síntomas cognitivos inherentes a la depresión tenemos:

- ❖ Dificultad en el lapso de atención
- ❖ Problemas transitorio de la memoria
- ❖ Disminución del rendimiento y la producción intelectual
- ❖ Dificultad de concentración
- ❖ Incapacidad de resolver problemas de tipo cotidianos
- ❖ Ideas negativas respecto a sí mismo y hacia los demás
- ❖ Ideas de minusvalía
- ❖ Dudas exageradas
- ❖ Dificultad en la toma de decisiones
- ❖ Pensamientos autodestructivos
- ❖ Pensamientos de tipo obsesivos
- ❖ Dificultad para hacer un juicio realista de sí mismo
- ❖ Ideas de culpa y vergüenza de sí mismo

Los síntomas antes descritos pueden estar presentes en intensidad y tiempo variado, dependiendo de cada caso en particular y de los rasgos de personalidad de cada uno en particular.

3.2.3 Síntomas Conductuales

La depresión afecta los pensamientos, la perspectiva y el comportamiento de la persona, así como su estado de ánimo. Además del sentimiento de depresión, la persona deprimida también puede sufrir otros síntomas, como cansancio, irritabilidad y cambios en el apetito.

Por lo general a causa de sus profundos sentimientos de tristeza y de su poca energía, las personas con depresión a veces se alejan de las personas que los rodean o de las actividades que alguna vez disfrutaron. Esto sólo hace que se sientan más solos y aislados, lo cual empeora la depresión, ya que se pierden los contactos sociales y la posibilidad de recibir apoyo de familiares y conocidos.

La apatía, indiferencia, y la disminución en la capacidad de disfrutar (anhedonia) aunado al estado de ánimo deprimido es el principal síntoma de un estado depresivo. Al presentar formas graves de depresión se produce un estado de inhibición conductual, comúnmente conocido como retardo psicomotor, el cual suele caracterizarse por un enlentecimiento generalizado de las respuestas de tipo motoras, el gesto, habla, produciendo una inhibición motivacional casi absoluta. (Klerman, 1987).

3.2.4. Síntomas Físicos

La depresión también puede provocar síntomas físicos. Cuando están deprimidas, algunas personas sienten malestar estomacal, falta de apetito, aumento o pérdida de peso, dolores de cabeza y problemas para dormir.

La aparición de cambios físicos es habitual, constituyendo uno de los principales motivos por los cuales la persona solicita ayuda a un profesional. Un síntoma típico que suele afectar mayormente es los problemas de sueño, específicamente de insomnio (dificultad para conciliar el sueño, quedarse dormido, despertarse frecuentemente durante la noche).

Otros síntomas físicos comunes en pacientes depresivos son: pérdida de apetito, fatiga, disminución de la actividad y el deseo sexual, que en los hombres incluso puede acompañarse dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, etc.

Independiente de qué tipo de síntoma esté presentado la persona, es indispensable una intervención adecuada y oportuna, que permita descartar aquellas condiciones de tipo médicas que deben ser referidas a los profesionales de la medicina, de las implicaciones Psicológicas que requieren un abordaje psicoterapéutico indicado. Así pues los síntomas de tipo físicos a

veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986).

3.2.5. Síntomas Interpersonales

El deterioro de las relaciones interpersonales constituye un síntoma importante a tratar en las personas que atraviesan por una depresión.

Según Beck (1976), una importante características de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes suelen sufrir el rechazo de las personas que los rodean, lo que ocasiona que ellos terminen aislándose aún más, lo que vendría a empeorar el curso de la depresión.

Estudios clínicos han revelado que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten y viven la depresión de manera diferente y pueden así mismo enfrentarla de forma diferente.

Entre las manifestaciones sintomáticas de tipo interpersonales tenemos: aislamiento, rechazo social, desmotivación en la interacción con las demás personas, baja autoestima, introversión, temor al qué dirán, poco o nulo contacto social.

3.3 Sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica

La depresión es una condición médica seria que afecta al cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. La experiencia de un evento traumático como lo es el caso de la violencia doméstica, genera consecuencias devastadoras en la esfera emocional. Esto hace que la mujer se quede en medio de la relación conflictiva, no porque le guste vivir así, sino porque al

enfrentarse con el estresor (episodio de violencia), carece de las reservas de energía necesarias para reaccionar.

En otro caso, al depender económicamente de su pareja violenta, le obliga a soportar el maltrato, porque en caso contrario puede ser desalojada del domicilio por su compañero. Estas situaciones resultan incapacitantes para aquellas mujeres que no ven una forma de salir adelante, lo que a su vez aumenta la sintomatología depresiva al atravesar una y otra vez por el ciclo de violencia.

La falta de recursos económicos y con frecuencia de formación académica, provoca que se sientan más atadas a sus parejas. En aquellos casos que logran separarse le resulta difícil o casi imposible hacer valer sus derechos por la vía legal, lo que las lleva a desarrollar sentimientos de pesimismo, desesperanza y por ende depresión.

Algunos aspectos que tienden a generar o predisponer depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica se pueden mencionar: los factores sociales, aspectos biográficos de las víctimas, biológicos, psicológicos entre otros. Las víctimas de violencia suelen presentar la existencia de factores de desesperanza aprendida y pérdidas emocionales, muchas de ellas pueden haber sido maltratadas o testigos de violencia en sus hogares de origen, historias de abuso sexual, pérdidas tempranas ya sean reales o imaginarias.

No podemos olvidar que existe una gran predisposición genética en algunas pacientes, si sus familiares han presentado historias de depresión: papá, mamá, abuelos(as), tíos (as), hay una mayor tendencia a padecer dicho diagnóstico. Luego de ciertas situaciones particulares propias de las etapas de desarrollo de las mujeres como por ejemplo: después de un parto, llegar a la mediana edad o a la vejez, al quedar el nido vacío, y a estas situaciones se le agrega el impacto de la violencia doméstica, la mujer puede estar ante una gran posibilidad de desarrollar depresión.

Es importante resaltar que si bien puede existir predisposición genética a la depresión, en muchos casos, aparece como consecuencia del estrés que surge al vivir una relación de

violencia. Sin embargo, aún no existiendo ninguna condición predisponente puede caer en episodios depresivos, toda vez que una relación conyugal conflictiva resulta estresante.

Entre la sintomatología que suelen experimentar quienes padecen de violencia doméstica podemos resaltar: debilidad, fatiga, disminución de energía, autoreproches, sentimientos de culpa, disminución del apetito, problemas de sueño, tristeza no expresada directamente.

Según Jorge Corsi (1999), la mujer maltratada se percibe a sí misma como alguien que no tiene posibilidades de salir de la situación en la que se encuentra. Tiene una idea hipertrofiada acerca del poder de su compañero. Dicho argumento de Corsi se complementa con el sentimiento de indefensión aprendida que plantea Leonor Walker.

4. CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

4.1 El Trastorno Adaptativo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes mentales DSM-IV TR

Según el DSM-IV la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable, que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos.

El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales tal y como es el caso de violencia doméstica).

Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p. ej., como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del

desarrollo (p. ej., ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, actos de violencia, ser padres, fracasar en objetivos profesionales, jubilarse).

Las mujeres víctimas de violencia doméstica por lo general muestran sintomatología ansiosa depresiva, la cual pueden ser ubicada dentro del Dx. de Trastorno Adaptivo tipo mixto.

4.1.1 Criterios Diagnósticos de Trastorno Adaptivo

A. La aparición de los síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

C. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

D. Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E).

Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral o académica.

Especificar sí:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más

4.1.2 Subtipos y especificaciones

Los Trastornos Adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

Para efectos de nuestra investigación, debido a que las participantes de la muestra han presentado sintomatología de ansiedad y depresión, el diagnóstico a clasificar sería Trastorno Adaptativo tipo mixto.

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]. Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

F43.9 No especificado [309.9]. Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes

psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

- ❖ **Agudo.** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.

- ❖ **Crónico.** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

4.1.3 Síntomas y trastornos asociados

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a intentos de suicidios, suicidios, consumo excesivo de sustancias y quejas somáticas.

4.1.4 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría. La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas. Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

4.1.5 Curso

Por definición, la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Si el estresante es un acontecimiento, el inicio de la alteración suele ser inmediato y la duración es relativamente breve. Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOTERAPÉUTICOS

“...La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz, como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Sigmund Freud

1. PSICOTERAPIA

El abordaje de los problemas emocionales de quienes han experimentado violencia doméstica requiere una especial mención, toda vez que recuperar el equilibrio Psicológico es indispensable para la salud mental de las víctimas.

En nuestra investigación utilizamos la Psicoterapia de Apoyo; pero, iniciaremos abordando los aspectos generales de la Psicoterapia.

1. 1 Definición

Según Robert Stewart en El Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock: “Psicoterapia son todos aquellos procedimientos que utilizan métodos Psicológicos para influir en una dirección terapéutica”.

Psicoterapia: Es un proceso comunicativo transformacional bi -direccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Por otra parte, y cambiando de punto de vista, la Asociación Psiquiátrica Americana define a la Psicoterapia en términos genéricos como *cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.*

Para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas la Psicoterapia es un *tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de*

sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

Es interesante remarcar que esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido. Se puede definir la Psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas técnicas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia.

La definición enunciada subraya el hecho que la Psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mal adaptativa definida. En este sentido, la Psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico. Aún cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales. Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción.

Por otra parte, cada técnica Psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular, definida y establecida. Ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. De allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en tres grandes grupos:

1. Psicoterapia de Apoyo (terapia ocupacional, reaseguramiento).
2. Psicoterapia Reeducativa (terapia cognitiva, conductual).
3. Psicoterapia Reconstructiva (terapia Psicoanalítica).

Sin embargo, todos los autores reconocen que cualquier forma de Psicoterapia comparte elementos de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad. Quizás uno de los logros más notables en la última década ha sido el desarrollo de nuevas estrategias psicoterapéuticas para los diversos trastornos mentales.

Los trastornos afectivos, en particular la depresión, son probablemente los más extensamente estudiados. Está bien demostrado que la psicoterapia tiene una eficacia comparable a la farmacoterapia y algunos estudios sugieren que podría tener un efecto específico en relación a algunos de sus síntomas.

En relación con los trastornos de ansiedad, se ha visto que el trastorno de pánico se beneficia con una estrategia combinada que incluye terapia de exposición (exposición sistemática a los componentes neurovegetativos del ataque de pánico), terapia cognitiva (evaluación de las creencias falsas en relación a los ataques de pánico), junto a elementos educativos (enseñar al paciente los mecanismos fisiológicos de este trastorno y los fundamentos de su tratamiento). Estudios preliminares de la eficacia de esta técnica combinada han demostrado un 85% de buena respuesta, permaneciendo el 81% de los pacientes sin síntomas después de 2 años.

Por otra parte, en agorafobia, diversos estudios han mostrado la eficacia de las técnicas de desensibilización sistemática (exposición planificada a las situaciones que provocan la angustia).

Una definición social y médica (vista en cátedra) es la referida por Jerome Frank, que manifiesta: *la Psicoterapia es la interacción cargada de emociones y confianzas entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción este sanador socialmente reconocido intenta aliviar el malestar del individuo mediante la comunicación de símbolos, principalmente la palabra y en ciertas ocasiones a través de expresiones corporales.*

Otra definición de Psicoterapia es la que sigue: *tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.*

En esta definición queda claro que la Psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra, en al menos dos aspectos:

1. El primero, que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone le otorga la autoridad cultural propia de los médicos.
2. El segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

El consejero, el sacerdote, el amigo, intentan ayudar al sujeto a resolver su problema indicándole posibles formas de abordarlo, aconsejándole la mejor forma de comportamiento, incluso en los mejores casos pueden tener idea de la existencia de conflicto psíquico, pero no se ocupan de abordarlo. Por el contrario, los psicoterapeutas centraremos nuestra atención sobre dicho conflicto, y todo el manejo de la relación con el paciente lo dirigiremos a la solución de este conflicto.

Según los objetivos y las técnicas utilizadas seleccionaremos una modalidad u otra de psicoterapia, sabiendo que es un procedimiento que pretende resolver el conflicto psíquico a través de la relación interpersonal entre el individuo que lo sufre y un experto en ese tipo de ayuda.

1.2 Objetivos

El objetivo es que la persona pueda actuar de manera distinta a como lo venía haciendo hasta el momento, que puede hacer otras cosas, ya que lo que venía intentando no estaba dando resultado para resolver el problema. A continuación detallamos algunos objetivos que rigen a todo proceso psicoterapéutico:

- Lograr una mejor comprensión y aceptación de nosotros mismos y de nuestro contexto.
- Cambiar nuestras actitudes hacia nosotros y hacia los demás.
- Lograr cambios que permitan disminuir el malestar general y mejorar la calidad de vida, disminuyendo el sufrimiento psíquico y los sentimientos de angustia.
- Desarrollar habilidades y capacidades que están en déficit para tenerlas al alcance de la mano en esta ocasión y en otras futuras.

- Superar desafíos.
- Fortalecer la autoestima.
- Explorar y reconocer emociones, sentimientos, actitudes, conductas, cogniciones, percepciones.
- Excluir realidades, mitos, creencias e ideas irracionales que nos provocan malestares emocionales y de comportamiento.
- Lograr que el pasado no nos agobie.
- Vivir el presente plena y sanamente.
- Planificar nuestro futuro en base a expectativas positivas.

Modificar ideas y pensamientos, poder actuar de forma diferente, mejorar la comunicación con las personas, aprender a resolver situaciones problemáticas, serán algunas de los temas que se puede abordar en una terapia, logrando de esta manera una mejor calidad de vida, tanto en lo mental, familiar, laboral y social.

1.3 Características

La Psicoterapia es un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

A partir de esta definición, a continuación describimos cada una de sus características:

1-Tratamiento para problemas de naturaleza emocional: establece que los problemas emocionales son diversos e influye en cada faceta del funcionamiento humano, manifestándose en distorsiones del psiquismo individual, somáticas y de la vida interpersonal y comunal. Las manifestaciones de la enfermedad emocional son múltiples, por lo que es arbitrario e inadecuado separar las dificultades sociales e interpersonales de los desórdenes psíquicos y psicosomáticos, que son siempre concomitantes, aunque no siempre obvios.

2-Realizado por una persona entrenada: el tratamiento de un problema emocional requiere de un alto grado de capacidad que es adquirida solamente, a través de un entrenamiento profesional y de la experiencia.

3-Establece una relación profesional: la relación, la esencia del proceso terapéutico es deliberadamente planeada y alimentada por el terapeuta. A diferencia de las relaciones no profesionales, que son parte de la naturaleza social del hombre, ésta es iniciada y desarrollada en un nivel profesional y dirigida a metas terapéuticas específicas.

4-Posee el objeto de eliminar síntomas existentes: como primer paso la terapia busca eliminar el sufrimiento del paciente, así como retirar las dificultades impuestas por sus síntomas.

5-Modificar: a pesar del deseo de dar un alivio completo, la motivación inadecuada, la disminución de la fuerza del yo, las limitaciones en el tiempo o las finanzas asequibles al paciente, imponen restricciones a la ayuda que se pueda proporcionar y provocan que lo que se logre sea una modificación de los síntomas del paciente, más que una cura de ellos.

6-Promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad: la finalidad de la psicoterapia, es la maduración de la personalidad. Esto ha introducido una nueva dimensión en el campo de la psicoterapia, que trata, por un lado, con problemas de inmadurez de la llamada persona "normal", y por otro, con dificultades caracterológicas asociadas con el desarrollo inhibido, que anteriormente eran consideradas inaccesibles al tratamiento. La Psicoterapia aspira a resolver los bloqueos del desarrollo psicosocial, con objeto de que el individuo pueda tener una autorrealización creativa más completa, promover actitudes más productivas hacia la vida y relaciones más gratificantes con la gente.

1.4 Fases del proceso Terapéutico

Dentro del trabajo terapéutico se pueden distinguir 4 fases bien establecidas:

Fase de evaluación:

- ❖ Es la dedicada a recoger información del caso por medio de entrevistas, cuestionarios, observaciones, y de ser necesario, sesiones con familiares o amigos, etc.
- ❖ Esta es la primera fase y de ella dependerá el éxito de la terapia, dado que el tratamiento terapéutico se basará en la información obtenida en esta fase inicial. Es de gran relevancia la implicación del paciente, ya que es el informador por excelencia y cualquier dato omitido puede constituir una obstrucción para el proceso terapéutico.

- ❖ La fase de evaluación suele prolongarse durante dos o tres sesiones, su duración está en relación de las dotes informadoras del paciente, de la complejidad del caso y de las personas y variables implicadas en el mismo. Esta primera fase, no termina realmente hasta el final de la terapia, dado que el paciente, dará constantemente información acerca de sí mismo y el terapeuta siempre estará pendiente de la misma, analizando los cambios y las nuevas aportaciones.

Fase de Exposición de hipótesis

- ❖ Una vez recogida la información necesaria y más relevante del caso, el terapeuta organizará todos los datos adquiridos de modo que se pueda realizar una completa comprensión del mismo, clarificando los cambios a ejecutar en el proceso terapéutico.
- ❖ Esta fase consistirá pues en la organización de la información obtenida en la primera fase así como en la explicación al cliente de las variables implicadas en su caso y de los pasos y técnicas a seguir durante la terapia. La fase de exposición de hipótesis puede prolongarse durante una o dos sesiones antes de pasar a la fase de terapia.

Fase de Seguimiento

- ❖ Consiste en que, tras una mejoría estable, se distancian las sesiones que hasta el momento han sido semanales. En esta fase se pasa, en primer lugar, a sesiones quincenales, más tarde, mensuales, trimestrales y se prepara al cliente en prevención de posibles recaídas.

Fase de Terapia

- ❖ Con la información obtenida y una completa comprensión del caso, se entrenará al cliente en las técnicas y estrategias necesarias para superar el problema que le afecta. El objetivo de esta fase es enseñar al cliente dichas técnicas y a revisar las mejoras que se van obteniendo.
- ❖ Durante esta fase la implicación del cliente será de máxima relevancia, él será el que entre sesiones, probará cada una de las técnicas y estrategias aprendidas. Las sesiones de terapia son

un entrenamiento, una revisión, un análisis de lo vivido entre sesión y sesión. El terapeuta es, en este punto, un mero entrenador, un guía, el auténtico protagonista es el cliente.

1.5 Enfoques y Modalidades

Existen diversas formas de Psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques. Como punto de partida, antes de la descripción de cada una de las modalidades de Psicoterapia, hay que señalar que todas ellas, independientemente del modelo teórico en el que se basen, parten de la evaluación y formulación o conceptualización clínica del problema o problemas que presenta el paciente como guía de la estrategia psicoterapéutica.

También se debe señalar que todos los enfoques de Psicoterapia comparten principios generales, como la necesidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente o relación colaborativa en la dirección hacia los objetivos de cambio planteados.

A continuación se presentan las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas.

1. Cognitivo Conductual

Este modelo se originó para contender contra la depresión y la ansiedad (Beck, 1979). Su fundamento reside en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, con miras a reducir o eliminar las conductas y sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos que se presenten.

Desde este marco teórico, se considera que experiencias de aprendizaje particulares a lo largo del desarrollo están en la base de esquemas cognitivos o creencias que aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Los esquemas o supuestos disfuncionales pueden activarse en condiciones vitales relacionadas con ellos y que, por tanto, tienen un especial significado para la persona. La activación de esquemas o creencias disfuncionales conduce a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información.

Los errores o sesgos cognitivos se traducen en valoraciones o interpretaciones de especial relevancia en la respuesta emocional y conductual a la situación. Es decir, las

reacciones emocionales y conductuales serían una consecuencia directa de dichas valoraciones.

Siendo así, las valoraciones o interpretaciones disfuncionales pueden ocurrir de manera automática en el sentido de surgir irreflexivamente en el flujo de la conciencia sin que el paciente considere su adecuación o validez. El paciente asumiría que estos pensamientos automáticos negativos son fiel reflejo de la realidad.

Las principales estrategias terapéuticas empleadas en la Terapia Cognitiva son:

- **La Reestructuración Cognitiva:** consiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa. Más que intentar refutar las valoraciones problemáticas, el terapeuta realiza preguntas focalizadas en el pensamiento y la evidencia en la que se basa así como en evidencias que podrían cuestionar el pensamiento. La meta es ayudar al paciente a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas.
- **El Entrenamiento en solución de problemas:** esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Consiste en varias fases que son aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de ser empleadas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada.
- **Experimentos conductuales.** El paciente podría hacer determinadas predicciones negativas que conducen a conductas problemáticas como son las conductas de evitación o de búsqueda de seguridad excesivas. La planificación, durante la sesión de terapia, y la puesta en práctica de cambios en ese tipo de conductas podría ayudar al paciente a comprobar la adecuación de las predicciones negativas, y, en caso de ser inadecuadas, conducir a cambios en el patrón cognitivo disfuncional.

Una característica central de la Terapia Cognitiva es su énfasis en el cambio de patrones cognitivos problemáticos como son los pensamientos automáticos negativos y, en último término, creencias o esquemas disfuncionales que están en la base de estos. El objetivo es facilitar el afrontamiento de situaciones asociadas a la perturbación emocional y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida y el ajuste emocional y psicosocial a largo plazo.

Aunque modelo cognitivo y modelo conductual parten de supuestos diferentes para la explicación de los trastornos psicológicos¹, la terapia cognitiva, junto a las técnicas cognitivas señaladas, utiliza sistemáticamente técnicas conductuales (por ejemplo, programación de actividades gratificantes o entrenamiento en determinadas competencias). Por ello, la terapia se denomina habitualmente cognitivo-conductual.

2. Sistémico

Esta teoría busca entender y analizar cómo un sistema se ve a sí mismo dentro de su realidad, a partir del contexto que le rodea, lo cual incluye principios, normas sociales, valores, educación, etcétera, es decir, los elementos culturales en que se desenvuelve el sistema familiar. Con base en estos aspectos, se hacen intervenciones retomando recursos que ayudan a que la familia esclarezca su forma de vivir, tomando en cuenta que en sus relaciones interpersonales, ellos construirán un nuevo conocimiento de interacción, con el que podrán enfrentar situaciones que le sean conflictivas.

Por eso, las técnicas y estrategias de intervención, van enfocadas a incidir en las relaciones familiares con el mundo que les rodea, y a su vez en cómo éstas influyen en su interacción familiar, para que el sistema reflexione y decida la manera de interactuar entre sus miembros.

Los distintos enfoques psicoterapéuticos pueden emplearse en un formato familiar, este enfoque pone el énfasis de su explicación de la psicopatología en patrones de comunicación familiar disfuncional y en la noción de sistema, basándose en la teoría de la comunicación humana y en la teoría general de sistemas.

La Teoría General de Sistemas sostiene la imposibilidad de comprender un sistema a través del examen por separado de los elementos que lo componen. Para la comprensión de los sistemas es preciso considerar las relaciones entre los elementos individuales y las reglas subyacentes que los gobiernan. Aplicada a la psicopatología, la teoría de los sistemas alude a conceptos como la causalidad mutua en el desarrollo y mantenimiento del problema, la inflexibilidad de las reglas que gobiernan el sistema que dificulta la adaptación a los cambios y eventos estresantes, que lleva a desequilibrios que se manifiestan como alguna forma de psicopatología o la función que puede cumplir la conducta sintomática en la regulación del sistema familiar.

El modo de concebir la psicopatología implica que esta psicoterapia sea preferentemente aplicada en un formato familiar. Gotlib y Colby señalan los principios generales de esta aproximación a la terapia:

1. La meta central de la terapia es promover cambios en las pautas de comunicación familiar y conductas que interrumpen las secuencias implicadas en los problemas que llevaron a la familia a terapia.
2. El foco terapéutico es el aquí y ahora más que sucesos de la historia familiar.
3. El terapeuta es un participante activo en el proceso terapéutico.
4. El terapeuta adopta un enfoque de solución de problemas.
5. El terapeuta explora los patrones de interacción familiar implicados en el mantenimiento del problema.
6. La terapia es generalmente a corto plazo.
7. El terapeuta amplía el foco a la familia sin circunscribirse a la conducta sintomática.
8. El énfasis de las sesiones de terapia es el proceso más que el contenido.

En el enfoque familiar de la psicoterapia se pueden distinguir cuatro modalidades principales, que, aun partiendo de principios compartidos (derivados de la teoría de la comunicación y de los sistemas), ponen especial énfasis en determinados aspectos conceptuales y tienen características distintivas o variantes en los procedimientos terapéuticos específicos:

3. Psicodinámico

Se fundamenta en el marco teórico-técnico del psicoanálisis, que de manera esquemática podría presentarse así: el ser humano cuenta con un aparato psíquico que está estructurado y conformado por instancias o partes (yo, ello y superyo), que interactúan entre sí como respuesta a los estímulos tanto internos como externos. Su funcionamiento psíquico está determinado por principios y mecanismos no conscientes, que puestos en acción buscan mantener una adecuada interacción del sujeto con su realidad.

La Psicoterapia Psicodinámica con sus técnicas, tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento de dicho aparato psíquico, con el fin de regular adecuadamente la conformación de la personalidad del ser humano, reflejado en un estilo de vida satisfactorio y gratificante.

En el modelo Psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional. Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquellos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

- La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir intrapsíquicos).
- Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean esta problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.

- Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo maestros) en la edad temprana.
- La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica. La cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

Varias implementaciones de esta forma de tratamiento enfatizan diferentes aspectos, que incluyen:

- a) Nociones del conflicto psíquico como un aspecto habitual de la experiencia humana.
- b) La organización interna de la mente para evitar el displacer que surge del conflicto y maximizar la experiencia de seguridad.
- c) El uso de estrategias defensivas para la manipulación adaptativa de ideas y experiencia con el objetivo de minimizar el displacer.
- d) Un enfoque evolutivo de la psicopatología entendida como producto de las consecuencias adversas a largo plazo de adaptaciones en las primeras fases del desarrollo.
- e) La organización de la experiencia en términos de representaciones internas de las relaciones entre el self y los otros a lo largo del ciclo vital y
- f) La reemergencia esperable de esas experiencias en la relación con el terapeuta.

Las Psicoterapias Psicodinámicas son sobre todo verbales e interpretativas y se dirigen a la reestructuración de las representaciones de las relaciones, predominantemente, pero no exclusivamente, a través del uso del insight.

La Terapia Psicodinámica se basa en la relación de transferencia, esto es, el espacio y dispositivo a través del cual se da el trabajo de análisis, elaboración y resolución de los conflictos intrapsíquicos, postulados como causa de la dependencia y del funcionamiento del sujeto, es decir, del origen, del por qué se es, y del cómo se es.

La Psicoterapia como proceso de tratamiento, debe contemplar las recaídas como elementos de análisis, elaboración y resolución, ya que en general, pueden definirse como actuaciones de los pacientes, que son características de los sujetos adictos, vinculadas a los impulsos inconscientes ante situaciones angustiantes.

Siguiendo a Coderch, se podrían distinguir instrumentos técnicos característicos de la psicoterapia de apoyo e instrumentos técnicos propios de la psicoterapia psicoanalítica que presentan una gradación progresiva en lo que concierne a un conocimiento y concienciación, por parte del paciente, de su conflictiva intrapsíquica y de los procesos inconscientes que se hallan en la base de sus trastornos.

De las técnicas de Psicoterapia que se describen a continuación las tres primeras serían propias de la Psicoterapia de Apoyo y las tres últimas de la Psicoterapia Psicoanalítica:

- **Sugestión:** es el procedimiento técnico que trata de producir en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento, ó, por el contrario, hacer desaparecer otras ideas, etc., independientemente de su juicio lógico o racional, amparándose, únicamente en el prestigio y autoridad que ante él posee el terapeuta.
- **Abreacción:** consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos o circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a ellos.
- **Aconsejamiento:** se mezcla con la sugestión. El terapeuta ofrece indicaciones acerca de nuevas pautas de conducta, alternativas, maneras de resolver situaciones difíciles, caminos a seguir, etc.
- **Confrontación:** en las confrontaciones el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aún cuando no inconscientes, aquel puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de las que les otorga, o para promover en él

un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas.

- **Clarificación:** en la clarificación, el terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento, a fin de obtener una más precisa comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuesta frente al mundo en el cual vive. Técnicamente, el terapeuta, en su intento de clarificación, resume de una forma más exacta e inteligible aquello que considera esencial del material ofrecido por el paciente.

- **Interpretación:** partiendo de la comunicación con el paciente, el terapeuta trata de explicarle aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento, y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales.

1.5.1 Modalidades Psicoterapéuticas

Las psicoterapias pueden ofrecerse en diferentes formatos (individual, familiar, grupal) y pueden diferir en dimensiones específicas tales como la frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados.

1.5.1.1 Psicoterapia individual

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad Terapéutica. El poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del paciente para resolver transferencias, especialmente las negativas.

Esto requiere que el terapeuta no se ocupe de ciertos comportamientos que por muy útiles que sean puedan interferir con la capacidad del paciente para sacar precisamente los

patrones más profundos e irracionales de actitudes negativas, y que sean los que más necesitan resolverse.

Así, el terapeuta no debe dar consejos, pero sí decidir cómo apoyar al ego, pudiendo elegir entre la educación, la retroalimentación interpersonal realista y el reforzamiento para el crecimiento psicológico óptimo.

Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, pero sólo a partir de que haya una demanda en ciertas condiciones y características específicas, es que podrá o no haber tratamiento. Participan un terapeuta y un paciente, dentro de esta categoría pueden considerarse cualquier técnica de cualquier enfoque, pues sólo necesita cumplir este requisito numérico.

1.5.1.2 Psicoterapia Grupal

Es un tratamiento en el que los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios, forman un grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios y superar sus problemas. Se utilizan distintos enfoques en la terapia de grupo (de orientación conductual, psicoanalítica, cognitiva) dependiendo de las necesidades de las personas.

Las dos ventajas claras de la terapia de grupo son: la oportunidad de obtener información inmediata por parte de los compañeros del paciente sobre las situaciones que experimenta, y la oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, gracias a la interacción con las demás personas del grupo. Además, el grupo provoca un compromiso especial para con uno mismo y con los demás, que ayuda a la modificación de la conducta desadaptada.

Suele proveer un mayor enriquecimiento por la interacción con los compañeros, además de tener la posibilidad de aprovechar distintos puntos de vista, y por lo tanto, obtener diferentes soluciones frente a un mismo problema.

Además, es una modalidad económica, y suele necesitarse de un tiempo menor para ir experimentando modificaciones en uno mismo y en las personas que lo rodean.

Es frecuente su indicación para:

- Fobias.
- Problemas para enfrentar situaciones estresantes y de cambios.
- Conflictos con adolescentes.
- Problemas familiares y conflictos de pareja.
- Celos.
- Timidez
- Adicciones

2. Psicoterapia de Apoyo

2.1 Definición de Psicoterapia de Apoyo

La Psicoterapia de Apoyo es una técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del Yo, en pacientes cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra deteriorado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas.

La Psicoterapia de Apoyo de orientación psicodinámica es una psicoterapia que tiene como meta inmediata mejorar las funciones del Yo, ya sea de manera directa, al reforzar la prueba de la realidad o la habilidad para retardar la gratificación o indirectamente, al disminuir la tensión sobre el Yo provocada por el yo , el superyó y la realidad externa. Todo esto en el servicio de promover una mejor adaptación hacia el mundo interno y externo (Rockland, 1989).

La finalidad de esta acción es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permita reducir o eliminar los síntomas que le generan ansiedad a través de mecanismos reforzadores.

Según Rockland, esta terapia es considerada de apoyo pues sus metas principales son el fortalecimiento de las funciones del yo y la mejora de la adaptación, no la exploración del conflicto inconsciente y no la promoción del insight.

Según Pancheri (1982), la técnica de la psicoterapia se basa en tres objetivos:

1. Reducir la ansiedad
2. Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales
3. Aumento de la capacidad de introspección

Para él, una sencilla actitud tranquilizadora y de aceptación, es la regla fundamental para alcanzar el primer objetivo; luego se parte de explicaciones e interpretaciones simples pasando a análisis más complejos. La tarea del terapeuta será catalizar la toma de conciencia del paciente frente a su propio comportamiento.

La Psicoterapia de Apoyo proporciona un periodo de aceptación y dependencia temporal para un paciente que necesita ayuda, para tratar con sentimientos de culpa, vergüenza y ansiedad; para enfrentarse con la frustración o las presiones externas, las mismas que han sido intensas o traumáticas no pudiendo ser controladas en forma efectiva, tal y como ocurre con las víctimas de violencia doméstica.

Noyes y Kolb, (1975) consideran que el apoyo es una técnica terapéutica especialmente útil cuando hay que tomar medidas inmediatas para aliviar a un paciente de quien se sabe poco y que sufre de angustia incontrolable. Se trata de un importante procedimiento técnico para el manejo de las alteraciones agudas de la personalidad.

Perales (1992), refiere que la psicoterapia de apoyo busca aliviar el yo de sus emociones psicotóxicas (culpa, miedo, cólera, etc.) a fin de ubicar al paciente en su equilibrio psicológico premórbido lo más cercano posible a él. A través de la reducción de los síntomas y de la guía adecuada en el manejo de los síntomas inmediatos.

2.2 Origen y Desarrollo de la psicoterapia de Apoyo

Históricamente, el apoyo ha sido utilizado desde siglos atrás por el hombre en las más diversas y variadas circunstancias. El padre de familia, el profesor, el médico, psicólogos y

otros, tal vez con éxito. Se aplicó sin la sistematización que emplean los terapeutas actuales, pero su utilidad clínica no se discute.

En cualquier forma de intervención psicoterapéutica el sólo hecho de ofrecer ayuda a quien la necesita significa apoyo emocional; en la que a través de una figura comprensiva que los escucha y los acepta tal como es, sin críticas, y sin que también lo refuerce y lo ayude a clarificar las cosas hasta que esté en condiciones de enfrentarse al problema, es sin duda, un elemento importante para la superación de las dificultades emocionales de una persona.

El establecimiento de una buena relación terapéutica constituye el aspecto más importante de todo proceso psicoterapéutico. Este punto resulta crucial en la terapia de apoyo, el cual es decisivo para una verdadera alianza terapéutica, ya que lo primero que el paciente está esperando es encontrarse con un terapeuta que los comprenda, que tenga la capacidad de empatía para enfrentar junto a él todos los problemas que no ha podido resolver por sí solo. El establecer un adecuado clima emocional favorece la comunicación y despejando de ese modo las barreras invisibles de la resistencia.

Los principios de la terapia de apoyo estaban basados principalmente en la sugestión, acompañada por elementos de magia y teatralidad y trucos. Ello llevó a que la corriente psicoanalista no percibiera el tratamiento con entusiasmo.

Ernest Jones (1912), escribió que la sugestión dependía de la transferencia positiva del paciente hacia el tratante. Para él la sugestión juega un papel importante en todos los tratamientos terapéuticos, excepto en el psicoanálisis.

El primer autor analítico que fue más allá de las formulaciones tempranas fue Edward Glover (1931). Postuló que el terapeuta de apoyo más efectivo es el doctor de la familia, quien ignora toda verdad psicoanalítica. Para él la interpretación puede ayudar de dos maneras: si la interpretación es exacta, esta lleva al insight del conflicto inconsciente y ayuda vía derivaciones psicoanalíticas. Por su parte las interpretaciones inexactas, ayuda al paciente mediante técnicas de apoyo para establecer un nuevo enfoque en la atención utilizando el desplazamiento.

Los conceptos de la terapia de apoyo durante este periodo estaban orientados por el sentido común y era un tanto simplista. El cambio de comportamiento, los consejos, la relajación y la catarsis eran elementos vitales. La Psicoterapia de Apoyo orientada psicodinámicamente dio inicio cuando la teoría estructural psicoanalítica fue aplicada a tratamientos de apoyo. Aunque Freud describió la teoría clásica tripartita de la mente a mediados de los años 1920, no fue sino hasta 1951 que Merton Gill la aplicó al tratamiento de apoyo. Estas formulaciones enriquecieron enormemente la comprensión del tratamiento de apoyo desde un punto de vista psicodinámico y psicoanalítico.

El clásico de Gill “Psicoterapia y Psicología del Yo” (1951), explicó detalladamente tres principios básicos de la terapia de apoyo:

1. El apoyo y actividades de alabanzas del Yo, en las cuales las defensas adaptativas son combinadas con la gratificación.
2. Defensas que son absolutamente necesarias para que el paciente continúe funcionando, deben ser reforzadas.
3. Inducir “neurosis artificial” (Glover, 1931) para alcanzar la descarga parcial o conducciones instintivas.

Mientras Gill escribía sobre terapia de apoyo, desde una perspectiva teórica. Robert Knight (1954), documentó la necesidad de la terapia de apoyo desde un punto de vista clínico. En sus investigaciones pudo conocer que había pacientes que sufrían grandes deterioros al ser tratados con métodos terapéuticos exploratorios, por lo que sugirió que lo que ellos requerían era más de apoyo que de un tratamiento superficial.

Las técnicas recomendadas por él eran:

- a) Inspiración
- b) Reaseguramiento
- c) Sugestión
- d) Persuasión

- e) Asesoramiento
- f) Reeducación
- g) Anulación deliberada de intervenciones exploratorias.

El terapeuta de apoyo anima el proceso del pensamiento secundario y desalienta la regresión, la asociación libre y la interpretación de los sueños. Para Kernberg (1984), la Psicoterapia de Apoyo se distingue de la psicoterapia exploratoria en las técnicas usadas, el grado de interpretación de la transferencia y el grado de la neutralidad técnica mantenida.

En la actualidad la Psicoterapia de Apoyo tiene como meta inmediata y concreta el fortalecimiento y el mejoramiento de las funciones del Yo. La meta final es lograr la adaptación del paciente a su mundo interno y externo.

2.3 Campos de Aplicación

La aplicación de la Terapia de Apoyo suele darse en diversas situaciones en la que se busque un restablecimiento de las defensas del yo, haciéndolo más adaptativo. Esta modalidad terapéutica está orientada básicamente a tratar las dificultades actuales, evitando investigar el pasado del paciente o tratar de penetrar en el inconsciente del individuo.

La intervención de la psicoterapia de apoyo es eficaz en mujeres que han sufrido un evento traumático como ser víctimas de violencia intrafamiliar, y que desean recuperar su salud mental, pues desde el principio de la terapia se busca reforzar las defensas y su objetivo primordial a lo largo de la terapia es el incrementar la autoestima de la mujer, por lo que las dificultades del tiempo o el costo es menor al de otras terapias extensivas.

La violencia es un factor precipitante que provoca en su mayoría inestabilidad emocional, depresión, inseguridad, miedo, ansiedad, angustia, frustración, etc., que afectan a la salud mental de la mujer guatemalteca, y tomando en cuenta, la extrema pobreza, la falta de tiempo y los escasos recursos para acceder a una intervención psicológica extensiva; es en donde llega hacerse de mayor utilidad emplear una terapia que desde el inicio comience a generar un soporte en la persona, y emplear técnicas que tomen en cuenta las necesidades básicas propias de la sociedad y en especial de las mujeres, busca reducir los síntomas, y

aumentar la estabilidad emocional, la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.

A lo largo de la vida de todos los seres humanos se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado emocional de tal modo que, de no ser resuelto adecuadamente arrojaría a un desequilibrio total, conocido como crisis. Este término es definido como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Algunas de las crisis no se limitan directamente al proceso natural de maduración; muchas son completamente impredecibles. La pérdida de un familiar en un accidente, violación, secuestros, violencia intrafamiliar, etc. Son sucesos conocidos como crisis circunstanciales. La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso es precipitante y tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo en el curso de la vida.

Las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquiera sin importar el momento. Las características principales de las crisis circunstanciales son:

1. Trastorno repentino: en tanto que los problemas, por lo general, se forman en algunos años, las crisis circunstanciales parecen afectar desde ninguna parte, a todo desde el mismo tiempo.
2. Lo inesperado: en tanto que los individuos pueden anticipar algunas transiciones de la vida, pocas están preparadas para, o creer que, les puede ocurrir una crisis circunstancial. La mayor parte piensa “le sucederá a alguien más”.
3. Calidad de urgencia: puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia se inician como urgencias que requieren de acción inmediatas. (Al menos esto se esperaría que sucediera).

4. Impacto potencial sobre comunidades completas: algunas crisis afectan a un gran número de personas simultáneamente, necesitando intervención de grandes grupos en un periodo relativamente corto.

5. Peligro y oportunidad: el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, debemos recordar que de la desorganización que sobreviene, se inicia en forma casual alguna forma de reorganización. En principio se vislumbra, que el crecimiento resultante de algo tan traumático como un ataque físico o una violación pueden parecer demasiado improbables. Sin embargo, desde que suceden estos sucesos se crean nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado.

Una crisis es también un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz para resolver su problema.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida, no importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida.

El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan, el problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio, como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención llevada a cabo por los profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional. Se pueden utilizar algunos principios de intervención en crisis utilizados en la terapia de emergencia, perteneciente a la psicoterapia de apoyo. Tales como: oportunidad, metas y valoración.

No se puede dejar de tomar en cuenta los cinco componentes de los primeros auxilios emocionales:

1. Realización del contacto psicológico: se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia. Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema: la indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente, implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.

El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3. Sondear las posibles soluciones: se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Seguimientos para verificar el progreso: implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo. Y es aquí en donde la psicoterapia de apoyo toma la importancia debida, ya que con mujeres que han sido violentadas, el servicio de salud mental facilita el tratamiento de innumerables pacientes que quieren sentirse mejor, que desean que las circunstancias de su vida sean diferentes, que se sienten ratificados por disponer de una persona inteligente y comprensiva que les escucha.

Es por ello que cuando se habla de un acompañamiento; este es de índole inmediata, se percibe que la intervención debe darse en el momento, con la visión de que la persona necesita apoyo, orientación y guía en ese instante. Cada sesión es percibida como única. Su objetivo es el equilibrio emocional y bienestar de la persona lo más pronto posible. No hay un diagnóstico ni plan a largo plazo.

Las personas que buscan ayuda para poder enfrentar esta violencia, y sólo les es posible un tratamiento de duración limitada, como sucede cada vez con más frecuencia, es el modelo de la psicoterapia de apoyo el probablemente el más adecuado. Pinsker, (2002) define la Psicoterapia de Apoyo así:

“La Psicoterapia de Apoyo, aplica la intervención del terapeuta sobre lo que debe decir, basándose en el desarrollo de la personalidad y la formación de síntomas, ya que estos guían al terapeuta a la hora de determinar el enfoque de una

conversación. El estilo es dialogado, emplea medidas directas para reducir los síntomas y mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas”

2.3.1 Indicaciones y contraindicaciones

La Psicoterapia de Apoyo está indicada para cualquier tipo de enfermedad en la que el paciente muestre estados de ansiedad intensos, el fin es adaptar al paciente a su dolencia. En los casos de enfermedades terminales se le ayuda a la paciente a hacer frente a su muerte con tranquilidad y dignidad.

La psicoterapia de apoyo está perfectamente indicada en el tratamiento de pacientes con un yo debilitado que puede conducir a un trastorno del pensamiento, si sus defensas finalmente son doblegadas.

La literatura revisada sugiere dos clases de pacientes para quienes la psicoterapia de apoyo está indicada: pacientes muy sanos psíquicamente y bien adaptados que se han afectado debido a una crisis (como las pacientes de nuestra investigación), y aquellos individuos que están crónicamente incapacitados y presenta deficiencias yoicas para los cuales el tratamiento de exploración sería contraproducente.

Contraindicaciones para la Terapia de Apoyo se considera que no hay. Sólo tiene efectos negativos en el paciente cuando es falsa, cuando se pretende embaucar a las personas o se dan falsas esperanzas. Un aspecto de peligro es considerado cuando se estimula la dependencia, el terapeuta debe acompañar el apoyo, la promoción de la madurez de la personalidad.

2.4 Objetivos

Entre los objetivos propuestos para el desarrollo de la terapia de apoyo tenemos:

- ✓ Lograr que el paciente retorne a su nivel de equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad y perturban el YO mal estructurado.

- ✓ Ayudar a que el paciente alcance un nivel satisfactorio de funcionamiento personal, social, y laboral.
- ✓ Reforzar las defensas para que la persona enfrente una crisis vital o circunstancial de la mejor manera posible. La cantidad y calidad del apoyo requerido depende de un paciente a otro y de una situación a otra.

Prada (2008), establece que entre más grave sea la crisis y más frágil el paciente, más apoyo requeriría; así pues entre más deteriorada esté la estructura psíquica del individuo más apoyo requerirá.

Según Rockland (1989), los objetivos de la Psicoterapia de Apoyo de orientación psicoanalítica son el restablecimiento de la homeostasis en los pacientes en crisis aguda y el fortalecimiento de las funciones del Yo.

Otto Kernberg (1998), destaca que el objetivo de la Psicoterapia de Apoyo es la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensas, con un reforzamiento de defensas adaptadas, así como de derivados pulsionales adaptados.

2.5 Metas Terapéuticas

Antes de hablar de las metas terapéuticas hay que establecer que la Psicoterapia de Apoyo difiere del tratamiento exploratorio o expresivo en importantes consideraciones técnicas:

- ❖ El estilo es dialogado.
- ❖ La relación paciente –terapeuta es de naturaleza real y generalmente no se analiza.
- ❖ Normalmente se apoyan las defensas, a menos que sean desadaptativas.
- ❖ La adquisición del insight no conforma un objetivo importante.
- ❖ Se realizan esfuerzos para minimizar la frustración y la ansiedad en la terapia.

Una de las metas de la terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.

La autoestima implica sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto respeto. Las funciones del ego incluyen la relación con la realidad, el pensamiento, la formación de defensas, la regulación del afecto, la función sintética y algunas otras mencionadas en otros escritos. Las habilidades adaptativas son acciones vinculadas con un funcionamiento efectivo.

El límite entre las funciones del ego y las habilidades adaptativas no está definido de forma concisa. La evaluación de los eventos, por parte del paciente, conforma una función del ego; la acción que emprende con base a dicha evaluación constituye una habilidad adaptativa. Se debe tomar en cuenta que en la mayor parte de los pacientes severamente alterados debe considerarse los trastornos en las funciones egoicas. Con los pacientes más saludables, la función egoica conforma una preocupación secundaria; el énfasis se sitúa sobre las habilidades adaptativas.

El contenido de las sesiones terapéuticas es más probable que implique atender las relaciones, actitudes, sentimientos y con frecuencia centrarse en descubrir cómo se ha perpetuado los patrones que anteriormente tenían sentido, cuando ya no cumplen ningún propósito funcional. Este es conocido muchas veces como componente expresivo, por lo que con pacientes más saludables el tratamiento presenta un cariz expresivo de apoyo.

El terapeuta se ocupa de la autoestima, la función egoica y las habilidades adaptativas y del proceso de tema de discusiones. La Psicoterapia de Apoyo pretende lograr que la gente se sienta mejor sin ser cambiada, tratamiento que aspira a mejorar el funcionamiento sin modificar la personalidad y trata de mantener el equilibrio evitando el deterioro o la recaída.

2.6 Procedimientos y Técnicas

Las técnicas son los procedimientos que se emplean y su utilización está condicionada a una serie de factores tales como: rasgos de personalidad, edad, educación, cultura, nivel intelectual, naturaleza del problema.

De acuerdo a Julio Grimaldo Pérez (1995) en Psicoterapia de apoyo las técnicas son amplias y variadas. A continuación presentamos las más importantes según este autor:

1 Liberación de los sentimientos:

El terapeuta utiliza esta técnica para reforzar la sensación de ser comprendido, mejorando así la relación terapéutica.

Los psicoterapeutas de orientación dinámica insisten en hacer de la función catártica un factor terapéutico, por considerar que la descarga emocional a través de las verbalizaciones alivian el yo del paciente.

2. Reforzamiento del principio de la esperanza real.

Cuando la crisis emocional es intensa el paciente pierde el control de la realidad, refugiándose en el mundo de la fantasía. La meta terapéutica debe orientarse a centrarlo, ayudarlo a poner los pies sobre la tierra. El terapeuta debe ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente adopte una actitud realista y menos emocional.

3. Alentar el sentimiento de esperanza real

El terapeuta debe tener confianza en sí mismo, dar seguridad e identificarse con las técnicas que utiliza, pues a través de ellas proyectará esa confianza en el paciente. Esta imagen de confianza y seguridad hace que el paciente se muestre tranquilo y confiado de que el terapeuta le ayudará a resolver sus dificultades. Se debe alentar solo aquellos sentimientos que son factibles de ser realidad, de lo contrario el paciente se sentirá frustrado cuando se intensifiquen los síntomas de ansiedad.

4. Estimular la socialización:

De esta forma se trata de promover las condiciones sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y grupales a fin de que el paciente realice una serie de actividades placenteras, sociales y creativas tales como: asistir a reuniones sociales inicialmente con sus familiares para después ampliarlos a amistades e instituciones; así como también actividades

recreativas: paseos al campo, playa. El objetivo de ellos es hacer que se amplíe las actividades sociales placenteras a fin de que se sienta bien con las demás personas.

5. Dar seguridad y confianza

Proporcionar seguridad al paciente es uno de los métodos de apoyo más importantes que utiliza la psicoterapia de apoyo, reforzándose cualquier actividad positiva que realice el paciente sea ésta social, laboral, académica o de cualquier índole. Esta conexión reduce muy pronto la ansiedad y la inseguridad. Así mismo, estas formas de alentar producen un efecto de refuerzo para el paciente disminuyendo su ansiedad. Otra forma de dar confianza es al paciente es señalar que su caso no es el único, que su problema es conocido, que sus síntomas pueden molestar pero que no son peligrosos. Por supuesto que esto es coherente cuando se dice la verdad.

6. Enseñar a razonar

Uno de los grandes problemas que tienen las personas con dificultades emocionales es la deficiente y en ocasiones nula capacidad de razonar; pacientes con un buen potencial de inteligencia no utilizan estos recursos o no saben cómo emplearlo, de manera que el terapeuta debe poner todo su empeño en enseñarle a utilizar sus potenciales cognitivos, reforzándole continuamente cualquier actividad por pequeña que sea, a favor de darle confianza en su capacidad de resolver sus dificultades. La idea fundamental es que el paciente piense correctamente eliminando sus pensamientos ilógicos que son la base de la conducta desadaptada.

7. Reorganización perceptiva

Está determinada principalmente por el crecimiento cualitativo en el que las fuerzas organizativas conducidas por el yo, tengan una función de comprensión de todo lo que estaba desorganizado de su propia vida, el paciente percibe relaciones que antes no podían imaginar siquiera, ve las cosas de otra manera, las situaciones negativas del pasado ya no las interpreta en forma catastrófica, sino como experiencias que no deben ocurrir, pero que cuando ocurren, sabe cómo enfrentarla en forma saludable.

8. La Interpretación

La interpretación es una de las técnicas usadas por casi todos los modelos de intervención terapéutica. Uno de sus objetivos en la psicoterapia de apoyo es desarrollar el insight del paciente. Es el más específico y sencillo método capaz de transmitir el conocimiento del caso del terapeuta al paciente. Por medio de las interpretaciones se pretende que el paciente comprenda la causa y naturaleza de su desadaptación, así como, los medios del que dispone el terapeuta para ayudarlo a superar esta dificultad.

9. La Sugestión

Juega un papel importante en toda psicoterapia. La sugestión es la inducción de ideas, sentimientos y acciones que ejerce el terapeuta sobre el paciente con la finalidad de lograr determinados objetivos; restar los efectos de la influencia negativa, reforzar las actitudes positivas, inducir al paciente a que realice acciones deseables, reforzando todas las conductas adaptativas. Es apoyo especialmente valioso en personas emocionalmente inmaduras, así como en personas que creen en la “mala suerte”, “brujería”, “daño” y cosas parecidas.

10. Persuasión y consejo

Persuadir es inducir al paciente con razones así como la utilización de todos los recursos cognitivos. El terapeuta enseña, educa y aconseja al paciente. El consejo consiste en ofrecer opiniones y recomendaciones, sin abusar del mismo.

Las técnicas de persuasión incluyen actividades tales como: analizar en forma realista la situación, explicar las causas y necesidades del cambio de actitudes o hábitos inadecuados. Advierte de las consecuencias de su futura conducta inadaptada, estimularlo a que se enfrente con la realidad, etc.

2.6.1 Otros Recursos

Existen otros recursos de los cuales la Psicoterapia de Apoyo suele apoyarse, entre ellos mencionaremos la utilización del informe Psicológico, la Relajación y Evaluación de los resultados.

1. Utilización del informe Psicológico

La Psicoterapia de Apoyo puede utilizar los recursos derivados de los exámenes auxiliares tales como: la historia clínica, el informe psicológico y otras pruebas. Entre los datos que resultan de gran importancia y utilidad clínica están el CI, las habilidades especiales que poseen los pacientes, las motivaciones e intereses.

La utilidad inmediata del informe escrito se da especialmente en el rubro del nivel de inteligencia, reconocimiento de algunas aptitudes o el potencial de inteligencia que no ha sido utilizado por el bloqueo emocional. El terapeuta utilizará estos datos para reforzar sus objetivos terapéuticos con frases como: “usted es una persona capaz”, “usted puede resolver este problema”, “que puede sentirse mejor”, “ser razonable”. Dichos refuerzos son de gran utilidad porque infunden confianza en la capacidad del paciente, reduciendo la ansiedad; toda vez que el alentar produce nuevas formas de conducta que le van a dar seguridad.

Se puede utilizar otros datos derivados de las pruebas psicológicas que servirían para reforzar algunos aspectos del yo que requieren ser potenciados, entre los que se distinguen: los rasgos afectivos de la personalidad; las relaciones interpersonales, la ausencia de rasgos patológicos, la capacidad creativa, la iniciativa personal, el trabajo organizado, etc.

2. La Relajación

La relajación constituye una técnica física de gran utilidad como complemento de la Psicoterapia de Apoyo, ya que actúa eficazmente reduciendo la ansiedad. Por lo general se utiliza la técnica de Jacobson, llamada relajación progresiva, siendo utilizada para el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, el tartamudeo, espasmos musculares, la hipertensión, etc.

3. Evaluación de los resultados

La Psicoterapia de Apoyo puede ser evaluada en función de tres criterios clínicamente válidos, de acuerdo a Grimaldo 1996. En primer término, el criterio del terapeuta como profesional especializado, mismo que debe evaluar con objetividad. En segundo lugar el paciente, la persona interesada y que justamente el cambio que ocurra será evaluando su propia conducta. El tercer criterio, será la actuación del paciente en la vida cotidiana; la forma como enfrenta la vida en sus diversas manifestaciones: acceso social, un matrimonio feliz, un

desempeño eficiente en la empresa, mejores relaciones sociales. Cuando el terapeuta pueda validar estos aspectos, entonces podremos saber si la Psicoterapia de Apoyo ha sido efectiva.

2.7 Estrategias de la Psicoterapia de Apoyo

La Psicoterapia de Apoyo de orientación psicoanalítica se caracteriza por estrategias fundamentales. Éstas se apoyan en: lo auténtico del terapeuta, el enfoque en el material consciente y preconsciente, el aliento de la transferencia levemente positiva y la evaluación de las resistencias por parte de terapeuta (Rockland, 1989).

Tradicionalmente a las Psicoterapias psicoanalíticamente orientadas se les ha dividido entre la modalidad expresiva y las de apoyo. Las de modalidad expresiva, se caracterizan porque su paradigma es el psicoanálisis clásico y cuya herramienta técnica por excelencia es la interpretación, que busca develar el conflicto inconsciente subyacente a la patología. La Psicoterapia de apoyo, por el contrario, se orientan a mantener o reforzar las defensas adaptativas del paciente, de tal modo que le permitan sobrellevar lo mejor posible su cotidianidad.

Haciendo una análisis exhaustivo de ambas modalidades, las terapias expresivas buscan el cambio de la estructura psíquica; las de apoyo, la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que rodean al paciente. Hace hincapié en la movilización de las fortalezas del paciente para realzar su autoestima y usar defensas adaptativas y estrategias de afrontamiento positivas.

2.7.1 Respuestas del Terapeuta

Cuando hablamos de la autenticidad del terapeuta, hay que tener en cuenta, que él no es una pantalla blanca del psicoanalista ni es tampoco un consejero amable o amigo. El terapeuta escucha y procesa el material del paciente al igual que lo haría un Psicoterapeuta psicodinámico.

Las respuestas del terapeuta en algunas ocasiones van a dirigirse hacia operaciones defensivas específicas o a distorsiones transferenciales y en otros momentos consistirán en

consejos o guías. Esos papeles deben integrarse de manera exitosa para lograr que el terapeuta se pueda relacionar con el paciente como un terapeuta integrado, experto, amable, habilidoso, perceptivo y siempre orientado a promover la adaptación.

El enfoque del terapeuta debe dirigirse hacia los elementos conscientes y preconscientes en las producciones del paciente; el material inconsciente es ignorado y desalentado. Rockland (1989) argumenta que la regresión, la asociación libre y el análisis de los sueños, elementos que aumentan la presión para expresar el material inconsciente, son minimizados. El pensamiento lógico es alentado en vez de la asociación libre.

La terapia de apoyo busca ayudar a reprimir aquel material que ya se encuentra parcialmente suprimido. En algunas ocasiones los pacientes se encuentran en regresión y el aumento de ésta es desalentado. La regresión juega en contra del fortalecimiento de las funciones del Yo, lo cual es la meta principal de la terapia de apoyo (Rockland, 1989).

El fin de la terapia de apoyo es mantener una transferencia levemente positiva, la cual no es abordada durante la terapia. Dicha transferencia es incitada por el terapeuta al ser más real y poco gratificante. El exceso de gratificación es considerado como contratransferencia (Rockland, 1989).

De acuerdo a Otto Kernberg (1989), la transferencia, no es interpretada en la Psicoterapia de apoyo, pero tampoco es ignorada. La atención cuidadosa a los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar, la naturaleza inapropiada de los desarrollos transferenciales, su reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente a disminuir este comportamiento patológico en la sesión.

La reacción del terapeuta hacia la resistencia es igual a la reacción que él le da a las actividades defensivas del paciente. El terapeuta debe constantemente hacer juicios acerca de los valores adaptativos versus los mal adaptativos de la resistencia (Rockland, 1989).

Las resistencias adaptativas son fortalecidas y apoyadas, mientras que aquellas mal adaptativas son minadas y desalentadas. Analizando el repertorio natural de resistencias del paciente, el terapeuta puede identificar aquellas que deben ser apoyadas y aquellas que pueden ser eliminadas sin comprometer de forma crucial la habilidad del paciente para funcionar (Rockland, 1989).

2.8 Herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo

De acuerdo a Prada (2008), las herramientas técnicas más utilizadas en Psicoterapia de Apoyo son: la formulación del caso, el encuadre, la escucha silenciosa y la alianza terapéutica.

2.8.1 Formulación del caso

Una vez se ha escuchado detenidamente al paciente, en una o varias entrevistas, sobre lo que le está pasando y su historia personal y antecedentes, se formula su caso.

La formulación del caso o psicodinámica es esencialmente un conjunto de hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos, interpersonales o del comportamiento de una persona; es una conceptualización del paciente mucho más amplio que el simple diagnóstico psiquiátrico, que lo incluye.

Ayuda al terapeuta a organizar la información compleja y amplia sobre su paciente, orientando su proceder, los cambios buscados, la forma de lograrlos y las posibles interferencias que se puedan llegar a presentar en el tratamiento. La formulación es el elemento primordial e imprescindible que se debe esclarecer antes de iniciar cualquier psicoterapia, ya que es el punto de partida que nos va a llevar a su éxito. Es la teoría que cada terapeuta construye de lo que está ocurriendo con su paciente, basándose en los fundamentos

teóricos que sustentan su práctica y, como tal, le sirve de hoja de ruta para diseñar sus futuras intervenciones. Debe incluir explicaciones del terapeuta acerca de por qué y por qué ahora le ocurre esto a su paciente.

En una Psicoterapia de Apoyo Psicoanalíticamente orientada la formulación psicodinámica incluye, además del diagnóstico psiquiátrico, el diagnóstico del grado de estructuración del yo, su desarrollo psicosexual, la influencia que han tendido en su vida sus relaciones tempranas, la estructuración y dinámica de sus relaciones objetales, los recursos de su personalidad, los mecanismos de defensa más habituales, todo esto para definir ampliamente su personalidad, el conflicto por el que atraviesa, los recursos con los que cuenta y los que le faltan para superarla. Metafóricamente hablando, así como a ningún arquitecto se le ocurriría iniciar una obra sin antes haber levantado unos planos y una maqueta de lo que quiere hacer, del mismo modo ningún psicoterapeuta puede iniciar una psicoterapia sin una formulación del caso a tratar.

2.8.2 Encuadre

Puede parecer llamativo incluir este elemento de tanta importancia en las Psicoterapias Psicoanalíticamente orientadas como una herramienta de apoyo en la Psicoterapia de Apoyo. Sin embargo, el encuadre, con sus diferentes componentes, principalmente el de la habitualidad, configura aspectos que cuando se hacen conscientes por parte del paciente estructuran y dan un sentido de confiabilidad a la psicoterapia y al terapeuta, fundamentales para el logro de sus propósitos (Prada, 2008).

Naturalmente, se ha considerado que para que el encuentro entre dos personas lleve a algún fin son necesarias una temporalidad (momento) y una espacialidad (lugar), definidas. En psicoterapia, a la expresión consciente aunque, desde luego, con muchos elementos inconscientes, voluntaria y propositiva de estas coordenadas (momento, lugar y fin) es lo que se ha denominado encuadre.

Según opinión de Prada (2008), encuadres o contratos hay en todas las interacciones humanas. Es un aporte de la teoría psicodinámica el hacerlo consciente, el ponerlo de relieve y el destacarlo, no sólo como parte esencial de la vida en sociedad, sino el convertirlo en un Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo poderoso instrumento para el cambio psíquico.

El encuadre define quiénes, por qué o para qué, cuándo, dónde, cómo y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta. Tiene estos elementos conscientes o explícitos que es necesario aclarar antes de comenzar la psicoterapia, así como otros elementos implícitos, que para el terapeuta son la neutralidad, la abstinencia y la atención libremente flotante, y para el paciente, la asociación libre.

Originalmente, estos elementos del encuadre psicoterapéuticos fueron explicados por Freud para el Psicoanálisis en sus escritos técnicos de 1910 y 1911, de los consejos al médico y sobre la iniciación del tratamiento. No obstante, resultan igualmente válidos a las psicoterapias. (Vol X, 1998).

Entre más claro y estable sea el encuadre, más apoyado y protegido se va a sentir el paciente. Se trata de recibirlo tal cual es, ser empáticos y mostrar simpatía, no juzgarlo, siempre tratando al máximo de comprenderlo sin llegar a involucrarse en su vida real más allá del consultorio.

Uno de los elementos centrales a la hora de definir el encuadre es acordar con el paciente las metas que se propone lograr con la psicoterapia y, si se puede, fijar un tiempo en el cual sea realista que esas metas se cumplan. Lo realista de estos objetivos es algo que debe acordarse conjuntamente, para no estarle ofreciendo al paciente algo que la terapia no puede darle. (Prada, 2008).

2.8.3 Escucha Terapéutica

Nuestro deber inicial ante todo paciente en psicoterapia es escuchar, escuchar y escuchar, sin interrupciones. El silencio terapéutico, el quedarse callado de un modo especial,

es una de las principales herramientas técnicas de los psicoterapeutas, tan básica como frecuentemente irrespetada. Aunque pueda parecer una obviedad, la escucha silenciosa, respetuosa y atenta del paciente es un elemento técnico fundamental, estrechamente relacionada con el encuadre (Prada, 2008).

Escuchar atentamente con un silencio activo es permitirle a la persona, en nuestra compañía, expresar libremente y a su manera sus sentimientos, temores, conflictos y necesidades. Para nada se trata de un silencio retador, demasiado incómodo ni mucho menos desinteresado. Todo lo contrario. Inicialmente no debemos decir muchas palabras, sino transmitirle al paciente la sensación de que nos interesa mucho, lo acompañamos y respetamos profundamente. Desde luego, las entrevistas tipo “lista de revisión” están en este momento completamente contraindicadas.

Según Prada (2008), los pacientes inician las sesiones con unas cuantas frases de introducción de un tinte social o médico, sin que nos hablen de lo que realmente están sintiendo. Si nos quedamos en silencio, en ese momento ellos mismos pasan a relatarnos sus verdaderos motivos de consulta y lo que más los hace sufrir en ese momento.

La escucha terapéutica no sólo implica abrir un espacio en nuestro corazón y en nuestro consultorio a todas las emociones del paciente, sean cuales fueren, que respetamos profundamente (no sólo sus sentimientos), sino también a su idiosincrasia, sus convicciones, su modo de ser, sus ideas, aunque no las compartamos. Le permitimos ser el mismo sin ninguna crítica o rechazo de nuestra parte; no nos precipitamos a corregir sus distorsiones antes de haberlos escuchado completamente.

Un ejemplo típico de la importancia del silencio en las mujeres víctimas de violencia doméstica, suele ser cuando ellas irrumpen en llanto; el estar ahí muy atentos y en silencio es permitirles expresar en ese momento todo su dolor en nuestra compañía. Posteriormente, luego de ese silencio permitido por el terapeuta el llanto cesa y, por lo general, reflexionan sobre su dolor y se dan a sí mismas palabras de aliento. Ahí podemos intervenir expresando nuestra comprensión y empatía con sus afectos y su situación vital, y al hacerlo habremos reaccionado

de un modo opuesto a como lo habría hecho una enfermera no especializada o el vecino de la esquina y habremos utilizado otras tres herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo: la abreacción, la catarsis y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. (Luborsky, 1984).

2.8.4. Alianza Terapéutica

El primer deber, según Freud, de todo terapeuta es allegar al paciente tanto a la terapia misma como a la persona del terapeuta (Freud, citado por Rev. Colomb vol XII, 1988).

La alianza terapéutica, también denominada alianza de trabajo o alianza de ayuda, se refiere al grado en el cual el paciente experimenta la relación con el terapeuta como sólida y útil para el logro de sus objetivos en la terapia (Luborsky, 1984).

Según Gaston, citado por (Arredondo, 2005), la Alianza terapéutica contiene cuatro componentes principales:

1. La relación afectiva entre el paciente y su terapeuta.
2. La capacidad del paciente y del terapeuta para actuar conforme al propósito de la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y las tareas del tratamiento.

La relación paciente-terapeuta es una relación *afectiva* intensa para ambos, que se debe circunscribir estrictamente a normas y propósitos claramente definidos, en las cuales ambos participantes deben estar de acuerdo, cumplirlas y dar lo mejor de sí para el logro de las metas propuestas.

El terapeuta intenta desarrollar y mantener una relación ni muy cercana ni muy distante. El terapeuta nunca debe ser seductor o encantador. Para que la relación sea un éxito. El paciente, no importa cuán severamente limitado esté, debe sentir que el terapeuta lo respeta. (Pinsker, 1997).

Para Rockland (1989), la alianza terapéutica se torna en una fuerza positiva de cambio, probablemente vía al proceso de identificación. Establece que dicha alianza ocupa un aspecto al principio del tratamiento y otro al final del mismo.

Rockland (1989), establece que para que el paciente y el terapeuta puedan trabajar juntos de una manera colaborativa, tiene que existir una descripción clara de las condiciones bajo las cuales el trabajo va a proceder. Así pues, las tareas del terapeuta para fomentar una alianza terapéutica consiste en:

- a) Definir la estructura de la situación de tratamiento.
- b) Anticipar los problemas que pueden llegar a ocasionar que el tratamiento sea interrumpido. Por tal motivo la alianza terapéutica debe estructurarse de tal forma que cualquier complicación no sea un detrimento para el tratamiento.
- c) Discutir detalladamente con el paciente las metas del tratamiento de apoyo.
- d) Enfatizar la importancia de las contribuciones de ambos, tanto del paciente como del terapeuta, a la alianza y al resultado del tratamiento.

Diferentes estudios empíricos en Psicoterapia de apoyo muestran la importancia de la alianza terapéutica como un poderoso determinante del cambio psíquico obtenido en una psicoterapia. (Prada, 2008).

2.9 Desarrollo de la Terapia

La psicoterapia de apoyo basada en la teoría Psicoanalítica también puede ser desarrollada a lo largo de las tres técnicas importantes, como lo son: la clarificación, reducción y la exportación de la transferencia.

Con respecto a la interpretación, la Psicoterapia de apoyo utiliza los pasos preliminares de la técnica interpretativa, es decir, la clarificación y la confrontación; pero, no utiliza la interpretación per sé. Por el contrario utiliza el apoyo cognitivo y emocional. Además, la Psicoterapia de apoyo utiliza la intervención directa del ambiente, por medio del terapeuta, de

los familiares u otros servicios del personal de salud mental, comprometidos en funciones auxiliares terapéuticas (Rockland, 1989).

Según Rockland (1989), la Psicoterapia de apoyo siempre se lleva a cabo en una posición cara a cara; el uso del diván es totalmente inapropiado. Las sesiones son por lo general una vez a la semana, aunque la frecuencia puede incrementar durante una crisis y disminuir cuando sea necesario.

El terapeuta no debe desviarse mucho de las metas del tratamiento o de las áreas específicas del paciente que él considere mal adaptativas. A pesar de que el terapeuta no dirige el discurso del paciente, éste no debe perder de vista los aspectos cruciales de las funciones mal adaptativas del paciente (Rockland, 1989).

Con la formulación de caso, sabemos quién es el paciente, cuál es su historia y qué lo ha llevado a la crisis actual. Con el encuadre establecemos los parámetros desde los cuales trabajaremos con el paciente. Con la escucha terapéutica, le brindamos toda la libertad y acogida posibles para que se encuentre consigo mismo. Por último, con la alianza terapéutica, lo hacemos consciente de su capacidad de establecer vínculos humanos sanos y de crecimiento interior. En el caso de la Psicoterapia de Apoyo, los elementos y estrategias técnicas presentadas configuran el ambiente básico para que el paciente se desarrolle y reestablezca o mantenga su equilibrio emocional.

2.10 Transferencia en la Psicoterapia de Apoyo

Sabemos que la transferencia es el fenómeno psíquico inconsciente donde se reviven figuras posteriores en la vida, modos de relación originalmente pertenecientes a figuras anteriores, generalmente figuras parentales de la infancia. En todos los tipos de psicoterapia, independientemente de su enfoque, los pacientes reviven con sus terapeutas patrones de relación emocional inapropiados para esta situación, correspondientes a una relación con sus padres, cuando ellos eran niños. El ser consciente de esta situación y darle un manejo apropiado es un elemento fundamental en la Psicoterapia de Apoyo. Por medio de la

transferencia y de su hermana siamés, la contratransferencia, el terapeuta sabe el momento clínico del mundo interno del paciente, se ubica frente a él y reacciona apropiadamente.

En una Psicoterapia Psicoanalíticamente orientada o en el psicoanálisis, que el paciente sea consciente de lo inapropiado de la transferencia, por medio de la interpretación, es el motor de cambio psíquico más poderoso. En la P.A, la transferencia casi nunca es interpretada, sino que nos valemos de ella para comprender lo que está pasando en el paciente, para mostrarle luego alternativas de manejo a su situación o el significado de la demanda infantil (Ursano y otros, 2004).

La Transferencia es crucial para cualquier modalidad de psicoterapia. En algunos casos la transferencia es abordada con el fin de desempeñar y mostrarle al paciente los confines del inconsciente, sentimientos, pensamientos y fantasía que yacen dentro de él. En otros casos es utilizada para comprender por lo que está pasando el paciente y poder mostrarle alternativas de manejo a situación y relaciones.

Según Rockland (1989), aquellas transferencias que se encuentran fuera del área consciente de paciente no son abordadas y no se realiza ningún esfuerzo para minar las defensas que las protegen al menos éstas se convierten en un obstáculo para el tratamiento.

Al ser el terapeuta un tanto revelador y al compartir sus valores y opiniones cuando se ameriten, disminuye la intensidad de la transferencia. Las transferencias problemáticas, como la sobreidealizada o la transferencia negativa, son abordadas inmediatamente. Para Rockland (1989) las transferencias negativas pueden ser atenuadas contrastándolas con la realidad del tratamiento y algunas veces dirigiendo la atención del paciente a relaciones similares fuera de la situación de terapia.

2.11 La Contratransferencia y la terapia de apoyo

Es importante destacar que el terapeuta de apoyo no opera con un grupo de directrices de intervenciones apropiadas tan claras como lo haría un terapeuta de exploración o el

psicoanálisis. La necesidad que exige tener que ser más real, proveer gratificaciones parciales, alternar entre confrontar y minar defensas mal adaptativas por un lado y por el otro tener que ofrecer guía y consejos, interfiere en el criterio para proporcionar intervenciones adecuadas. Este escenario convierte al terapeuta de apoyo vulnerable al acting out contratransferencial.

Por estas razones, resulta de mucha preocupación, ya que la contratransferencia del terapeuta puede interferir con la labor terapéutica dentro de cualquier modalidad de Psicoterapia, tal y como establece Rockland (1989). En el caso de los terapeutas de apoyo esto preocupa más, pues el terapeuta cambia frecuentemente el modo en que interviene, es decir, en algunas ocasiones sus intervenciones están basadas en la comprensión psicodinámica y en otras interviene más como un trabajador de Salud Mental (Rockland, 1989).

Para lograr un manejo adecuado de la contratransferencia, el terapeuta debe primero estar consciente de sus sentimientos y respuestas y a la vez estar entonado en cómo sus problemas contratransferenciales pueden llegar a expresarse. El análisis personal es crucial para estar consciente de esto (Rockland, 1989).

Rockland (1989) considera que para el manejo contratransferencial del terapeuta es indispensable:

- Establecer de antemano una estructuración para las sesiones, puesto que cualquier desviación de lo planteado alertaría al terapeuta de posibles dificultades contratransferenciales.
- Lograr la introspección del terapeuta y examinar sus sentimientos. Ello le permite al terapeuta utilizar su conocimiento sobre sí mismo, lo cual le ayuda a detectar que pueda estar desencadenando la contratransferencia.

La contratransferencia no es negativa, mala ni por supuesto vergonzosa. Es inherente a toda Psicoterapia y es natural que todos los psicoterapeutas luchan contra ella. Resulta útil si los terapeutas utilizan la misma para aprender más sobre su paciente y sobre sus propios sentimientos y deseos. Sin embargo, aconseja Rockland (1989) que en los casos en que los

problemas contratransferenciales persistan, es útil buscar la ayuda de un colega con mayor experticia.

Esta persona podrá examinar la situación desde una perspectiva objetiva y fuera del tratamiento. Y como no se encuentra envuelta en las distorsiones contratransferenciales del terapeuta logrará ofrecer sugerencias apropiadas para la resolución de problemas.

2.12 Uso de la interpretación en Psicoterapia de apoyo

Aunque la interpretación no es la herramienta técnica principal en la Psicoterapia de Apoyo, tampoco está absolutamente contraindicada, sólo que su uso difiere del de la Psicoterapia Psicoanalíticamente orientada de largo plazo o del psicoanálisis. En la Psicoterapia Apoyo, el paciente debe estar preparado para recibir la interpretación después de un proceso en el cual se han utilizado otras estrategias, el vínculo y la Alianza Terapéutica estén funcionando.

En la Psicoterapia de Apoyo, la interpretación no se formula de manera categórica, sino como una posibilidad que le permite al paciente un espacio y un afecto para tomarla, rechazarla o trabajar sobre ella. Muchas de las interpretaciones formuladas en estos casos son indirectas, es decir, se muestra al paciente la semejanza de una situación dada en el presente con la misma situación en la infancia, sin incluir, en principio, a la persona del terapeuta o si uno decide incluirse en la situación actual de la terapia, debe señalarle al paciente el proceso mental que lo lleva a uno a establecer la semejanza entre el allá y entonces del pasado del paciente con el aquí y ahora de la situación terapéutica.

Es importante destacar que con respecto a la interpretación, la Psicoterapia de Apoyo utiliza los pasos preliminares de la técnica interpretativa (la clarificación y confrontación); pero, no utiliza la interpretación per sé. De esta manera contribuye con las funciones re-educativas de la psicoterapia de apoyo junto al apoyo directo cognitivo y emocional de combinaciones adaptativas de impulso y defensa, e intervenciones directas de apoyo al ambiente. (Prada, 2008).

2.13 La Resistencia dentro de la Psicoterapia de Apoyo

La resistencia dentro de la terapia de apoyo requiere de una definición propia. Por lo tanto debe ser conceptualizada en relación con las metas del tratamiento y debe ser relevante a dichas metas (Rockland, 1989).

Partiendo de estas afirmaciones, la resistencia entonces dentro de este modelo de terapia, puede definirse como cualquier conducta del paciente que se oponga al fortalecimiento del Yo de manera directa o indirecta o que se oponga a la mejora de la adaptación al mundo interno y externo. Cualquier cosa que el paciente realice de manera consciente, pre consciente o inconsciente para interferir con las metas establecidas en la terapia es considerada como resistencia dentro de la situación terapéutica de apoyo.

Rockland (1989), plantea que la resistencia en terapia de apoyo no es igual a la resistencia que surge en el psicoanálisis o la terapia de exploración. Por ejemplo, el oponerse a recobrar memorias reprimidas, hacer conscientes los conflictos inconscientes o la libre asociación son manifestaciones cruciales de resistencia en el psicoanálisis, sin embargo totalmente apropiadas en la terapia de apoyo y no se consideran resistencias en lo absoluto.

El terapeuta de apoyo aborda las resistencias tratando de comprender lo más posible su significado dentro del contexto de la situación clínica del paciente. Cuando la conducta parece desesperadamente mantener la estabilidad para no permitir la descompensación, el terapeuta las acepta y las alienta. Pero, sí es el impedimento primordial para el progreso del tratamiento para el logro de las metas y no son esenciales para el funcionamiento del paciente, el terapeuta la confronta y la clarifica con el fin de minarla.

Los terapeutas de apoyo realizan una valoración sobre los aspectos adaptativos y mal adaptativos de dicha conducta. El balance entre los aspectos adaptativos y mal adaptativos es siempre central en la terapia de apoyo.

2.14 Fases del Tratamiento

Partiendo de las ideas de Lawrence Rockland, planteadas en su libro *Supportive Therapy*, el tratamiento de la Psicoterapia de Apoyo se divide en cuatro fases: la evaluación y la fase de planeamiento del tratamiento, la etapa del tratamiento, la etapa media del tratamiento, y la etapa de la terminación.

2.14.1 Fase 1: Evaluación y Planeamiento del Tratamiento

La tarea principal de la fase 1, da inicio con una exhaustiva y cuidadosa evaluación clínica y un diagnóstico preciso del problema. Esto incluye una evaluación del ambiente social en el que está inmerso el paciente, valoración de la psicopatología del paciente, así como su sistema de apoyo, la motivación, la preocupación psicológica, la inteligencia, entre otros aspectos necesarios a considerar para la formulación de un tratamiento a base de datos lógicos y apropiados.

No se debe nunca iniciar un tratamiento sin una evaluación cuidadosa, para esto es necesario la realización de un diagnóstico, basado en los criterios y propuestas de la American Psychiatric Associations, descrito a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión DSM-IV-TR.

La evaluación Multiaxial incluye cinco ejes los cuales son:

- **Eje I:** incluye los trastornos clínicos y otros problemas que puedan ser objetos de atención clínica, es decir se registra aquí la presencia de una patología significativa.
- **Eje II:** incluye los trastornos de personalidad y el retraso mental. Puede utilizarse también para hacer alusión a los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.
- **Eje III:** incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje mental del paciente. Resulta de relevancia, pues nos

indicará si el paciente está utilizando la somatización como parte de su repertorio psíquico.

- **Eje IV:** se registran los problemas psicosociales y ambientales que puedan afectar el diagnóstico de los trastornos inscritos en los ejes I y II. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales.
- **Eje V:** se realiza la evaluación de la actividad global, incluyendo la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del proceso clínico.

Una vez realizado el diagnóstico multiaxial, pasamos a la segunda parte de esta primera fase, la cual hace referencia a la planeación del tratamiento. Esta fase va de la mano con la evaluación y puede ser organizada alrededor de tres parámetros:

- ✓ Duración del tratamiento: cantidad de tiempo a trabajar
- ✓ Tamaño del grupo de pacientes: individual, grupal o de parejas.
- ✓ Naturaleza del tratamiento: de apoyo, exploratoria o mixta.

Para efectos de nuestra investigación hemos decidido planear el tratamiento basado más en el apoyo. La evaluación y el planeamiento son pasos importantes para el desarrollo posterior de la terapia y debe realizarse de forma minuciosa.

Rockland (1989), nos dice que el terapeuta debe tomar en consideración las siguientes situaciones clínicas para decidir por un tratamiento basado en el apoyo:

- Regresiones intensas e incontrolables.
- Depresión severa o serios intentos de suicidio, homicidio o auto mutilación.
- Amenazas para el tratamiento.
- Ansiedad excesiva en el paciente.
- Observación del Yo disfuncional
- Acting Out
- Estresores Severos

- Mentiras crónicas
- Silencios excesivos

2.14.2 Fase de Tratamiento temprano

Para Rockland (1989), las tareas inherentes a esta fase se basan en el establecimiento de la alianza terapéutica e identificación del principal mecanismo de adaptación que necesita ser atacado, de igual forma la identificación de las fuerzas fundamentales y de aquellas defensas que necesitan ser apoyadas o reforzadas.

La alianza del tratamiento establece la estructura y el marco para el tratamiento, con una clara delimitación de los roles y obligaciones de cada paciente, así como las metas y los objetivos esperados del tratamiento.

En esta fase del tratamiento el terapeuta utiliza mucha clarificación y confrontación para identificar las principales conductas positivas y negativas. Por ello, la educación del paciente es fundamental, ya que si se realiza una investigación significativa del acting out, el ajuste de límites y las prohibiciones son usados para reducirlas. Adicional a todo esta fase, es importante crear a todo una alianza terapéutica sólida y clara sobre las cuales se sentará el intercambio entre el paciente y el terapeuta.

La fase temprana le permite al terapeuta estructurar el tratamiento e identificar las áreas principales del futuro trabajo, resulta de suma importancia para el trabajo terapéutico el desarrollo adecuado y oportuno de esta fase.

2.14.3 Fase Media del tratamiento

La tarea principal de esta fase, consiste en llevar a cabo el proceso de trabajo psicoterapéutico, por lo tanto el terapeuta debe localizar patrones repetitivos en las verbalizaciones del paciente y trabajar en los puntos de mayor trascendencia identificados durante la fase temprana.

En ocasiones la conducta no verbal resulta ser de mayor importancia, tanto como los lapsus, vacilaciones, bloqueos que permiten al terapeuta orientarse hacia las áreas de tipo conflictivo. Los patrones, las conductas y defensas mal adaptativas son abordadas desde todos los puntos relevantes, son abordadas una y otra vez, clarificadas, confrontadas y minadas. Simultáneamente las defensas adaptativas son apoyadas y fortalecidas. En esta etapa del tratamiento se realiza un especial enfoque en los siguientes aspectos:

- **Sobre los síntomas:** considerando que los síntomas son manifestaciones superficiales de los problemas más profundos, realizar una cuidadosa revisión de sus contenidos, en función y de las actitudes del paciente hacia ellos, puede revelar gran contenido sobre situaciones pasadas, refuerzos, impulsos rechazados y sobre las defensas contra estos impulsos.
- **Sobre el medio ambiente:** las reacciones de un sujeto a su medio pueden ser aún más importantes, que el medio mismo, Algunas personas tienden a proyectar sus inseguridades, expectativas, miedos, sentimientos de culpa y hostilidades en el medio ambiente. Algunas veces, cuando se modifica el medio de un paciente, aparecen reacciones patológicas incapacitantes, al romperse el equilibrio neurótico.
- **Sobre las relaciones interpersonales:** podemos determinar patrones básicos de conducta a través de las relaciones del paciente con otras personas. En ocasiones, es necesario señalarle la forma en que afectan su salud y ajuste psíquico, con el objetivo de que el paciente adopte una conducta más receptiva a la interpretación de estos patrones de conducta y se prepare para la modificación del mismo.
- **Sobre la historia pasada:** cuando el terapeuta realiza el examen sobre la historia pasada, los patrones repetitivos se hacen más evidentes. A través de esto, el paciente se hace consciente de la manera en que han ido manifestando sus mecanismos y tendencias a lo largo de su vida. Rastrear el origen de estos patrones en la infancia y su revelación como elemento arcaicos y destructivos al funcionamiento en la realidad provocarán un enfrentamiento con mecanismos defensivos habituales e irán formando una nueva concepción de sí mismo.

Los patrones maladaptativos, comportamientos y defensas, se trabajan a profundidad, clarificándolos y confrontándolos, enfocándose particularmente en el aspecto transferencial. Entonces, las defensas y comportamientos adaptativos continúan siendo apoyados y reforzados.

El terapeuta de apoyo utiliza el elogio y otras gratificaciones transferenciales para apoyar generosamente cualquier cambio del paciente que es considerado positivo y en dirección de la mejora de la adaptación. El progreso es atendido como una señal esperanzadora de que el progreso adicional puede ser alcanzado.

Rockland (1989), comenta que si llegase a surgir otro tema durante la etapa del medio, éste será añadido a la tarea terapéutica como si se hubiese identificado en la etapa temprana. Ya que la fase media del tratamiento es una etapa crucial para el curso de la intervención. Es el campo en que el terapeuta se vale de todos sus recursos para batallar en nombre de las metas terapéuticas establecidas.

2.14.4 Terminación del tratamiento

El objetivo de esta fase es la finalización de la terapia. En ella no solo afloran los problemas básicos del ser humano, sino que planea interrogantes sobre la psicoterapia. El problema crucial es el de la separación que cada uno debe aprender a resolver. Sucede con frecuencia que el síntoma que motivó al paciente a su búsqueda de tratamiento persiste, pero el papel que desempeña en su existencia se modifica de manera que puede seguir viviendo con él.

También puede suceder que al entrar en la etapa final aparecen otros problemas y conflictos nuevos. Esto puede ocurrir como consecuencia de postergar dicho final. También el terapeuta puede experimentar una serie de sentimientos confusos acerca del final de la terapia y estos en determinadas ocasiones, tal vez prefieran dar por concluida la terapia debido al pesimismo que se alberga, por simple aburrimientos o porque la terapia inicial resultaba más interesante y permitía hacer un trabajo más satisfactorio.

Por otro lado, la terminación es manejada de manera diferente por cada terapeuta, y puede no ser una terminación absoluta, más bien una atenuación gradual de la relación.

Esta fase suele comenzar con el establecimiento de la fecha de terminación y termina cuando ésta realmente llega a su fin. Las tareas principales resultan ser: el volver a trabajar en los temas de mayor importancia, reacciones del paciente a terminar, sentimientos de pérdida, miedo al futuro y demás (Rockland, 1989).

La terminación en la terapia de apoyo es menos definitiva que en el tratamiento exploratorio y suele darse el contacto luego de terminada, dando lugar a una atenuación gradual de la relación.

2.15 Consideraciones de lo que no es Psicoterapia de Apoyo.

Usualmente no son consideradas psicoterapias, estrictamente hablando, las intervenciones originadas principalmente en el sentido común, como los consejos, las orientaciones o las pautas brindadas espontáneamente sin que medie un saber científico y técnico en ellas.

Estas intervenciones espontáneas y naturales que en otro lugar he denominado como palmoterapia, como por ejemplo: ofrecer unos minutos de simple escucha, un hombro para llorar, un abrazo, palmaditas en la espalda, una caricia palabras cálidas de aliento, un guiño de humor, etc., son consideradas maniobras o estrategias de apoyo emocional; pero no, Psicoterapia en sí.

Las pseudo intervenciones arriba mencionadas no logran llegar a propiciar un cambio psíquico estable de una condición psicopatológica, lo que sí está demostrado ocurre, y es lo que se busca, con la psicoterapia propiamente dicha, tanto en sus modalidades Expresivas y de Apoyo de las Psicoanalíticamente orientada, como en la Terapia Cognitivo-Conductual, tal como lo hemos definido.

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

"Si no conozco una cosa, la investigaré."

Pasteur, Louis

1. Planteamiento del problema:

El problema que se plantea, se expresa de la siguiente manera:

¿Disminuirán los síntomas de Ansiedad y Depresión de las mujeres víctimas de violencia doméstica diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto, después de participar del Programa de Intervención Psicoterapéutico de Apoyo?

2. Objetivos Generales:

- 1) Determinar los diversos tipos de violencia y la sintomatología clínica que han experimentado las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- 2) Evaluar la efectividad de la Psicoterapia de Apoyo en mujeres víctimas de violencia doméstica que padecen de ansiedad y depresión.

3. Objetivos Específicos:

- Disminuir los niveles de Depresión de las mujeres víctimas de violencia doméstica después de participar del programa psicoterapéutico.
- Disminuir los niveles de Ansiedad Estado de las mujeres víctimas de violencia doméstica después de participar del programa psicoterapéutico.

- Evaluar los niveles de Depresión y de Ansiedad – Estado de las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Establecer la historia clínica y el diagnóstico Multiaxial de cada una de las Mujeres víctimas de violencia doméstica participantes de este estudio, para el análisis de casos individuales.
- Conocer las características socio demográficas e historia de la violencia de las mujeres víctimas de violencia domésticas participantes del estudio.
- Analizar si existen diferencias significativas entre las características socio demográficas de la muestra y la mejoría de la Ansiedad y Depresión.

4. Preguntas de Investigación

Para resolver el problema planteado, nos hemos formulado las siguientes preguntas investigativas.

- 1- ¿Es el Programa de intervención Psicoterapéutico de Apoyo eficaz en la atención de mujeres víctimas de violencia doméstica que padecen de Ansiedad y Depresión?
- 2- ¿Reducirán los niveles de Ansiedad- Estado después de participar del programa de intervención Psicoterapéutica de Apoyo?
- 3- ¿Reducirán los niveles de Depresión después de participar del programa de intervención Psicoterapéutica de Apoyo?
- 4- ¿Cuáles son las características socio demográficas y la historia de violencia experimentada por las participantes de la muestra?

5. Hipótesis:

5.1. Hipótesis de investigación

Las Mujeres víctimas de violencia doméstica diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto, que reciban Psicoterapia de Apoyo individual reportarán una disminución de los síntomas de Ansiedad y Depresión una vez culminado el tratamiento.

5.2 Hipótesis estadística

5.2.1. Hipótesis: ANSIEDAD Estado (AE)

Hipótesis Nula:

La media del nivel de Ansiedad estado que presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica del grupo experimental será mayor o igual que la media del grupo control después de recibir tratamiento con Psicoterapia de Apoyo.

$$H_0: \bar{X} G_1 \geq \bar{X} G_2$$

Hipótesis Alternativa:

La media del nivel de ansiedad estado que presentan las mujeres del grupo experimental será menor que la media del grupo control después de recibir tratamiento con Psicoterapia de Apoyo.

$$H_1: \bar{X} G_1 < \bar{X} G_2$$

Hipótesis: Pre test- de grupo experimental y grupo control.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hipótesis: Pre test y post-test de grupo experimental

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hipótesis: pre test y post- test del grupo control

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

5.2.2. Hipótesis Depresión (De)

Hipótesis Nula:

La media del nivel de Depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica del grupo experimental será mayor o igual que la media del grupo control, después de recibir el tratamiento con Psicoterapia de Apoyo.

$$H_0: \bar{X} G_1 \geq \bar{X} G_2$$

Hipótesis Alternativa:

La media del nivel de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica del grupo experimental será menor que la media del grupo control después de recibir tratamiento con Psicoterapia de Apoyo.

$$H_1: \bar{X} G_1 < \bar{X} G_2$$

Hipótesis: Pre test- de grupo experimental y grupo control.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hipótesis: Pre test y post-test del grupo experimental

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hipótesis: Pre test y post-test del grupo Control

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

$\bar{X} G_1$: **Media del grupo experimental**

$\bar{X} G_2$: **Media del grupo control en lista de espera**

6. Diseño de investigación:

Este estudio se realizó utilizando una intervención psicoterapéutica individual de apoyo, con la finalidad de promover una disminución de la sintomatología de Depresión y Ansiedad.

Es una investigación con diseño cuasi experimental con pre prueba, post prueba, grupo control en lista de espera y estudio de casos. Tal y como plantea Hernández Sampieri y otros

(2003), decimos que es un diseño cuasi experimental porque no contamos con los controles rigurosos que exigen los diseños de tipo experimental, en relación al grado de confiabilidad que pueda esperarse sobre la equivalencia inicial de los grupos

El grupo control o grupo en lista de espera, recibieron el tratamiento por cuestiones de responsabilidad y ética profesional una vez culminado el grupo experimental. Inicialmente los sujetos se asignaron al azar a los grupos, luego se les aplicó simultáneamente la pre-prueba. El grupo experimental recibió el tratamiento experimental, mientras que el otro grupo no, que será el grupo en lista de espera. Por último, se le aplica simultáneamente la post-prueba a ambos grupos para analizar los resultados y verificar la efectividad del tratamiento (Hernández, S., Fernández y Baptista; 2003).

Utilizamos también el método de estudios de casos, para analizar cada caso en particular y su vinculación con los resultados y efectividad del tratamiento. Para Kratochwill, Mott y Dodson, los estudios de casos son utilizados para evaluar la efectividad del tratamiento, donde el contexto, generalmente carece de controles experimentales. Estos autores plantean la efectividad de los mismos, pero el investigador debe planificar y manipular la extracción de datos e intervención, para así poder saber hasta dónde la intervención es la responsable del efecto obtenido.

Al establecer un estudio de casos se requiere tratarse con profundidad, buscando el completo entendimiento de su naturaleza, sus circunstancias, su contexto y sus características, es decir que se requieren de descripciones detalladas del caso en sí mismo y su contexto.

A continuación la descripción del diseño:

$$RG_1 \quad O_1 \quad X \quad O_2$$

$$RG_2 \quad O_3 \quad -- \quad O_4$$

Dónde:

R: asignación aleatoria.

G₁: grupo experimental.

O₁: aplicación de la pre-prueba al grupo experimental.

X: tratamiento.

O₂: aplicación de la post-prueba después del tratamiento al grupo experimental.

G₂: grupo en lista de espera.

O₃: aplicación de la pre-prueba al grupo en lista de espera.

--: ausencia de tratamiento.

O₄: aplicación de la post-prueba al grupo en lista de espera que no fue sometido a tratamiento.

7. Definición de las variables:

7.1 Definición conceptual de la variable independiente

Psicoterapia individual de apoyo:

Es una técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del Yo, en pacientes cuyo marco de referencia perceptivo se encuentran mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales. La finalidad de esta acción es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permite reducir o eliminar los síntomas que le generan ansiedad a través de mecanismos reforzadores. (Grimaldo, 1995).

Perales (1992), refiere que la Psicoterapia de Apoyo busca aliviar el Yo de sus emociones psicotóxicas (culpa, miedo, cólera, etc.), a fin de ubicar al paciente en su equilibrio Psicológico pre mórbido lo más cercano a él, a través de la reducción de los síntomas y de la guía adecuada en el manejo de los síntomas inmediatos. Todo esto en servicio de promover una mejor adaptación al mundo interno y al externo.

7.2 Definición operacional de la variable independiente

Una definición operacional específica qué actividades deben realizarse para medir una variable.

❖ **Psicoterapia individual de apoyo:**

El tratamiento dirigido al grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica consistió en una Psicoterapia individual de apoyo. Con una duración de 60 minutos, una vez por semana, por un total de doce sesiones.

El principal objetivo de esta intervención es lograr que cada paciente pueda adaptarse lo mejor posible a la situación que experimentaba, producto de su situación de violencia doméstica. Para llevar a cabo este tipo de intervención es necesario la creación de un ambiente de contención en el que pudieran hacer catarsis y recibir el apoyo oportuno, tomando en consideración las demandas individuales de cada caso. La meta propuesta fue incrementar las fortalezas yoica para lograr el fin ulterior de una mejor adaptación.

A continuación se presenta un breve bosquejo de las sesiones de Psicoterapia:

La Psicoterapia de Apoyo es una intervención centrada en la realidad, basada en metas directas y capaces de tener un gran poder e impacto en la vida del paciente. Nos apoyamos en la argumentación de Otto Kernberg para ampliar los objetivos de esta terapia. Según Kernberg (1989), el objetivo de la Psicoterapia de Apoyo es la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulsos/defensas, con un reforzamiento de las defensas adaptadas, así como de derivados pulsionales adaptados.

Según (Rockland, 1989), el fortalecimiento de las funciones del yo, es la meta principal de la Terapia de Apoyo y establece cuatro fases del tratamiento en la Psicoterapia de Apoyo:

FASE 1: Evaluación y Planeamiento

FASE 2: Etapa temprana del tratamiento

FASE 3: Etapa media del tratamiento

FASE 4: Etapa de la terminación

Se realizaron 12 sesiones, una vez por semana a razón de 60 minutos cada sesión. Antes de ubicar a las participantes en las sesiones de terapia cada paciente fue evaluada y entrevistada, es decir la aplicación del pre test a las participantes del grupo control y al grupo experimental para ubicar en terapia posteriormente.

La Psicoterapia de nuestro estudio fue diseñada en cuatro fases:

- 1- Etapa de Evaluación y Planeamiento (sesión 1- 3)
- 2- Etapa Inicial o temprana del tratamiento (sesión 4-6)
- 3- Etapa Intermedia del tratamiento (sesión 7-9)
- 4- Etapa Final o de terminación (sesión 10-12)

A continuación se presenta el diseño de las sesiones.

ETAPA DE EVALUACIÓN Y PLANEAMIENTO (SESIÓN 1 a 3)

Objetivo: realizar una evaluación clínica de la paciente y establecer el diagnóstico.

Tareas terapéuticas:

- Valoración de la psicopatología de la paciente, sus fortalezas, su ambiente social y su sistema de apoyo.
- Establecer el diagnóstico Multiaxial del DSM-IV.
- Análisis de los mecanismos de defensa.
- Valoración de las habilidades de la paciente, su motivación para entenderse a sí mismo y su interés en la introspección.
- Analizar las tendencias opuestas de convertir el conflicto psíquico en comportamiento (acting out) o en síntomas físicos (somatización).

ETAPA INICIAL O TEMPRANA DEL TRATAMIENTO (SESIÓN 4-6)

Objetivo: Establecer la alianza terapéutica y relación de empatía.

Identificar los principales patrones mal adaptativos, fortalezas y defensas que serán apoyadas.

Tareas terapéuticas:

- Motivar a la paciente a aceptar la terapia
- Valoración de la alianza terapéutica, así como el encuadre y la escucha terapéutica.
- Clarificar falsas ideas de la terapia
- Convencer a la paciente de que el terapeuta comprende su sufrimiento y es capaz de ayudarlo.
- Intento de definir una meta en la terapia y en la situación terapéutica.
- Utilizar la clarificación y confrontación para identificar las principales conductas positivas y negativas.
- El desarrollo del proceso de educación de la paciente.
- Ante conductas acting out se utilizara el establecimiento de límites y las prohibiciones para minimizarlo.
- Identificar las áreas sobre las cuales se trabajará en el futuro.

ETAPA INTERMEDIA DEL TRATAMIENTO (SESIÓN 7-9)

Objetivo: Establecer las causas y dinámica del desorden del paciente.

Traducir Insight y comprensión en acción

Establecer medidas correctivas

Tareas terapéuticas:

- Trabajar en los puntos de mayor trascendencia identificados durante la etapa temprana.
- Explorar frustraciones ambientales e impulsos o interpersonales a través de la entrevista.
- Manejo de los conflictos inconscientes que movilizan ansiedad
- Manejar las fuerzas que impiden el cambio
- Ayudar a la paciente a controlar la ansiedad y depresión
- Tratar de remover algún síntoma cuya corrección sea urgente.
- Seguir trabajando en la adaptación yoica.
- Los patrones, las conductas y las defensas mal adaptativas son abordados desde todos los puntos relevantes, trabajadas una y otra vez, clarificadas y confrontadas.

Simultáneamente los comportamientos y defensas adaptativas son apoyadas y fortalecidas.

- Análisis de la transferencia y contratransferencia.
- Utilización del elogio y gratificaciones transferenciales.
- De surgir algún tema en esta fase se añadirá a la tarea terapéutica como si hubiese sido identificado en la etapa temprana.

ETAPA FINAL O DE TERMINACIÓN (SESIÓN 10-12)

Objetivo: Terminar la terapia

Tareas terapéuticas:

- Analizar los elementos de dependencia en la relación terapeuta- paciente.
- Redefinir la situación terapéutica con el fin de alentar a la paciente a tomar sus propias decisiones y a establecer sus valores y metas.
- Volver a trabajar en los temas de mayor importancia, los cuales tienden a reaparecer con gran intensidad.
- Ayudar a la paciente a lograr tanta independencia y seguridad como sea posible.
- Trabajar sobre las reacciones de la paciente a terminar, sentimientos de pérdida, miedos al futuro y demás.

Al terminar las intervenciones, las participantes asistieron dos veces a sesiones de evaluación y aplicación de los instrumentos de medición, con el objetivo de valorar la efectividad de la terapia en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión. Dicha evaluación se efectuó un mes de terminado el tratamiento.

Al cabo de 18 días después de reevaluadas, fueron citadas para las citas de control y seguimiento, algunas de ellas que contaban con seguro social, fueron referidas al

Departamento de Salud mental para los posteriores controles conmigo, ya que yo laboro en dicha institución.

7.3 Definición conceptual de las variables dependientes

7.3.1. Ansiedad-estado:

Se refiere a una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetiva conscientemente percibido y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. (Spielberger, 1975).

7.3.2. Depresión:

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos /esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado siempre están presente síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somáticos. (Zung, 1986).

7.4 Definición operacional de las variables dependientes

Una definición operacional específica qué actividades deben realizarse para medir una variable.

7.4.1 Ansiedad - Estado:

Puntuaciones T igual o mayor de 50 obtenida en el Inventario de Ansiedad (IDARE): dimensión estado SXE, versión Español.

7.4.2. Depresión: puntuaciones T igual o mayor a 60 puntos, obtenida en la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

7.5. Variables Intervinientes:

- ✓ Edad: número de años cumplidos al momento de la investigación.
- ✓ Tipos de violencia: corresponde al tipo de violencia padecida.
- ✓ Apoyo familiar: el convivir con otros familiares.
- ✓ Nivel Educativo: grado académico actual de la participante.
- ✓ Condición Laboral: el poseer o no un empleo.

8 Población y muestra:

8.1 Población

Este estudio estuvo conformado por mujeres víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Santiago de Veraguas que presenten sintomatología de Ansiedad y Depresión, diagnosticadas con el trastorno Adaptativo Mixto, referidas por Psicólogos, Abogados y Trabajadoras Sociales de la localidad.

8.2 Muestra

El tipo de muestra utilizado fue no paramétrica. Se utilizó un muestreo por conveniencia, lo cual significa que el proceso de selección de los sujetos para el estudio se realizó de modo informal y arbitrario, e incluyó sólo aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, para efectos de nuestra investigación. (Kerlinger, 2002).

Se obtuvo una muestra de 14 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto. Posteriormente se procedió, dividiendo aleatoriamente 7 mujeres para el grupo experimental y 7 para el grupo control en lista de espera.

A todas las mujeres con este diagnóstico se les presentó una nota de consentimiento informado para su firma, mediante la cual aceptaron recibir el tratamiento.

8.3 Criterios de inclusión

1. Saber leer y escribir.
2. Reunir los criterios de síntomas de ansiedad y depresión, evaluados mediante los instrumentos seleccionados, que cumplan con el diagnóstico de Trastorno Adaptativo Mixto.
3. Estar padeciendo o haber padecido violencia doméstica en los últimos 6 meses o más.
4. Haber firmado la nota de consentimiento informado.
5. No estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por esta u otra condición.

8.4 Criterios de exclusión

1. No firmar la nota de consentimiento informado.
2. Dejar de asistir a 3 sesiones de psicoterapia.
3. Abandonar el programa antes de terminar.

9 Instrumentos de medición y evaluación:

Para la recolección de los datos, se utilizó los siguientes instrumentos:

9.1. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE, versión en Español del STAI: State-Trait –Anxiety Inventory).

Este Inventario está constituido por dos escalas separadas para medir dos dimensiones distintas de la Ansiedad. La Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo.

La escala Ansiedad Rasgo consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten generalmente. Esta escala es designada como SXR.

La escala Ansiedad Estado consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado y es designada como SXE.

La escala Ansiedad Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varían en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de ansiedad distintos de Ansiedad Estado.

Los investigadores pueden utilizar la escala de Ansiedad Estado para determinar los niveles reales de intensidad inducidos por procedimientos experimentales de tensión o bien, como un índice del nivel de pulsión.

Se ha demostrado que las calificaciones en la escala de Ansiedad Estado, se incrementan en respuestas a numerosos tipos de tensión y disminuye como resultado del entrenamiento en relajación. (Spielberger, 1975).

La escala de Ansiedad Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentado por clientes y pacientes en orientación y en Psicoterapia. Pueden también utilizarse para medir los cambios de intensidad de Ansiedad Estado que ocurre en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con ésta escala involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión.

Para efectos de nuestra investigación utilizaremos la escala de Ansiedad Estado. El IDARE está diseñado para ser autoaplicable tanto de forma individual como grupal, las instrucciones se encuentran impresas en el protocolo de ambas escalas.

Dicho inventario no tiene límite de tiempo. Sin embargo, generalmente se requiere entre 6 a 8 minutos para contestar cada escala y alrededor de 15 minutos para contestar ambas. El examinador debe en todo momento referirse al inventario y a sus escalas como el inventario de Autoevaluación evitando el término ansiedad.

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de 4 puntos.

La dispersión de posibles puntuaciones para el “Inventario de Auto Evaluación” varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala de Ansiedad Rasgo como para la Ansiedad Estado.

Las cuatro categorías para la escala Ansiedad Estado son:

1. No en lo absoluto
2. Un poco

3. Bastante
4. Mucho

Existen plantillas para la calificación manual de las escalas Rasgo y Estado del IDARE. Para la calificación de la escala, se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan valores numéricos a las respuestas que aparecen impresas en la clave de cada reactivo. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en un lugar conveniente del protocolo.

Dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa, proveen un índice adecuado de la confiabilidad de la escala Ansiedad Estado. Los coeficientes alfa para la escala de IDARE fueron calculados a partir de la formula K-R20 con la modificación introducida por Cronback (1951), utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad variaron de 0.83 a 0.92 para Ansiedad Estado y de 0.86 a 0.92 para Ansiedad Rasgo. Así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

9.2 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

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92, 6,20).

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión.

9.3 Entrevistas

Ficha de datos socio demográfico: recoge la información socio demográfica de las mujeres, la cual sigue formato autoaplicado.

La Entrevista Clínica del DSM-IV: la misma proporciona una descripción y criterios para los trastornos psiquiátricos, basados en el contenido del DSM-IV. Esta entrevista permite a su vez una historia clínica completa y toma en cuenta los criterios necesarios para un diagnóstico específico utilizando el diagnóstico multiaxial, con el establecimiento de los cinco ejes.

El modelo de la entrevista clínica del DSM-IV-R, permite establecer la evaluación mental de las participantes, así como poder determinar el estado mental de los mismos. Los datos recogidos mediante la entrevista clínica fueron organizados siguiendo el parámetro del registro de la historia clínica de Karl Menninger. La misma se divide en cinco (5) áreas:

1. **Planteamiento General del Problema**: es un estado de las circunstancias y razones por las cuales el paciente fue llevado por el examinador. En esta área se plantean los problemas del paciente, tal y como los ve él, como los ve la familia, cómo los ve el médico que lo refiere y cómo se presenta ante el examinador.
2. **Enfermedad presente**: suele comenzar siempre con una clausula adverbial del tiempo, relacionada con la fecha de admisión o la fecha de examen. Debe continuar en detalle, cronológicamente hasta el momento presente incluyendo los hechos o discusiones o reflexiones que encaminaron al paciente a consultar al Psicólogo.
3. **Historia Familiar**: en esta sección se describe las condiciones generales y particulares de tipo cultural, sociológica y familiar que caracterizaron el medio en el cual el paciente nació. Debe incluir el registro de las actitudes y características de la familia y de sus miembros. Se describen las relaciones paterno filiales, relaciones entre hermanos y el papel que cada persona desempeña en la crianza del paciente (relaciones objétales).
4. **Historia del Desarrollo**: esto se refiere al periodo del nacimiento a la vida adulta. Comprende la historia de la infancia, historia escolar y la niñez tardía y la historia del periodo de adolescente.
5. **Patrones Adultos de Ajuste**: incluye una evaluación de los patrones de trabajo, las actividades culturales y de juego, el ajuste social en general y el desarrollo sexual.

Mediante el establecimiento del diagnóstico Multiaxial logramos organizar la información pertinente a cada paciente, tomando en cuenta los cinco ejes diagnósticos.

Se utilizó también la evaluación del estado mental para un mejor ordenamiento respecto al grado de alerta, juicio, inteligencia, memoria y el estado de ánimo de cada paciente.

Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica: está basada en la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico de Labrador y Rincón (2002). Recoge información sobre el tipo, las características y las circunstancias del maltrato,

la historia previa de victimización o de enfermedad, la disponibilidad de redes de apoyo y la exposición a otros acontecimientos traumáticos, entre otros aspectos.

10. Limitaciones

- Una de las limitaciones que se encontraron en este estudio es que del total de mujeres víctimas de violencia domésticas referidas y que cumplían con los criterios de inclusión, 5 no pudieron participar por diversas razones. Tres de ellas consiguieron un empleo y no contaban con el tiempo disponible para recibir el tratamiento, las otras dos volvieron con sus parejas sentimentales y no consideraban necesario recibir la intervención. Ello nos demuestra que tan fuerte es la fase de Luna de Miel en estas víctimas.
- Ausencia de literatura actualizada e investigaciones similares a nivel de la provincia de Veraguas, lo que hizo necesario el viaje constante a las bibliotecas de la ciudad capital.
- Ausencia de instrumentos para la investigación con baremos latinoamericanos.
- Es importante mencionar que a nivel Psicoterapéutico al inicio algunas de las participantes mostraban cierta resistencia inicial, lo cual para nosotros no constituye una limitante, sino parte de la resistencia usual de quienes ingresan a tratamiento.

11. Procedimiento Estadístico:

Para el análisis estadístico de las escalas de Ansiedad Estado (IDARE) y Depresión (Zung), se utilizaron dos pruebas no paramétricas: la prueba de rangos de Wilcoxon y la U de Mann – Whitney para las muestras relacionadas.

Los datos se analizarán sobre la base de:

- **Estadísticas descriptivas**: mediante análisis de frecuencia, distribuciones, datos porcentuales, cuadros y gráficos.
- **Estadísticas Inferenciales**: para probar la hipótesis planteada utilizamos la prueba estadística no paramétrica: la prueba de Rangos de Wilcoxon y la U de Mann-Whitney.

Esta prueba evalúa si el grupo difiere entre sí de manera significativa respecto a sus medias, en la aplicación de los resultados de la pre-prueba y post prueba para ambos grupos. Se utilizó un nivel de significación de alfa 0.05.

El análisis de los resultados se realizó guiándonos con las preguntas de investigación formuladas y los objetivos de la investigación. Los datos estadísticos fueron analizados mediante el paquete XLSTAT, VERSIÓN 2013.

El estado emocional de las participantes, fue medido clínicamente basándose en la percepción subjetiva de cada una y utilizando el análisis de casos individuales. El análisis de esta variable se realizó de modo descriptivo y no estadístico.

12. Evaluación de los Resultados

En la primera parte del estudio se describió y se analizaron los datos obtenidos, y la literatura que apoya la fundamentación teórica de nuestro estudio.

Respecto a la intervención, para evaluar los resultados se han seguido los postulados de Worden, W. (1997) y Krtochwill et al, (1989). El primero indica que por lo general existen tres tipos de cambios que ayudan a evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico:

- La experiencia subjetiva: quienes han llegado al final de su tratamiento de manera conforme y segura, manifiestan subjetivamente sentirse diferentes. Reportan un aumento en la autoestima propia y reducción de culpa entre otros aspectos.
- La Conducta: los cambios conductuales que muchos sujetos experimentan suelen ser visibles, permitiéndoles establecer nuevas relaciones interpersonales.
- El alivio de síntomas: quizá sea este el indicador más importante al tomar en cuenta en el análisis de los resultados. Al finalizar el tratamiento los sujetos pueden reportar a cabalidad, grandes y significativas mejorías en lo concerniente a la aparición de síntomas negativos del problema o enfermedad.

CAPITULO IV

RESULTADOS

*“Los números hablan por sí mismos,
en términos de todo lo que hemos hecho”.*

Paul Rand

RESULTADOS

Este capítulo se ha dividido en dos partes: la primera, hace referencia a las características demográficas de las pacientes víctimas de violencia doméstica participantes en la investigación tanto del grupo experimental como control; y la segunda, se presenta el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación del programa de intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo.

1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por un total de 14 mujeres, divididas así: 7 para el grupo control y 7 para el grupo experimental. Todas las participantes de ambos grupos eran homogéneas en cuanto a las siguientes características:

- Mujeres residentes del distrito de Santiago, provincia de Veraguas
- Víctimas de violencia doméstica.
- Sintomatología asociada a altos niveles de ansiedad y depresión
- Diagnosticadas con el trastorno Adaptativo Mixto
- Sometidas a evaluación psicológica inicial para determinar el diagnóstico.

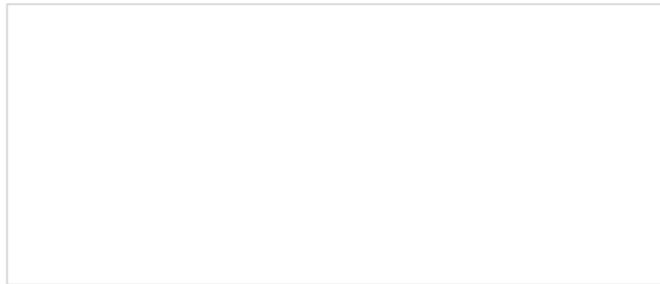
A continuación se presenta las tablas de Datos sociodemográficos de la muestra del grupo experimental y del grupo control.

PACIENTE	EDAD	RELIGION	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	Nº DE HIJOS	TIPO DE VIOLENCIA
N.P	27	Católica	Universitaria	Unida	Ama de casa	4	Física Psicológica
A.R	31	Católica	Secundaria completa	Unida	Cajera supermercado	3	Física Psicológica Sexual
R.R	44	Cristiana	Universitaria	Casada	Ama de casa	5	Física Psicológica
M.L	21	Católica	Secundaria incompleta	Casada	Mensajera	1	Psicológica
T.F	29	Cristiana	Secundaria incompleta	Unida	Maestra preescolar	2	Física Psicológica
L.M	43	Evangélica	Universidad incompleta	Casada	Vendedora de Avón	4	Física
A.M	49	Evangélica	Universitaria	Unida	Lic. Recursos Humanos	1	Física Psicológica Sexual

Fuente: Yovanna Ortega (2013)

A continuación presentamos las gráficas demográficas pertenecientes al grupo experimental.

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN EDAD: 2012-2013.

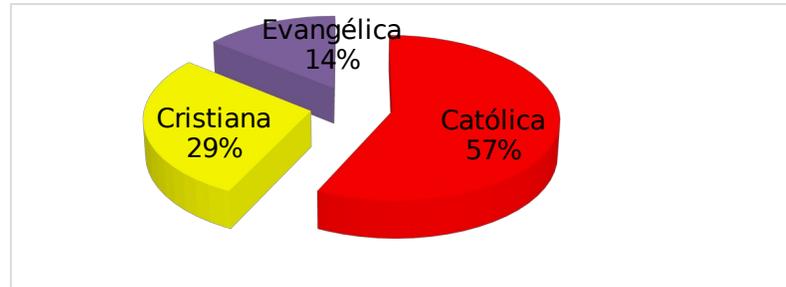


Fuente: Yovanna Ortega 2013

Esta gráfica nos muestra que el porcentaje mayor con un 30% de las participantes de la investigación tenían una edad de 30 años. Mientras que el resto de las edades oscilaban en un 14%. Este resultado nos hace ver que la edad promedio de las mujeres víctimas de violencia

doméstica se encontraban en un rango de edad catalogado como joven y productiva, ya que en su mayoría tenían 30 años de edad.

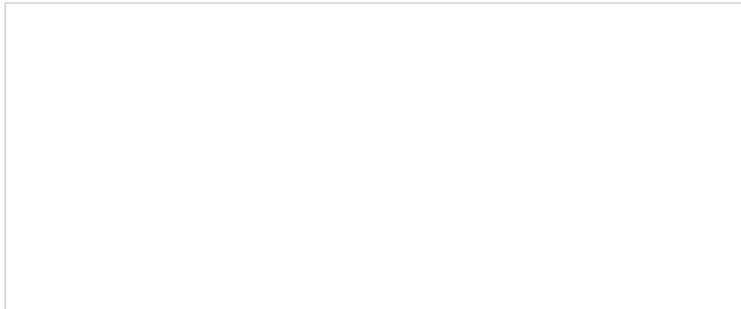
GRÁFICO N° 2: CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN RELIGIÓN: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

De acuerdo a la entrevista de datos socio demográficos realizada a las participantes, encontramos que el 57% respondió profesar la religión Católica, mientras que el 29% es Cristiana y un 14% son Evangélicas.

GRÁFICO N° 3: CATEGORIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN ESCOLARIDAD: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Se destaca un 58% que cuenta con estudios Universitarios, mientras el resto se divide 14% para las que han cursado secundaria completa, secundaria incompleta y primaria completa.

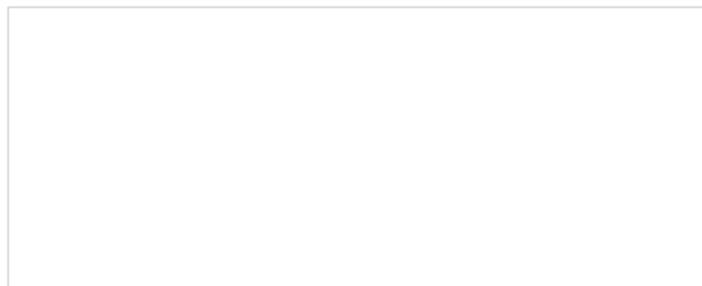
GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN ESTADO CIVIL AL MOMENTO DE LA AGRESIÓN: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013

Esta gráfica nos presenta que el estado civil de la relación mantenida con el agresor, el 57% eran casadas, mientras que un 43% estaban unidas al momento del episodio de violencia. Hacemos la aclaración que de las 7 mujeres, 5 estaban separadas de los esposos al momento de participar de la investigación y 2 de ellas convivían con el esposo bajo el mismo techo. Sin embargo, el dato sociodemográfico buscaba conocer el estado civil al momento del episodio violento.

GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN OCUPACIÓN: 2012-2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos presenta que la ocupación actual más representativa de las mujeres es ama de casa con un 30%. Mientras que el resto de las ocupaciones destaca un 14%.

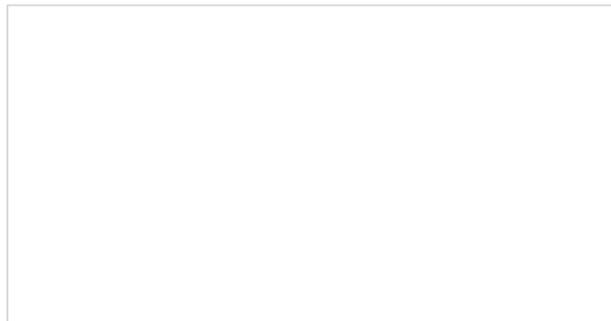
GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos presenta que el número mayor de hijos lo tienen las amas de casa con un total de 7, luego mercaderista con 3 hijos, maestra de preescolar e independiente con 2 hijos, oficial de crédito 1 hijo, y una participante con ocupación de licenciada en informática no tenía hijos al momento de la investigación.

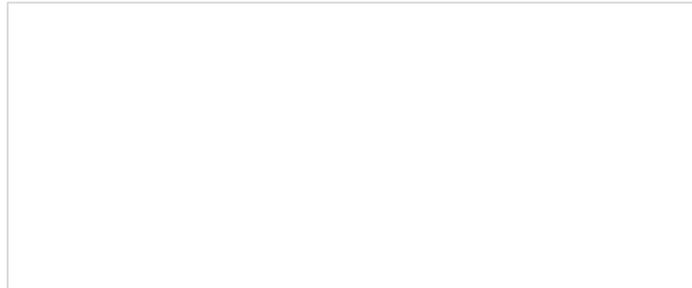
GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE MALTRATO DOMÉSTICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013

Como apreciamos en la gráfica, la mayoría de las participantes en esta investigación reportaron haber padecido violencia doméstica de tipo Física y Psicológica con un 72%, un 14% dijo que física, psicológica y patrimonial y un 14% también reportó haber sufrido Psicológica y Sexual.

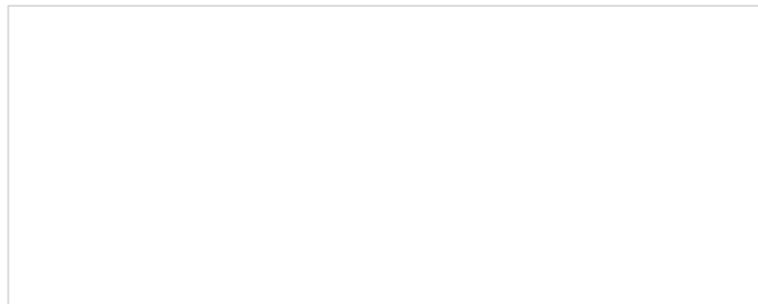
GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN EDAD: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos dice que hubo una proporción pareja entre las edades de las participantes. El rango de edad oscila entre los 21 a las 44 años.

GRÁFICO N° 9: CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN RELIGION: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

De acuerdo a la entrevista de datos socio demográficos realizada a las participantes, encontramos que el 43% respondió profesar la religión Católica, mientras que el 29% es Evangélica y el 28% es Cristiana.

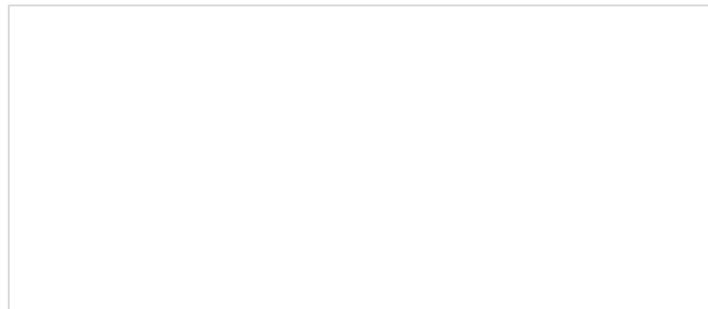
GRÁFICO N° 10: CATEGORIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN ESCOLARIDAD: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos indica que del total de las participantes del grupo control, el 43% posee escolaridad universitaria completa, un 14% universidad incompleta, el 29% posee secundaria incompleta y un 14% ha culminado la secundaria.

GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN ESTADO CIVIL: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Como se presenta en la gráfica, el 43% de las participantes del grupo control del estudio estaban casadas y un 57% reportaron estar unidas.

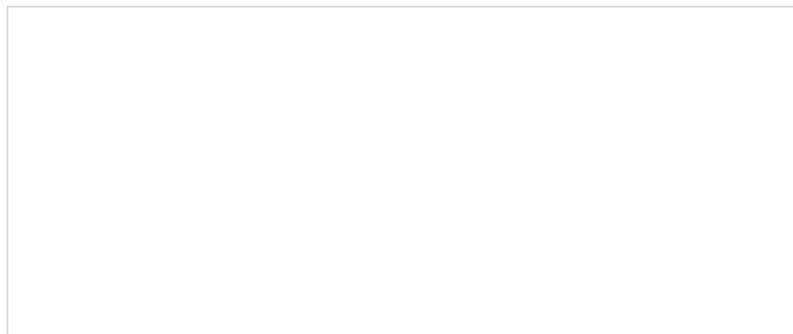
GRÁFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN OCUPACIÓN: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

En la gráfica podemos observar que del total de las mujeres participantes del grupo control, el 30% reportó ser ama de casa, mientras el resto de los porcentajes se distribuyó 14% para cada una de las demás ocupaciones: cajera de supermercado, mensajera, maestra de preescolar, vendedora de avon y Lic. en Recursos Humanos.

GRÁFICO N° 13: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

En esta gráfica se representa la cantidad de hijos de las participantes del grupo control según ocupación. Las amas de casa reflejaron un total de 9 hijos, cajera de supermercado 3, mensajera 1, maestra de preescolar 2, vendedora de avon 4 y Lic. en Recursos Humanos 1 hijo.

GRÁFICO N° 14: DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO OBJETO DE MALTRATO DOMÉSTICO DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA: 2012- 2013.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos presenta el nivel de porcentajes de los diversos tipos de violencia doméstica, reportadas por las participantes del grupo control. Se presenta aquí que el 43% de las víctimas habían experimentado violencia física y psicológica, 29% de ellas reportó haber vivido violencia física, psicológica y sexual, 14% reportaron haber sufrido solamente violencia física y 14% refiere haber experimentado solamente violencia psicológica.

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

2.1 PRUEBA DE HIPOTESIS ANSIEDAD ESTADO

TABLA N° 3

2.1.1 IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pre-test del grupo experimental y grupo control para la subescala de Ansiedad/Estado.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
A/E Pre test G.E.	64	65	68	73	69	67	69
A/E Pre test G C.	68	61	60	68	62	69	70

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ **Cálculo del estadístico de la prueba:** Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral: para muestras independientes (G.E y G.C)

V	34.500
Esperanza	24.500
Varianza (U)	60.577
p-valor (bilateral)	0.222
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no podemos rechazar la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, rechazamos la (H_1) y se acepta la (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0), cuando es verdadera es mayor que el 22.22 %.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5%, los puntajes obtenidos en la subescala Ansiedad /Estado, no varían significativamente para el pre test del grupo experimental y grupo control.

TABLA N° 4

Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad/Estado-Pre test Grupo Experimental y Grupo Control.

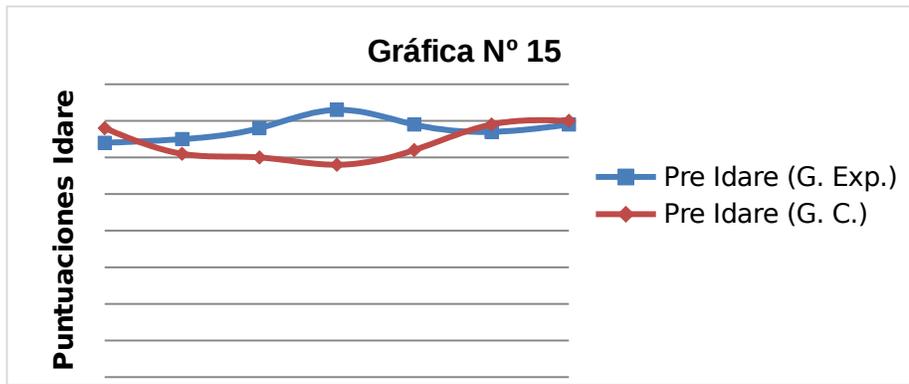
Variables	Observaciones	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media	Desviación Típica
PRE T IDARE(GE)	7	64.000	73.000	67.857	2.968
PRE T	7	58.000	70.000	64.000	4.865

IDARE(GC
)

GRAFICA N°15

IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pretest del grupo experimental y grupo control para la subescala de Ansiedad/Estado.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos muestra que las puntuaciones de la subescala Ansiedad/Estado en el pre-test del grupo experimental y el grupo control, no refleja una diferencia estadísticamente significativa. Esto es debido a que las participantes tenían características similares, propias de los criterios de inclusión, que las hacen elegibles para ambos grupos y aún no habían sido sometidas a tratamiento.

TABLA N° 5

2.1.2 IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pre-test y post- test del grupo experimental para la subescala de Ansiedad /Estado.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
A/E Pre	64	65	68	73	69	67	69

test G.E.							
A/E Post test G E	39	29	42	46	37	60	43

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba: prueba de Wilcoxon de los rangos signados/ Prueba bilateral: muestras apareadas

V	28.000
Esperanza	14.000
Varianza (U)	34.875
p-valor (bilateral)	0.022
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, se acepta la (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0), cuando es verdadera es inferior que el 2.23 %.

Conclusión: A un nivel de significancia del 0.05, los puntajes obtenidos establecen que existe diferencias significativas entre los puntajes pre test y post test en la subescala Ansiedad /Estado del grupo experimental.

TABLA N° 6

Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad/Estado-Pre test y Post- test del Grupo Experimental.

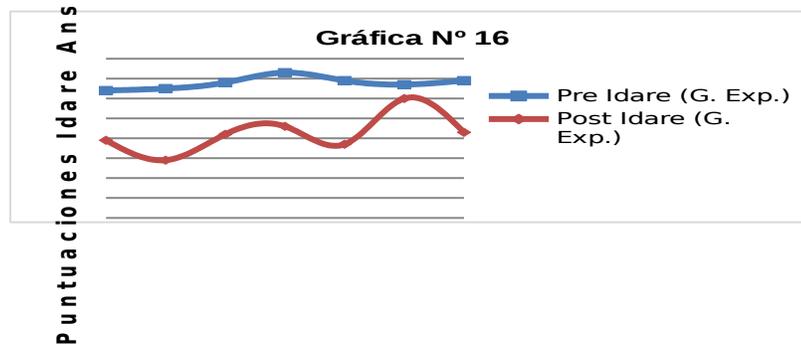
Variables	Observaciones	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media	Desviación Típica
PRE T	7	64.000	73.000	67.85	2.968

IDARE(G E) PRE T					7
IDARE(G C)	7	29.000	60.000	42.28	6 9.517

GRAFICA N° 16

IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pre-test y post- test del grupo experimental para la subescala de ansiedad/Estado.



Esta gráfica nos muestra que las puntuaciones de la subescala Ansiedad / Estado en el pre test son significativamente diferentes que las obtenidas en el post-test. Vemos una disminución en casi todas las participantes del programa de intervención Psicoterapéutica individual de apoyo, una vez recibido el tratamiento. A diferencia de la paciente M que obtuvo un puntaje medio.

TABLA N° 7

2.1.3 IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pre-test y post- test del grupo control para la subescala de Ansiedad/Estado.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
A/E Pre test G.C.	68	61	60	68	62	69	70
A/E Post	65	58	68	68	62	69	70

test G C.							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala Ansiedad/Estado obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados/ Prueba bilateral: muestras apareadas

V	3.000
Esperanza	3.000
Varianza (U)	3.375
p-valor (bilateral)	1.000
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0), cuando es verdadera es de 100.00%.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5%, los puntajes obtenidos establecen que no existe diferencias significativas entre los puntajes pre test y post test en la subescala Ansiedad /Estado del grupo control.

TABLA N° 8

Estadísticas Descriptivas: comparación Ansiedad/Estado-Pre test y Post- test del Grupo Control.

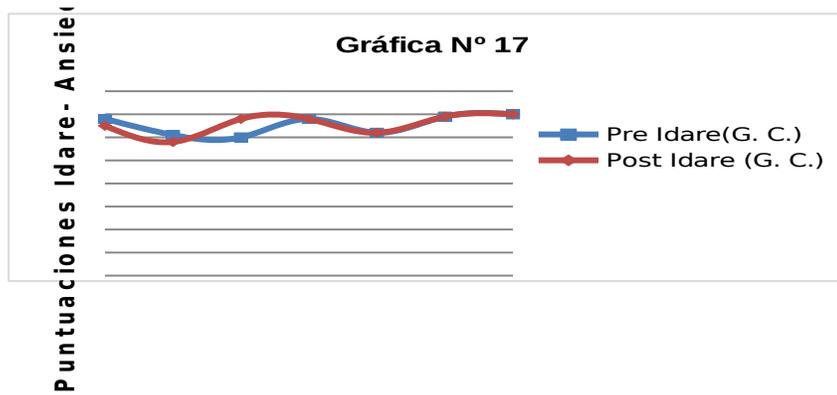
Variables	Observaciones	Puntuación	Puntuación	Media	Desviación
-----------	---------------	------------	------------	-------	------------

		Mínima	Máxima		Típica
PRE T-TEST					
A/E(GC)	7	60.000	70.000	65.429	4.237
POST T					
A/E(GC)	7	58.000	70.000	65.714	4.348

GRAFICA N°17

IDARE- ANSIEDAD ESTADO:

Comparación entre el pre-test y post- test del grupo control para la subescala de Ansiedad/Estado.



Fuente: Yovanna Ortega 2013

Si observamos la gráfica, podemos comprobar que las puntuaciones obtenidas por las participantes pertenecientes al grupo control, en el pre-test no muestran diferencias en relación a las obtenidas en el post test en el Idare. Dichos resultados nos indican que el no haber recibido tratamiento a influido en que las participantes obtuvieran puntajes iguales o similares en el post-test.

2.2 PRUEBA DE HIPOTESIS: DEPRESIÓN

TABLA N° 9

2.2.1 ZUNG- DEPRESIÓN:

Comparación entre el pre-test del grupo experimental y grupo control para la escala de Depresión.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
--------	---	---	---	---	---	---	---

Depresión Pre test G.E.	69	61	71	78	67	79	80
Depresión Pre test G.C.	68	63	70	65	74	72	70

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral: para muestras independientes (G.E y G.C)

V	31.000
Esperanza	24.500
Varianza (U)	61.115
p-valor (bilateral)	0.443
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no podemos rechazar la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, rechazamos la (H_1) y se acepta la (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 44.28 %.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Depresión, no varían significativamente para el pre test del grupo experimental y grupo control.

TABLA N° 10

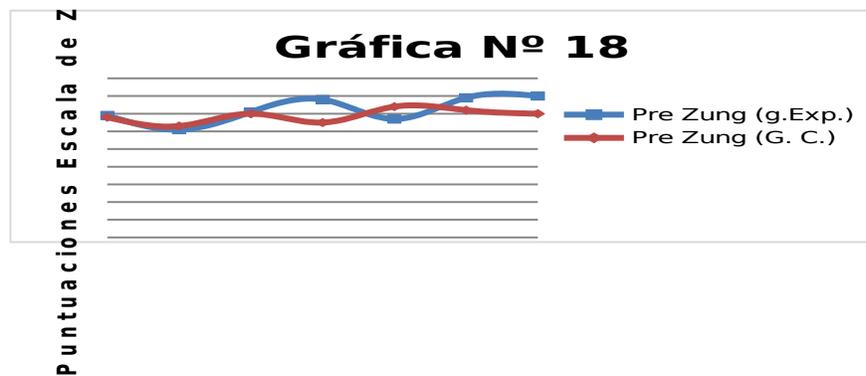
Estadísticas Descriptivas: comparación Depresión-Pre test Grupo Experimental y Grupo Control.

Variables	Observaciones	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media	Desviación Típica
PRE T ZUNG(GE)	7	61.000	80.000	72.143	7.128
PRE T ZUNG(GC)	7	63.000	74.000	68.857	3.848

GRAFICA N°18

ZUNG- DEPRESIÓN:

Comparación entre el pretest del grupo experimental y grupo control para la escala de Depresión.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Esta gráfica nos muestra que las puntuaciones de la subescala Depresión en el pre-test del grupo experimental y el grupo control, no refleja una diferencia estadísticamente significativa. Esto es debido a las participantes tenían características similares, propias de los criterios de inclusión, que las hacen elegibles para ambos grupos y aún no habían sido sometidas a tratamiento.

TABLA N° 11

2.2.2 ZUNG- DEPRESIÓN:

Comparación entre el pre – test y post-test del grupo experimental para la escala de Depresión.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Depresión Pre test G.E.	69	61	71	78	67	79	80
Depresión Post test G E.	34	35	39	49	38	65	44

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ **Cálculo del estadístico de la prueba:**

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral: para muestras apareadas.

V	28.000
Esperanza	14.000
Varianza (U)	34.875
p-valor (bilateral)	0.022
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, se acepta la (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 2.23 %.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5%, podemos decir que la distribución entre las muestras de los sujetos, antes y después del tratamiento, es diferente.

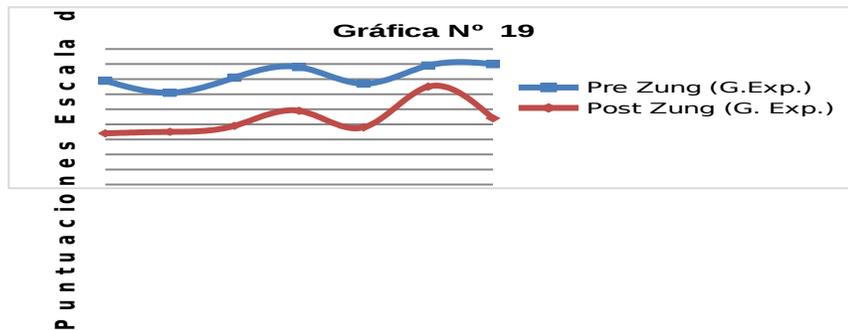
TABLA N° 12

Estadísticas Descriptivas: comparación entre el -Pre test y Post-test del Grupo Experimental para la escala Depresión.

Variables	Observaciones	Puntuación		Desviación	
		Mínima	Máxima	Media	Típica
PRE -T					
ZUNG(GE)	7	61.000	80.000	72.143	7.128
POST- T					
ZUNG(GE)	7	34.000	65.000	43.429	10.845

GRAFICA N°19**ZUNG- DEPRESIÓN:**

Comparación entre el pre – test y post-test del grupo experimental para la escala de Depresión.



Fuente: Yovanna Ortega 2013

Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en el pre-test y post-test de la aplicación de la escala de Zung para la Depresión del grupo experimental. Se puede comprobar que el puntaje de los sujetos en el post-test es significativamente diferente a nivel positivo, en comparación a la puntuación obtenida en el pre-test.

TABLA N° 13**2.2. 3 ZUNG- DEPRESIÓN:**

Comparación entre el pre – test y post-test del grupo Control para la escala de Depresión.

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Depresión Pre test G.C.	68	63	70	65	74	72	70
Depresión Post test G C.	71	63	69	63	73	75	70

Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la escala Depresión, obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral: para muestras apareadas.

V	6.000
Esperanza	7.500
Varianza (U)	13.500
p-valor (bilateral)	0.785
alfa	0.05

Decisión: como el p-valor calculado, es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, se acepta la (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 78.55 %.

Conclusión: A un nivel de significancia del 5%, podemos decir que la distribución entre las muestras de los sujetos, antes y después del tratamiento, no es diferente.

TABLA N° 14

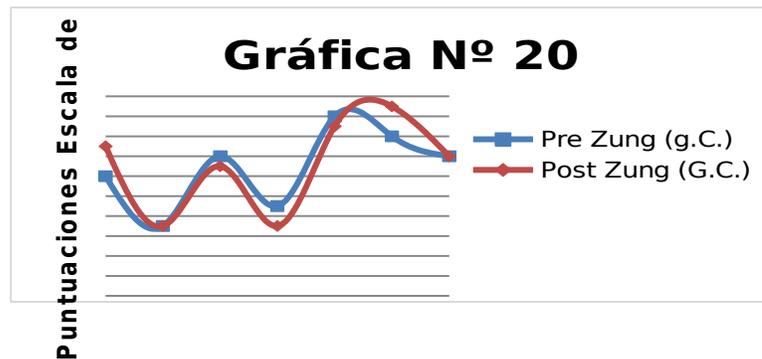
Estadísticas Descriptivas: comparación entre el -Pre test y Post-test del Grupo control para la escala Depresión.

Variables	Observaciones	Puntuación		Media	Desviación Típica
		Mínima	Máxima		
PRE -T					
ZUNG(GC)	7	63.000	74.000	68.857	3.848
POST- T					
ZUNG(GC)	7	63.000	75.000	69.143	4.634

GRAFICA N°20

ZUNG- DEPRESIÓN:

Comparación entre el pre – test y post-test del grupo Control para la escala de Depresión.



Fuente: Yovanna Ortega 2013.

Tal y como observamos en la gráfica, los puntajes obtenidos en el pre-test por las participantes en este estudio, pertenecientes al grupo control, no reflejaron una disminución en el post-test en el puntaje obtenido en la escala de Zung para la Depresión. Lo cual nos indica que tanto en la primera medición o evaluación obtuvieron puntajes iguales o similares a una segunda evaluación. Por lo tanto, no hubo diferencia significativa en el grupo control.

3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La hipótesis principal del estudio, plantea que:

“Las Mujeres víctimas de violencia doméstica diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto, que reciban Psicoterapia Individual de Apoyo reportarán una disminución de los síntomas de Ansiedad y Depresión una vez culminado el tratamiento”.

Por lo tanto, se analizará el comportamiento de las variables: Ansiedad y Depresión. Adicional a ello plantearémos los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos en la encuesta Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica de Labrador y Rincón, 2002.

3.1 Análisis de las Variables.

3.1.1 Ansiedad: Cuestionario de Ansiedad Estado (IDARE)

Basándonos en la descripción estadística hecha anteriormente, el instrumento utilizado para evaluar la sintomatología ansiosa es el IDARE, analizaremos los resultados obtenidos en la escala de Ansiedad Estado:

3.1.1.1 Análisis del comportamiento de la variable Ansiedad /Estado: los resultados obtenidos en esta escala, dieron a conocer que las mujeres evaluadas antes y después de la intervención psicoterapéutica tuvieron una disminución significativa, en lo que concierne a los síntomas de nerviosismo, ansiedad, preocupación y tensión; demostrando así un incremento de sentimientos de bienestar. A diferencia de aquellas mujeres que formaron parte del grupo control que fueron evaluadas antes y después; pero, no se sometieron a tratamiento.

El cuestionario de Ansiedad IDARE aplicado a las mujeres víctimas de violencia doméstica, diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto que participaron de nuestra investigación, determinó que fueron sensibles al tratamiento Psicoterapéutico de Apoyo, por lo que existe una disminución significativa en la sintomatología ansiosa en cuanto a intensidad, frecuencia y sentimientos subjetivos. Siendo beneficiadas por la Psicoterapia.

3.1.2 Depresión: Escala de Depresión Zung

Basándonos en la descripción estadística hecha anteriormente, el instrumento utilizado para evaluar la sintomatología depresiva es la escala de Zung, analizaremos los resultados obtenidos en la escala de Depresión:

3.1.2.1 Análisis del comportamiento de la variable Depresión

Según, el análisis estadístico realizado con anterioridad, la escala ZUNG para la Depresión permitió conocer la puntuación obtenida de las participantes antes y después de ser aplicado el tratamiento. Este instrumento nos permite conocer el nivel de la sintomatología depresiva de los sujetos.

La escala de Zung, de forma general, da a conocer que las 7 mujeres que participaron en el programa Psicoterapéutico de Apoyo, evidenciaron una mejoría en la sintomatología depresiva, en cuanto a la aparición y el grado de afectación. El análisis de esta información nos muestra que el grado de afectación en el estado de ánimo cambió de manera importante.

La aplicación del postest de la escala de Zung, demuestra que las mujeres experimentaron una disminución significativa en sus niveles de depresión asociados a la situación de violencia doméstica y problemas de pareja que habían vivido; a diferencia de aquellas que pertenecían al grupo control y no se les aplicó el tratamiento en ese mismo momento.

Al considerar los datos descritos anteriormente de manera cuantitativa y cualitativa, nos permite plantear que existen evidencias suficientes, para concluir que la hipótesis principal, establecida desde los inicios de nuestra investigación, es aceptada. Por lo cual podemos afirmar que el Programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo, aplicado a mujeres víctimas de violencia doméstica, surgió efecto, causando una disminución significativa en la sintomatología ansiosa y depresiva, mejorando de esta forma el estado emocional de las participantes del Programa Psicoterapéutico.

Tal y como se presentó en los datos anteriores, al comparar los resultados de las mujeres del grupo experimental, participantes del programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo mostraron una diferencia significativa en la mejoría de los síntomas ansiosos y depresivos

obtenidos al evaluar mediante el post test, en relación con los resultados de las participantes del grupo control que no se sometieron a tratamiento.

3.2 Análisis de la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica (Labrador y Rincón, 2002).

En este apartado pretendemos presentar el análisis de los aspectos cualitativos más significativos encontrados en la muestra, a través de esta entrevista. No obstante, los datos completos se mencionan en el estudio de casos presentados en el anexo.

Las mujeres víctimas de violencia doméstica, que participaron del programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo destacaron el haber experimentado luego del episodio de violencia: insomnio, baja autoestima, ansiedad, depresión, estrés, miedo, falta de concentración, tristeza, sentimientos de culpa, ira, enojo y frustración. Estos sentimientos nos indican que a nivel emocional el hecho violento ocasiona daños en la salud mental de quienes lo viven directamente y de aquellos que tiene un rol pasivo de observador indirecto, tal es el caso de los hijos que tarde o temprano terminan ejerciendo el rol de víctima o agresor.

Es importante mencionar, que 6 mujeres participantes del grupo experimental destacaron haber presenciado violencia doméstica en sus hogares de orígenes. En algunos casos los episodios violentos eran ocasionados por un padre o padrastro, siendo la madre la víctima. Añaden que sus esposos también han vivido violencia en sus hogares de orígenes y algunos sufren de alcoholismo. Estos resultados apoyan las investigaciones de (Rosenbaum & O'Leary (1981), al plantear que los niños que han sido expuestos a episodios violentos en la infancia en sus hogares, corren mayor riesgo de tolerar el abuso posteriormente o desarrollar agresividad.

El 72% de las participantes reportan haber sido víctimas de violencia de tipo Físico y Psicológico, lo cual nos indica que el flagelo de la violencia doméstica deja grandes huellas a nivel externa e interna o emocional. El resto de las participantes reportan padecer con un 14% de violencia física, psicológica y patrimonial y el restante 14% psicológica y sexual.

Las manifestaciones de violencia reportados por las participantes están: los empujones, golpes con puños, pies y otros objetos (palos, sillas, zapatos), insultos, alones de cabellos,

descalificaciones, burlas enfrente de terceros (hijos u otras personas), privación de dineros, ausencia de expresión de afectos, forzar a tener relaciones en contra de su voluntad.

Al recordar los hechos violentos muchas de las participantes expresaron sus sentimientos de tristeza, ira, rencor, miedo al esposo y a volver a experimentar este episodio, estrés, frustración, sentimientos de culpa, arrepentimiento, decepción, ambivalencia afectiva.

De las 7 mujeres, 5 se encontraban separadas del esposo al momento de recibir la terapia y 2 convivían bajo el mismo techo; estos señores se encontraban recibiendo tratamiento psicológico como medida curativa impuesta por el Juzgado de Garantías.

Cabe destacar que luego de padecer violencia doméstica, 5 mujeres habían interpuesto la denuncia en las instancias pertinentes y una de ellas la retiró en medio del proceso por lástima al esposo, expresó.

Reportan haber recibido asistencia legal y social para el manejo de este problema intrafamiliar, en su mayoría han contado al menos con un familiar (primas, tías, madres), amistad, abogado/a en algunos casos.

Al conversar acerca de posibles intentos o pensamientos persistentes de suicidio, podemos destacar que solamente una de ellas expresó haber tenido hace algún tiempo ideas de suicidio cuando el problema de violencia llegó a agudizarse. Es importante decir que esta participante en el post test fue la que menos ganancias obtuvo tanto en la medición de ansiedad y depresión; por tal motivo, fue derivada a Psiquiatría.

Al abordar los aspectos esperanzadores a través del Programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo, estas mujeres mostraron su anuencia a participar, esperando conseguir: tranquilidad, paz, claridad en su toma de decisiones, sentirse mejor, sentirse apoyadas y sobre todo mejorar la angustia, ansiedad, depresión y desesperanza que ocasiona la violencia doméstica.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio buscaba comprobar la efectividad de una Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto, tendiente a mejorar la sintomatología de ansiedad y depresión. Partiendo de esto, haremos un recuento del estudio y de sus resultados incluyendo las implicaciones de los mismos.

Los resultados de esta investigación apoyan la hipótesis respecto a la disminución de los síntomas ansiosos depresivos de las participantes del grupo experimental, luego de aplicado el Programa de Psicoterapia Individual de Apoyo y comparado con los resultados de la muestra del grupo control que no sufrió variaciones, al no ser expuesta a tratamiento alguno.

Al analizar el proceso terapéutico, podemos decir que a través de lo observado en todas y cada una de las sesiones de terapia realizadas con las participantes, se evidenció una mayor adaptación emocional, expresión de sentimientos y manejo de su estado emocional. Para lograr esto fue de gran utilidad, reforzar en las mujeres los mecanismos de afrontamientos con los que contaban, la adherencia al tratamiento, ya que su inseguridad emocional ocasiona que abandonen el mismo y vuelvan al ciclo vicioso de la violencia de forma inconsciente.

Para esto, además fue necesario establecer una buena relación psicoterapéutica, la cual da paso a que las participantes se sintieran cómodas, acompañadas, apoyadas, con libertad de expresar sus tristezas, miedos, temores usuales, sentimientos de culpa, ambivalencias y deseos. De igual forma una adecuada alianza terapéutica, la escucha atenta de sus necesidades, hace que las pacientes sientan que existe un interés verdadero por su bienestar, lo cual constituye un verdadero apoyo para ellas.

Casi todas las mujeres mostraron una disminución significativa en sus niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, una paciente logró disminuir la intensidad de los síntomas, más no eliminarlos. Esta disminución se evidenció en el grado de afectación de la sintomatología y no en la ocurrencia de la misma. No debemos perder de vista que los objetivos de la intervención Psicoterapéutica de Apoyo son la disminución y el alivio de síntomas emocionales, reestructuración funcional, aumentar la autoestima y reforzar el Yo del paciente.

Hemos concluido que el programa logró cambios significativos en cuanto a las condiciones emocionales asociadas a los episodios de violencia doméstica. Se produjo una disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. Podemos plantear que la sintomatología ansiosa- depresiva es producto de los episodios de violencia doméstica a la que estas víctimas se enfrentan contantemente. Sin embargo, la historia de violencia familiar en la niñez, pérdidas importantes en esa etapa y el manejo inadecuado de los episodios de violencia actuales, tienden a predisponer a una sintomatología agravada.

El estado de ansiedad y los niveles de depresión disminuyó debido a que las pacientes pudieron explorar sus emociones, fortalecer sus defensas, manejar su angustia, y fortalecer su Yo. Dichos estados emocionales ya no eran igual que al principio, ya que contaban con nuevas herramientas tanto psicológicas, como de empoderamiento para manejar su realidad. El cambio en los sentimientos de culpa y vergüenza trae consigo un incremento de la autoestima y el auto concepto de la paciente.

A continuación enunciamos algunos de los cambios que produjo el Programa de Intervención Psicoterapéutico de Apoyo en mujeres víctimas de violencia doméstica, diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto:

- Las participantes del programa refieren sentir una mejoría con respecto a sus estados emocionales.
- Presentaron cambios a nivel de autoestima y auto concepto.
- Disminución significativa de la sintomatología de Ansiedad y Depresión, validada a través del análisis de las puntuaciones del pre test y post test del grupo control y grupo experimental.
- Las participantes desarrollaron estrategias de afrontamiento, con las cuales pueden hacer frente a situaciones estresantes, ambientales, familiares y/o personales.
- Luego de recibir la terapia fueron capaces de expresar sentimientos, pensamientos y deseos.
- Se logró una adecuada adherencia al tratamiento, lo cual facilita el trabajo terapéutico.

- Fortalecimiento del Yo de la paciente.
- Se eliminó la tendencia a culpabilizarse y visualizar la responsabilidad de la situación en su actuar.

Luego de todos estos puntos, estamos en capacidad de plantear que el Programa de Intervención Psicoterapéutico Individual de Apoyo con orientación Psicodinámica, para mujeres víctimas de Violencia Domésticas, logró sus objetivos.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar la Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo con mujeres víctimas de violencia doméstica y de haber llevado a cabo el análisis de los resultados obtenidos, podemos concluir que:

1. La violencia doméstica constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, el cual necesita ser abordado desde todas las perspectivas y grupos interdisciplinarios, ya que afecta a cualquier grupo social indistintamente.
2. Las manifestaciones clínicas que más se obtuvieron en la muestra estudiada fueron: sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión, culpa, ambivalencia afectiva, y temores hacia ciertos aspectos de independencia.
3. Los resultados obtenidos en el post-test aplicados a las participantes del grupo experimental, evidencia que la Psicoterapia de Apoyo, ayuda a mejorar el estado emocional de las mujeres víctimas de violencia doméstica.
4. El tratamiento recibido contribuyó a la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva presente en las mujeres víctimas de violencia doméstica, diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto.
5. Las mujeres víctimas beneficiadas en nuestro estudio lograron establecer mejorías en los aspectos tanto subjetivos como conductuales, de manera progresiva a lo largo del tratamiento. Dichos cambios fueron mantenidos y corroborados en la sesión de seguimiento, evaluados un mes después.
6. El establecimiento de una relación terapéutica inmersa en la transferencia positiva, facilita el desarrollo del proceso terapéutico y contribuye a que las pacientes logren culminar el periodo de tratamiento.
7. En el análisis de las puntuaciones obtenidas por las participantes del grupo control, encontramos que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el resultado del post-test respecto a los obtenidos en el pre-test. Ello obedece a que estas participantes no recibieron el tratamiento Psicoterapéutico simultáneamente con el grupo

experimental, para establecer la comparación de ambos grupos. Cabe destacar que por aspectos éticos las mujeres participantes del grupo control o en lista de espera también recibieron el tratamiento una vez culminado con el grupo experimental.

8. El establecimiento de una buena alianza terapéutica con las mujeres víctimas de violencia doméstica, diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto, afecta positivamente en la mejoría de los síntomas tratados. El establecimiento de una relación de respeto ayudó a que las mujeres recuperaran su autoestima, su autoconcepto y así lograran enfocarse en resolver los demás conflictos por los cuales atravesaban tras el episodio de violencia vivido.
9. El éxito de las metas psicoterapéuticas de este programa de Intervención Individual de Apoyo validan el argumento de Perales y Col (1998), que sugiere que la Psicoterapia de Apoyo es el tratamiento de elección para el Trastorno Adaptativo, en este caso vinculado a los problemas de parejas experimentados por las víctimas de violencia doméstica.
10. La violencia doméstica acarrea para sus víctimas grandes afectaciones emocionales importantes a nivel de autoestima, ansiedad, depresión y afecta en gran medida también a los hijos de quienes viven violencia.
11. Las pacientes víctimas de violencia doméstica del grupo experimental de nuestro estudio, se encuentran en diversos estratos sociales y cuentan en su mayoría con estudios Universitarios. Lo cual nos corrobora la tesis de que la clase social y la formación académica no tiene nada que ver con el padecimiento de la violencia doméstica.
12. La edad promedio de la muestra estudiada oscila en los 34 años de edad. Siendo el porcentaje más elevado el rango de 30 años.
13. Encontramos en nuestra muestra que el tipo de violencia que más padecen las mujeres de nuestra investigación son el tipo de violencia física y psicológica.
14. Una característica común en la muestra de víctimas de violencia doméstica estudiada es el haber vivido, experimentado y presenciado violencia doméstica en sus hogares de

orígenes, así como pérdidas importantes en su infancia. Lo que ocasiona que los hijos de las víctimas y agresores a futuro lleguen a desarrollar los mismos roles de agresores y víctimas.

15. Aunque cada caso e historia clínica de las pacientes son diferentes, aún presentando el mismo diagnóstico, todas tenían varios elementos en común. Por ejemplo: el sentimiento de culpa de algunas mujeres de haber denunciado a sus esposos ante las instancias judiciales, se sentían culpables de la situación, tienden a verse como victimarias, es común los autoreproches de sus actuaciones, y sobre todo las cogniciones de que el episodio de violencia ocurrido ha sido merecido para ellas o que se consideran culpables de la conducta del esposo.
16. Las mujeres víctimas de violencia doméstica que aún vivían con el agresor reportaron que lo hacían por el factor económico y por no tener donde vivir.
17. Al explorar la información que manejaban las víctimas de violencia doméstica respecto al tema, encontramos que era poca o insuficiente, no clara, a pesar que cinco de ellas tenían interpuesta denuncias en las instancias judiciales pertinentes, aún tenían esquemas mentales y cogniciones distorsionadas respecto a los llamados “mitos de la violencia doméstica”.
18. El apoyo familiar y las redes de apoyo social, contribuyen de manera positiva a lograr la adherencia al tratamiento y la participación activa en la recuperación de la Salud Mental.
19. Es importante destacar que el desarrollo de un trastorno requiere de una evaluación completa que pudiese determinarlo y de los factores medioambientales intervinientes.
20. Como toda investigación hemos tenido limitantes en el desarrollo de la misma, entre ellos tenemos: la dificultad inicial a conseguir la muestra, ya que debido al alto nivel de dependencia hacia los agresores y la reincidencia en el ciclo de la violencia doméstica, les cuesta poder aceptar que lo que están viviendo no es “normal” ni es lo esperado que ocurra; así como también impera el temor de las participantes al incumplimiento de la confidencialidad.

21. Los resultados de esta investigación guardan relación a las características de las participantes de nuestra muestra y no pretenden ser generalizados a otras poblaciones.
22. Con respecto a lo que concierne a la parte técnica propia del trabajo Psicoterapéutico, encontramos que en las primeras etapas algunas mujeres mostraban resistencias con el hecho de cambiar la hora pactada al inicio y evitar responder ciertas preguntas hechas por la terapeuta. Dichas resistencias fueron disminuyendo grandemente una vez establecida la alianza terapéutica positiva y las mujeres se sentían cómodas en la sesión.
23. Otro aspecto observado en la primera etapa fue el intenso deseo de las mujeres por minimizar los problemas que presentaban, negar la situación conflictiva que experimentaron y culparse a sí mismas, tratando así de eliminar de responsabilidad a los esposos, aún ya habiendo puesto una denuncia.
24. Se observó cierta ambivalencia afectiva, por un lado estaban los sentimientos de frustración, enojo, ira e irritabilidad hacia la violencia vivida y por el otro lado se presentaron sentimientos de culpa, actitud de amor, esperanza y deseos de regresar con los esposos. Estos sentimientos constituyen un aspecto fundamental para que se dé la aparición de la fase de “reconciliación o luna de miel”, la cual forma parte del ciclo de la violencia.
25. Una de las resistencias mayores es el abrirse afectivamente ante una persona que la va a conocer y que desea apoyarla. Por lo que emana el temor de llegar a sentirse culpables y juzgadas por sus acciones, así como el temor inconsciente de que el cumplimiento de confidencialidad se incumpla por parte del terapeuta.
26. En las etapas intermedias se pudo evidenciar sentimientos de culpa de ambas partes, tanto de las pacientes como de la terapeuta, al tener la paciente que revivir experiencias difíciles y enojo que le produce a la terapeuta al ver estancada a la paciente o tratando de regresar a sus anteriores estados afectivos.
27. Como terapeuta nos toca experimentar sentimientos encontrados y deseos inconscientes de romper la relación terapéutica al ver que las pacientes no mejoran o

que por el contrario intentan vincularse nuevamente en la relación patológica que desarrollaban con el esposo. Estos sentimientos son normales y forman parte de las reacciones que los terapeutas experimentan en los procesos terapéuticos. Es importante resaltar que antes de ser Psicólogos Clínicos o especialistas somos seres humanos con sentimientos, virtudes y defectos, por tal razón estamos expuestos a la expresión de nuestros sentimientos.

28. Las resistencias son normales dentro de cualquier proceso terapéutico. No debemos temerles, por el contrario debemos aprender de ellas. Estas traen una gama rica de información acerca del paciente que siempre resulta muy útil, no representan un obstáculo para nosotros si sabemos analizarlas; nos aportan información valiosa para dirigir las intervenciones.

RECOMENDACIONES

1. Realizar otras investigaciones con un grupo muestral diferente y que presenten otras sintomatologías, para validar aún más la eficacia de la Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en mujeres víctimas de violencia domésticas con otros trastornos mentales.
2. Incluir un programa de atención Psicológica basado en la Psicoterapia Individual de Apoyo en los lugares donde se brinde la atención a víctimas de violencia, si éstas presentan algún trastorno mental.
3. Las Instancias Judiciales que en principio son quienes captan estos delitos, deben reforzar las medidas curativas, no solo para los agresores, sino también para las víctimas que son las que cargan con el peso emocional mayor de la violencia doméstica.
4. Dentro del proceso terapéutico es necesario establecer la Psicoeducación, para brindarle a las pacientes la información necesaria que debe conocer de la violencia doméstica, de sus implicaciones de los mecanismos de acción en beneficio de sus derechos humanos universales.
5. Realizar programas de prevención de la violencia doméstica desde los colegios, ya que las primeras manifestaciones de los episodios violentos se empiezan a presentar en la etapa de noviazgos.
6. Educar a las pacientes que el proceso terapéutico es un trabajo de dos, donde el terapeuta sirve de guía y apoyo; pero, las decisiones son tomadas por ellas. Para que se sientan partícipes de su mejoría y obtengan ganancias secundarias posteriores, que sean un componente motivacional para futuras resoluciones de sus problemas.

7. En futuros Programas de Intervención Psicológica sería oportuno incluir a la familia de las mujeres y sobre todo a los hijos, quienes son los que sufren en silencio los problemas conyugales de los padres.
8. Fomentar el desarrollo de programas Psicoterapéuticos para los agresores, puesto que debajo de esa coraza de agresividad se esconden serios problemas Psicológicos no tratados. De lo contrario, los episodios violentos seguirán dándose y el ciclo de la violencia seguirá repitiéndose una y otra vez.
9. A nivel de Veraguas, recomiendo continuar con el trabajo de sensibilización y concienciación en la comunidad, para prevenir la violencia en las relaciones de parejas, evitando las secuelas psicológicas que ello deja en la Salud Mental de quienes la experimentan.
10. Promover el desarrollo de más investigaciones en relación a la violencia doméstica, que nos permitan conocer cifras actuales, manifestaciones, características y presentación de las patologías asociadas a este inmenso problema de Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). La Violencia Doméstica: Informes Sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Colección Estudios Sociales No. 10.
- Alcázar, M.A. & Gómez Jarabo, G. (2001). Aspectos Psicológicos de la violencia de género. Una propuesta de intervención. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2): 33-49.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1995). Criterios Diagnósticos (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1995). Entrevista Clínica (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Amor, P.J., Bohórquez, I.A. y Echevarría, E. (2006). ¿Por qué y a qué costo físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 2. 129-154.
- Aramburo, N. U. (2010). Nuevas perspectivas sobre violencia intrafamiliar. Un enfoque Psicoanalítico. *Affectio Societatis*, 7, 18.
- Beck, A., Jhon Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). An Overview. En: *Cognitive*.
- Belloch, A; Sandín, B. Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Madrid España: 2da Edición, Mc Graw Hill Interamericana de España, S.A.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en adolescentes. *Psicothema*, 11 (4), 939-956.
- Calle, R. (1993). El Libro de la Salud Mental. Barcelona: Ediciones Urano.
- Claramunt, M.C. (1999), Mujeres Maltratadas: “Guía de Trabajo para la intervención en crisis”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, serie Género y Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica.
- Cyrulnick, B. (2006), “La Maravilla del Dolor”, el Sentido de la Resistencia. Editorial Granica, Argentina.
- Consejo de Europa (2002). Recomendaciones Rec (2002) 5 del Consejo de Ministros a los Estados Miembros sobre la Protección de las mujeres contra la violencia adaptadas al 30 de abril de 2002. Stransbourg, Francia: Consejo de Europa.

- Corsi, J. (2002) *Violencia Intrafamiliar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México. Editorial Paidós, SAIF.
- Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca. (1994) *Entrevista Semiestructurada para víctimas de Maltrato Doméstico*. Madrid: España.
- Fontanil, Y., Ezama, E. Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Gabbard, G. (2002). *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Washington: Ed. Core Competencies.
- Grenberg Leslie, S., Sandra C. Paivia. (2002). *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Editorial Paidós Ibérica, S.A., Barcelona.
- Goldman, H. (1994). *Psiquiatría General*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Grimaldo, J. (1995). *Introducción a la Psicoterapia*. Ed. En Prensa, Lima.
- Grosman, Cecilia P.; Manstermor, Silvia; Adano, María (1992). “Violencia en la Familia”. *La Relación de Pareja, Aspectos Sociales, Psicológicos y Jurídicos*. Universidad de Buenos Aires. Argentina, Segunda Edición. Editorial Universidad.
- Hernández Sampieri, R. y otros. (2003). *Metodología de la Investigación*. Tercera edición. McGraw Hill Interamerican, 705 P.
- Kerlinger, F. (1994). *Investigación del Comportamiento*. México: 3ed. Mc Graw-Hill.
- Kratochwill, Th. R., Mott. S.E., & Dodson, C.L. Estudio de caso e investigación de caso único en *Psicología Clínica Aplicada*. En: A.S. Bellack and Herser, M. (eds).
- Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2002). *Entrevista para víctimas de Violencia Doméstica*. Madrid: España.
- Lapalanche, J. (2004). *LAP Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Madrid S., L. E. (2008), *La violencia domestica contra la mujer, causas que motivan y posibles soluciones en la comunidad de La Cantera*, Corregimiento Edwin Fábrega. Trabajo de Graduación para optar por el título de licenciada en Trabajo Social, Universidad de Panamá. CRUV.
- Menninger, K. (1952). *Historia Clínica*. New York.
- Miller N.E., Luborsky L., Barber J.P., Docherty J.P., editors. (1993). *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer (2002). Macroencuesta sobre Violencia contra las mujeres. Madrid.
- O'Keefe, J. (1986). Teen Dating Violence. *Social Work*, (nov./dec. 1986), 466-471.
- Organización de Las Naciones Unidas. (2007-2006). Poner fin a la Violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe Anual: "Salud Mental: Una Nueva Comprensión, Una Nueva Esperanza".
- Organización Mundial de la Salud (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: Author.
- Perales, A. (1992). La Psicoterapia de Apoyo. Ed. UNMSM, Revista Diagnóstico. Vol.4 N°3 Lima.
- Pinsker, H. (2002). Introducción a la Psicoterapia de Apoyo. Bilbao: Editorial Desclee.
- Rockland, L. (1989). Supportive Therapy. A Psychodynamic Approach. New York: Basic Books.
- Sarason, I., Sarason, B. (1996). Psicología Anormal, El problema de la conducta inadaptada. México. Prentice Hill.
- Selye, H. (1976). The Stress of Life. New York: McGraw-Hill 2da edición.
- Shagnessy, J., Zechmeister, E.B., Jeanne, S. (2007). Métodos de Investigación en Psicología. Séptima Edición. México: McGraw Hill.
- Slaikeu Kart, A. (1988). Intervención en Crisis. México D.F.: Manual Moderno.
- Soler, E., Barreto, P. y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17, 267-274.
- Spielberger, Ch. y Días-Guerrero, R. (1975). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México, Editorial Manual Moderno.
- Spielberger, Ch. y Días Guerrero, R. (1980). Tensión y Ansiedad. México: DF. Editorial Harla.
- Staff, M. et al., Violencia contra las mujeres: veinte años de lucha por los derechos Humanos. Colección Agenda de género del centenario. Panamá Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá. Editado bajo el auspicio del fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. 2002. 220 pág.

- Ulbricht, P. y Huber, J. (1981). Observing parental violence: distribution and effects, "Journal of marriage and the family". Pag. 623.
- Ursano R.J., Sonnenberg S.M., (2004). Lazar SG. Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent, and long-term psychodynamic psychotherapy. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric.
- Walby, S. y Allen, J. (2004). Domestic violence, sexual assault and stalking: finding from the British Crime Survey. Home office research study 276. London: Home Office. S. Inmal Report, U.K. Department of Health.
- Walker, L. (1996). Terapia de Sobrevivencia.
- Zung W.W. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 221-231.

TESIS

- Barba Gómez, S. (2009). Programa de Apoyo Emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica: Un abordaje desde la Técnica EMDR. Universidad de Panamá.
- Berroa de González, M. (2011). Intervención Psicoterapéutica individual de apoyo en un grupo de personas diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto, tendiente a disminuir sus niveles de Ansiedad y Depresión. Universidad de Panamá.
- Coabas Blanquith, B. (2011). Intervención Psicoterapéutica Individual de apoyo aplicada a un grupo de homosexuales diagnosticados con VIH-SIDA tendiente a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión. Universidad de Panamá.
- González, Y. (2009). Psicoterapia Cognitiva grupal como Tratamiento a un grupo de Hombres Víctimas de Violencia Doméstica que presentan sintomatología Depresiva. Universidad de Panamá.
- Herazo, A. (2005). Psicoterapia Breve Intensiva de Urgencia aplicada a mujeres víctimas de violencia conyugal que presentan problemas de depresión. Universidad de Panamá.
- Khaff, J. (2004). Estudios sobre los efectos de la Intervención Psicoterapéutica Analítica Individual en varones de relaciones con sus parejas. Universidad de Panamá.

- Ortiz, A. J. y Rodríguez, K. (2006). Proyecto para disminuir el problema de la Violencia Doméstica en el Distrito de Santiago. Trabajo de Graduación para optar al título de Trabajo Social, Universidad de Panamá, CRUV.
- Ortiz, N. (2013). Estudio Descriptiva para identificar niveles de depresión, autoestima; características de la personalidad y sociodemográficas de un grupo de mujeres de Santiago de Veraguas. Universidad de Panamá: Sede de Veraguas.

TEXTOS JURÍDICOS

- Alianza del Movimiento de Mujeres. (2012). El Delito de la Violencia Doméstica en el nuevo Sistema Penal Acusatorio. Panamá: Alianza del Movimiento de mujeres.
- Constitución Política de la República de Panamá.
- Ley 38 de 2001. Que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial, sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña y adolescente, deroga artículos de la Ley 27 de 1995 y dicta otras disposiciones. Julio 10 de 2001. Gaceta Oficial de Panamá. N°24.350
- Ley N° 63 de 2008, Que adopta el Código Procesal Penal. Agosto 28 de 2008. Gaceta Oficial de Panamá N° 26114.

INTERNET:

- Instituto de la Mujer (2006). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. III Parte*. Disponible en <http://www.mtas.es/mujer/violencia>.
- WorldHealthOrganization (1982). Violencia contra la Mujer: un tema de salud prioritario. En <http://www.who.int/gender/violence/violenciainfopack1.pdf>.

JOURNALS

- Alarcon Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la Terapia de Apoyo. Revista Colombia Psiquiatría., Vol 37, suplemento N°1.

- A.P.A. American Psychological Association. (1996). APA. Presidential Task Force on Violence and the family report. Washington D.C.: Author. Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.
- Carlson, B.E. (1984). Children's observations of Interpersonal Violence Battered Women and their Families. (60). New York: Springer.
- Cascardi, M. O'Leary, K.D. y Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and correlates of post-traumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249.
- Gelles, R. (2002), *The violent home*. Beverly Hills, U.S.A. Page 59.
- González, E. y Gavilano, P. (1999). Does Poverty Cause domestic violence? Some answers from Lima. En Morrison, A. R., Biel, M. L. (eds). *Too closet to home: Domestic violence in the Americas* (35-49). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L.L. Dahlberg y J.A. Mercy (Eds), *World report on violence and the health* (pp 88-121), Ginebra: World Health Organization.
- Kamphuis, J. H., Emmelkoms, P. M., Bartok, A. (2003). Individual Differences in Post Traumatic Stress following post intimate stalking: Stalking severity and psychosocial variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 42 (2), 145-156.
- Kernberg, O. (1998). Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo: Controversias Contemporáneas. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, Vol. 64, No. 2.
- Krug, E.G. et al., (2003). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- Miller, G. (1989). Violence Against American's Children. *Journal of Juvenile Justice Digest*, VII (12), 6-8.
- Ransay, J., Rivas, C. y Feder, G. (2005). Intervention to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluation.
- *Revista Médica UAS Nueva Época*, Volumen 1: No. 4. Octubre-Diciembre 2010.

- Rosenbaum, A. & O'Leary, K.D. (1981). Children: The Univerded Victim of Marital Violence. American Journal of Orthopsychiatry, 11, 692-699.

PERIÓDICOS

- Periódico El Siglo. 11 de Junio de 2012, Panamá.
- Diario la Prensa. 25 de Agosto 2012, Panamá.

ANEXOS

SANTIAGO, 17 DE SEPTIEMBRE DE 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como requisito para optar al título de Magister en Psicología Clínica, estoy llevando a cabo una Investigación titulada ***“Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de mujeres víctimas de Violencia Doméstica, diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto, tendiente a mejorar la sintomatología de Ansiedad y Depresión”***.

Se trata de un proyecto de investigación con Diseño cuasi experimental con pre-prueba y post-prueba y grupo control en lista de espera, a realizarse en la ciudad de Santiago, provincia de Veraguas. El programa Psicoterapéutico consta de doce sesiones de Psicoterapia Individual, una vez por semana, la misma tiene una duración de 60 minutos.

La participación de las mujeres es voluntaria y se requiere cumplir con algunos criterios:

Criterios de Inclusión:

- Saber leer y escribir
- Reunir los criterios de diagnósticos de ansiedad y depresión, evaluados mediante los instrumentos seleccionados.
- Estar padeciendo o haber padecido violencia doméstica en los últimos 6 meses.
- Haber firmado la nota de consentimiento informado.
- No estar recibiendo atención Psicológica o Psiquiátrica por esta u otra condición.

Criterios de Exclusión:

- No firmar la nota de consentimiento informado
- Dejar de asistir a 3 sesiones de Psicoterapia
- Abandonar el programa antes de terminar

La información que se maneje en esta investigación es extremadamente confidencial y únicamente es utilizada para fines académicos.

Yo _____ habiendo leído el consentimiento informado ***acepto participar del programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo.***

**PARTICIPANTE
ENCARGADA**

PSICÓLOGA

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Nivel educativo:** _____

Lugar de Residencia: _____ **Estado Civil:** _____

Años de estar juntos: _____ **Ocupación:** _____

Hijos: Si _____ No _____ **Número de hijos** _____ **Religión:** _____

Conviven en casa: _____

HISTORIA CLINICA

I.Historia de Salud:

II. Manifestaciones clínicas importantes:

III. Tipo de Violencia: _____

IV.Historia de la Violencia:

V. Antecedentes Familiares:

VI. Examen Mental:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Autor: (Labrador y Rincón, 2002).

Nombre: _____

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?

2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.

3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?

4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?

5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?

6. *Si la paciente vive con el agresor, preguntar:*

¿Con qué frecuencia se da el maltrato? _____

¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?

- Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar:*

¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato?

_____ ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?

7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?.

8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?.

9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?

10. ¿En qué momento o situación el problema he tenido menos intensidad o le ha afectado menos?

11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación con los casos anteriores?

12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?

13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?

14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?

Sí: **14B.** No: **15.**

B. ¿Cuántas veces? _____

C. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?

D. ¿Tiene denuncias en curso en este momento? _____

15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?

Sí: **15B.** No: **16.**

B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo? _____

C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones? _____

16. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?

Sí: **16B.** No: **17.**

B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?

17. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién? _____

18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique

19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó? (*Registrar si está tomando medicamentos*).

20. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?

Sí: **20B.**

No: **21.**

B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo? _____

C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo? _____

21. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?

22. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?

23. ¿Tiene problemas de salud importantes?

24. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?

MUESTRA

Inventario de Autoevaluación

Sí:

por

No: *C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero*

25. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?

Nombre: _____ Fecha: _____

26. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que

27. ~~indique cómo se siente ahora mismo en relación a este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.~~

	1	2	3	4
1. Me siento calmado (a)	0	1	2	3
2. Me siento seguro (a)	0	1	2	3
3. Estoy tenso (a)	0	1	2	3
4. Estoy contrariado (a)	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado (a)	0	1	2	3
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado (a)	0	1	2	3
9. Me siento ansioso (a)	0	1	2	3
10. Me siento cómodo (a)	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	0	1	2	3
12. Me siento nervioso (a)	0	1	2	3
13. Me siento agitado (a)	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado (a)	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho (a)	0	1	2	3
17. Estoy preocupado (a)	0	1	2	3
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

MUESTRA

parte del

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque () la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				

MUESTRA

9. Mi corazón late más rápido de lo normal.

10. Me canso sin razón alguna.

11. Mi mente está tan clara como siempre.

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.

13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.

14. Siento esperanza en el futuro.

15. Estoy más irritable de lo normal.

16. Me es fácil tomar decisiones.

17. Siento que soy útil y me necesitan.

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 1

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: J.M

Edad: 25 años

Religión: Católica

Escolaridad: Universitaria

Estado Civil: casada

18. Mi vida es bastante plena.
Ocupación: Maestra de Preescolar

Número de Hijos: 2

Tipo de Violencia sufrida: Física y Psicológica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente expresa estar interesada en participar del tratamiento Psicoterapéutico que se está brindando. Refiere no sentirse bien, se siente muy triste y deprimida, ya que tiene muchos problemas familiares y necesita que la orienten, expresó la paciente.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

La paciente expresa que desde hace 2 años la relación con su pareja se ha tornado insoportable, al punto que ella lo denunció en fiscalía y por eso están separados desde hace tres meses. Se está sintiendo muy mal”, llora constantemente, se siente sola, sin deseos de nada, no puede dormir por las noches y desea poder desahogarse con alguien.

Cuenta que a veces se siente nerviosa, angustiada, no tiene deseos ni interés en nada, llora frecuentemente y siente temor de que los episodios de violencia vuelvan a repetirse.

Al contar sus problemas sus ojos se llenan de lágrimas en señal de desesperación y angustia por la situación. Refiere que su esposo es violento y en varias ocasiones le ha golpeado tan fuerte que ha ido a parar al médico. Le insulta, le dice que no sirve para nada, la humilla y constantemente la maltrataba física y verbalmente. Algunos días iba a dar clases con mucha vergüenza, porque sus alumnos se percataban y aunque eran niños de pre-kinder siempre le hacían preguntas; sus compañeros de trabajo la orientaban, pero ella prefería callar y aguantar.

Describe a su esposo como un hombre violento y agresivo, ella piensa que siempre ha sido así, porque desde que eran novios fue controlador. No le golpeaba ni nada; pero, le controlaba sus amistades y la forma de vestir. Sus padres se habían opuesto a esta relación, pero estando en la Normal Superior salió embarazada y fue por ello que se casaron por insistencia de ambas familias.

Desde que iniciaron la convivencia ha habido muchos problemas, al inicio fue muy difícil, pero después ya llegó un punto en el que aprendió a sobrellevarlo y cuando llegaba “en tragos” ella mejor no le decía nada. Sus hijos tienen 6 y 4 años; las peleas se han dado delante de los niños en la mayoría de las ocasiones.

Actualmente están separados desde hace 3 meses, y su esposo tiene prohibido acercarse a ella por la boleta que ella interpuso. Sin embargo, eso a ella no le garantiza que su esposo no la agreda, ya que en varias ocasiones la ha amenazado que le pagará el haberlo denunciado y haber estado detenido 2 meses. Ella ha evitado verlo, tratando de no estar cerca de lugares donde posiblemente pueda estar su esposo. Hay días en los que le ha mandado mensajes con unos amigos en común de que está arrepentido y que quiere que lo perdone y levante la denuncia. Pero, no le ha hecho caso porque esto ya ha ocurrido en otras ocasiones.

J. M siente mucha tristeza, sobre todo por sus hijos que preguntan por el papá todos los días y porque en el fondo ella lo quiere mucho y le duele que estén separados, pero no le perdona las agresiones cometidas.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la tercera de cinco hermanos, siendo los dos primeros varones. Comenta que su padre falleció cuando ella tenía cinco años y su madre se volvió a unir con otro señor, de cual nacieron sus dos hermanos menores.

De su padre recuerda poco, pues era muy pequeña. No obstante, guarda esos recuerdos en su corazón con mucho cariño y lo extraña.

De pequeña su vida era muy feliz y recuerda los momentos en que vivían cerca del mar y podía ir a jugar con sus hermanos mayores. Sin embargo, ella dijo con mucho sentimiento que la vida con su padrastro no fue la mejor, aunque él trató de ser bueno con ella y sus hermanos, con su madre esto no era igual, ya que constantemente peleaba con ella y en ocasiones llegó a levantarle la mano cuando se embriagaba.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está casada desde hace seis años con su esposo, actualmente separados desde hace tres meses por los problemas de violencia doméstica. Tienen dos hijos en común, uno de seis y otro de cuatro años.

La relación con su pareja la describe como “mala”, tienen un proceso legal debido a la denuncia que ella interpuso luego de un gran episodio de agresividad donde tuvo que ser vista en cuarto de urgencia. Era muy celoso, la quería controlar en todo y las dificultades aumentaron una vez consiguió trabajo, pues no estaba de acuerdo con que ejerciera como maestra de preescolar.

Actualmente la paciente está viviendo en casa de un hermano con sus dos hijos, ya que no se atreve a regresar a su casa por temor a ser víctima nuevamente de su pareja. Desea poder olvidar todo lo que le ha tocado sufrir y salir adelante con sus hijos.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que durante su adolescencia deseó irse de casa en varias ocasiones, ya que su padrastro era un hombre muy violento con su madre y les tocó vivir episodios de mucha ira y agresión verbal en los momentos que el padrastro regresaba tomado del trabajo. A pesar de ello, considera que tuvo una adolescencia normal.

Se enamoró con su esposo a los diecisiete años, en contra de la aprobación de la madre, ya que no estaban de acuerdo con que ella estuviese enamorada estando en el bachiller Pedagógico. A los diecinueve años quedó embarazada y su familia la obligó a casarse por civil con su esposo.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

Una vez culminado su bachiller pedagógico ingresó a la Normal Superior Juan Demóstenes Arosemena y luego realiza sus estudios Universitarios en Educación preescolar. Se desempeña como maestra en una escuela de la localidad.

Patrones Culturales y de juego

No practica ninguna actividad deportiva actualmente.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona callada, tímida y tranquila. No es muy sociable, ya que desde que se enamoró con su esposo él la controlaba mucho y no la dejaba salir sola. Cuando salía a alguna actividad era con él.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional se le observa decaída, ansiosa y con temor de repetir la situación de violencia vivida, reitera su deseo de recibir apoyo. Por disposiciones de horarios laborales se le atendió los días sábados.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso.

- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- Eje I.** F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]
- Eje II.** Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09]
- Eje III.** Ninguno
- Eje IV.** Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas de vivienda
- Eje V.** EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

J.M. se presenta con un estado emocional muy afectado, debido a la situación de violencia doméstica que había estado sufriendo. Presentó grandes mecanismos de afrontamiento, los cuales le ayudaron a recuperar un estado más saludable. Ella reconoce que no puede ni debe seguir con su esposo, ya que teme por su vida. No obstante, se torna ambivalente frente a su pensamiento consciente, pues a nivel inconsciente ha llegado a pensar que ha sido una mala mujer al denunciar a su pareja ante las autoridades. Cognición con la cual fue necesario trabajar para ayudarla a salir adelante.

Con esta paciente se trabajó la internalización de una nueva situación personal, la aceptación de sus deseos conscientes y la expresión de sus sentimientos, pues la represión de los mismos no era saludable. La paciente sintió gran alivio al saber que podía expresar sus reales sentimientos sin consecuencias negativas ni reproches. Se promovió una expresión saludable de los mismos, mediante la comunicación con familiares cercanos (hermanos) y la sublimación en las actividades manuales, lo cual le apasiona.

Una de las grandes preocupaciones de la paciente era la falta de figura paterna para sus hijos y también el no tener una casa donde residir, ya que estaban temporalmente en casa de uno de sus hermanos.

En el análisis de la historia familiar encontramos que fue observadora pasiva de la violencia doméstica en su hogar de origen, donde el padrastro era un hombre agresivo con la madre; situación que ocasiona que quienes experimenten esta situación tiendan a reflejar a futuro el mismo rol de agresor y víctimas.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 2

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: M. R

Edad: 32 años

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria Completa

Estado Civil: unida

Ocupación: Mercaderista

Número de Hijos: 3

Tipo de Violencia sufrida: Física y Psicológica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente expresa estar interesada en participar del tratamiento Psicoterapéutico que se está brindando, fue referida por una Trabajadora Social. Acude a la entrevista ya que dice no sentirse bien por los problemas familiares y necesita que la ayuden, expresó la paciente.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD:

La paciente expresa que desde hace aproximadamente un año y medio se ha sentido muy mal, llora constantemente, no puede dormir por las noches y desea poder conversar con alguien respecto a los problemas que tiene con su esposo.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

La paciente expresa que desde hace un año y medio la relación con su pareja se está deteriorando, por más que su esposo ha ido a terapia en CSS, ella siente que no ha cambiado y cada vez que se toma un trago la humilla, insulta, busca peleas físicas, le ha empujado y golpeado fuertemente. Su esposo actualmente está recibiendo una medida curativa, ya que el Juez de Garantías le impuso como medida recibir atención de Psicoterapia por un año.

Refiere que su esposo es agresivo, celoso e impulsivo, tiene problemas con el alcohol. La cela con otros compañeros de trabajo, le revisa su celular, si algún compañero la llama es capaz de pegarle y en ocasiones se ha presentado al trabajo a ver si ella acudió al mismo. En una ocasión la empujó tan fuerte que cayó sobre su brazo derecho y se lo fracturó.

A nivel laboral no puede concentrarse en sus asignaciones, ya que teme que se le pueda aparecer el esposo en el supermercado para constatar que en efecto sí fue a trabajar, lo que le ocasiona mucha pena y vergüenza porque sus compañeros se percatan de ello.

Los problemas iniciaron cuando ella consiguió trabajo de mercaderista en un supermercado, y como parte de su trabajo tiene que desplazarse a otras provincias, lo que acentúa el celo y la desconfianza de su esposo.

Desde que iniciaron la convivencia ha habido muchos problemas, al inicio fue muy difícil por otras situaciones problemática de tipo económico. Y ahora, de un tiempo para acá han sido los episodios violentos.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.
- Insomnio, falta de concentración y baja autoestima

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la mayor de cuatro hermanos. Comenta que no convivió con su padre, pues éste los abandonó cuando ella tenía siete años, y su madre se volvió a casar con otro señor, de cual nacieron sus tres hermanos menores.

Comenta que en su familia hubo muchos problemas de violencia doméstica que ahora está recordando con su situación de pareja. Expresó que su padrastro era ver al esposo, todos los días llegaba muy enojado y tomado, por lo que ella y sus hermanos vivieron de cerca la cara amarga de la violencia intrafamiliar.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está unida desde hace nueve años con su esposo, en dos ocasiones se separaron por situaciones similares y regresaron nuevamente. Tienen tres hijos en común, uno de ocho, una de seis y otro de dos años.

La relación con su pareja la describe como conflictiva y tiránica. Es difícil convivir con él. Sin embargo, le ha dado una oportunidad para ver la opción de que pueda cambiar.

M.R. cuenta con apoyo de sus hermanos, ellos saben la situación familiar y le han ofrecida ayuda. A nivel social tiene pocos amigos, ya que desde que se unió con su pareja abandonó sus actividades sociales para dedicarse al rol de madre y esposa.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que tuvo una infancia feliz, no había problemas mayores que destacar. El único problema fue los problemas entre su madre y el padrastro que ellos recuerdan como si fuera ayer, porque los niveles de agresión eran fuertes. Su madre siempre le inculcó que hay que aguantar y que todo pasa en esta vida.

Se enamoró con su esposo a los veinte años, en contra de la aprobación de la madre, ya que no estaban de acuerdo porque al esposo le gustaba “ las bebidas y las fiestas”.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

La paciente sólo terminó la secundaria y no pudo seguir estudiando a nivel universitario. Ha tomado algunos cursos de belleza que le permiten ganarse una extra los días libres. Actualmente labora como mercaderista en un supermercado de forma rotativa y con ello contribuye con los gastos comunes de su hogar.

Patrones Culturales y de juego

No practica ninguna actividad deportiva actualmente.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona callada y tranquila. No es muy sociable, le parece más estar en casa con su familia y ayudar a sus hijos en sus tareas.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad grave. Únicamente padece de asma, alergia y resfriados comunes.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional presenta sintomatología ansiosa depresiva. Por disposiciones de horarios laborales se le atendió los días sábados.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez por parte de la paciente.
- **Lenguaje:** el nivel de lenguaje se mantuvo normal, la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado. Sin embargo, reporta la paciente que a nivel laboral no logra concentrarse en nada, ya que viene a su mente la preocupación de que el esposo se aparezca por su trabajo.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional y reconocía el evento causante.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I. F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo

depresivo [309.28]

Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]

Eje II. Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09]

Eje III. Ninguno

- Eje IV.** Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Eje V.** EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

M.R. se presenta con un estado emocional muy afectado, debido a la situación de violencia doméstica que había estado sufriendo. Está interesada en mejorar sus problemas ya que desea salvar la relación con su esposo.

Con esta paciente se trabajó el fortalecimiento del Yo, toda vez que la paciente se encontraba muy afectada, con un Yo debilitado. Se fortalece la internalización de una nueva manera de hacer frente a su situación personal, el manejo oportuno de la dinámica de la violencia doméstica y empoderamiento de sus decisiones.

Una de las grandes preocupaciones de la paciente era el poco avance que mostraba su esposo en su tratamiento y la adhesión al mismo, situación externa a ella, de la cual no puede tener control alguno. M.R. ha estado inmersa en el círculo de violencia doméstica, donde pasa de una fase a otra sin lograr un control de sus decisiones.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión. Además, se observa más orientada en cuanto al manejo de su situación.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 3

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: K.C.

Edad: 30 años

Religión: Cristiana

Escolaridad: Universitaria

Estado Civil: casada

Ocupación: Oficial de Crédito

Número de Hijos: 1

Tipo de Violencia sufrida: Física y Psicológica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente acude referida de una colega nuestra que le recomienda participar del tratamiento. Expresa estar interesada en participar del tratamiento Psicoterapéutico que se está brindando. Refiere sentirse muy tensa, triste, agotada, angustiada y sobre todo preocupada por su hijo que ha vivido con ella la situación problema.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE:

La paciente expresa que desde hace aproximadamente dos años se está “sintiendo muy mal”, llora constantemente, se siente sola, sin deseos de nada, no puede dormir por las noches y desea poder desahogarse con alguien.

La paciente expresa que desde hace 2 años atrás estuvo teniendo problemas de relación con el esposo. Todo comenzó porque unas primas se mudaron a Santiago y constantemente la visitaban en la casa por las tardes para conversar. Cuando el esposo llegaba del trabajo se ponía muy molesto, tiraba las cosas a su paso en señal de frustración. No toleraba que ella se relacionara con nadie. Esta situación ha sido similar a la de otras ocasiones en la que sus compañeras del trabajo también han ido a la casa e incluso familiares de él a visitarla y reaccionaba exactamente igual. Siempre habían gritos, insulto, celos y privaciones de diversión (solamente podía salir a la calle cuando él llegaba del trabajo; antes no, a menos que ella le pidiera permiso). Constantemente era agresivo tanto física como verbalmente.

Los episodios de violencia fueron agudizándose cuando una tarde ella decide ir con su hijo de 5 años a un almacén y estando por allá se encuentra con su prima y se van a cenar juntas. Cuando llega a la casa, el esposo le haló por el cuello, la tiró a la cama y la golpeó delante de su hijo quien fue por ayuda donde una vecina. La vecina llamó a la policía y se lo llevaron detenido. Ella interpuso una denuncia en fiscalía y por eso están separados desde hace 3 meses. Debido a que el Sr. era reincidente en casos de este tipo, la fiscalía ordenó la detención preventiva.

Cuenta que a veces se siente mal, porque por su culpa su esposo está detenido y que dentro de todo él no es malo, lo único que no le gusta que ella salga con amigas ni nada. Por las noches llora frecuentemente, porque no entiende por qué ella le ha tocado vivir esto. Está

enamorada de su esposo y estaría dispuesta en darle una oportunidad si fuera posible, para ser la familia feliz de hace cinco años.

K.C. siente que más daño le está haciendo a su hijo con tener a su padre detenido, porque siempre pregunta por él. Muestra grandes sentimientos de culpa y tiene la percepción errada de que ella es la causante de todo.

Al contar sus problemas sus ojos se llenaban de lágrimas en señal de desesperación y angustia por la situación. Muestra una gran ambivalencia afectiva; por un lado recuerda todos los momentos tristes que su esposo le hizo pasar con los gritos, humillaciones constantes, agresiones, celos enfermizos y por el otro evidencia sentimientos de culpa, al tratar de justificar la conducta anormal que presentaba su esposo en esos momentos.

Describe a su esposo como un hombre también ambivalente, es decir por un lado considera que es un hombre dulce, amable, cariñoso y buena gente; pero, que cuando alguien le hace algo tiende a explotar. Su expresión es un mecanismo de defensa para justificar la conducta agresiva que con ella ha mantenido. Reprime sus sentimientos y tiende a hacer uso frecuente de la negación al tratar de negar los aspectos dolorosos de su realidad como si estos no existieran.

Actualmente están separados desde hace 3 meses, su esposo está detenido en la cárcel pública de Santiago. No lo ha visto ni lo ha llamado, pero todos los días va a la casa del suegro y pregunta por él para saber cómo está.

K.C. siente mucha tristeza, por las noches le cuesta dormirse, en el día pasa nerviosa, con temor de lo que su esposo le vaya a decir el día que salga de la cárcel. Le preocupa su hijo que le hace falta su papá, en el fondo ella lo quiere mucho y le duele que estén separados, pero vuelve atrás y se acuerda de todas las veces que su esposo la maltrató.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.

- Ambivalencia afectiva hacia el esposo y un marcado sentimiento de culpa que la hace sentirse como la responsable de todo.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la menor de tres hermanos, siendo los dos primeros varones. De pequeña vivió en la provincia de Darién con sus padres que eran maestros en Jaqué. A la edad de 15 años sus padres lograron el traslado a la provincia de Veraguas y desde entonces residen en Santiago.

Su vida siempre fue muy feliz, expresó al preguntarle sobre su niñez y adolescencia. Sin embargo, recuerda que sus padres peleaban mucho y su papá era muy celoso, al punto de que su mamá nunca tuvo amigas ni mucho menos amigos varones.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está casada desde hace cinco años con su esposo, actualmente separados desde hace tres meses por los problemas de violencia doméstica y la detención del mismo. Tienen un hijo de cuatro años.

La relación con su pareja la describe como “difícil”, tienen un proceso legal debido a la denuncia que ella interpuso luego de un gran episodio de agresividad. Describe a su esposo como celoso, impulsivo, con baja tolerancia a la frustración; pero, está segura de que él la ama y que siempre quiso lo mejor para ellos. En medio de todas estas situaciones tiene deseos de retirar la denuncia.

Tanto ella como el esposo proceden de hogares donde se ha vivido problemas de relación entre los padres. Actualmente la paciente está viviendo en casa de sus padres, ya que no se atreve a regresar a su casa, porque tal vez, volver allí le traerá los recuerdos negativos de los episodios violentos.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que su niñez y adolescencia fue normal y que en todo momento se sintió bien con su familia. No obstante, recuerda que cuando sus padres peleaban ella era la

que intervenía para calmar la situación. Siempre pensó que no se casaría para no tener que sufrir las peleas de los matrimonios.

Durante su infancia solía ser una niña feliz, en época escolar vivían en Darién y en vacaciones pasaban los tres meses en Santiago con su familia.

Se casó a los 25 años, una vez culminó su licenciatura en Banca y Finanzas, con su novio de siempre, el actual esposo.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

Realiza sus estudios Universitarios en Licenciatura en Banca y Finanzas en la Universidad de Panamá, donde se graduó con el primer puesto de honor. Se desempeña como oficial de crédito en un Banco de la localidad.

Patrones Culturales y de juego

No practica ninguna actividad deportiva. Ahora que está viviendo en casa de sus padres está ayudándole a su mamá a confeccionar adornos navideños, para las ventas de fin de año que realiza su madre.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona callada y tranquila. No se considera tan extrovertida como otras personas, no es tan sociable. Antes de casarse salía más con el esposo, pero desde que nació el hijo se ha dedicado por completo a él.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional se le observa muy decaída, ansiosa, ambivalente, con altos niveles de frustración, sentimientos de culpa, baja autoestima, inseguridad emocional y con temor de lo que piense su esposo por ella haberlo denunciado; reitera su deseo de recibir apoyo. Por disposiciones de horarios laborales se le atendió los días sábados en la tarde.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real. Sin embargo persiste la ambivalencia afectiva y sus constantes preocupaciones frente a qué dirá su esposo una vez salga de la cárcel. Hace uso constante de la negación y represión.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional, participó activamente del tratamiento.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I. F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo

depresivo [309.28]

Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]

Eje II. Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09] Uso constante de la Negación y Represión.

Eje III. Ninguno

Eje IV. Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas de vivienda

Eje V. EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

K.C. se presenta con un estado emocional muy afectado, se siente confundida e insegura en qué decisión debe tomar frente a la situación de encarcelamiento de su pareja. Ella reconoce que no puede ni debe seguir con su esposo, ya que teme que se vuelva repetir los episodios violentos, ha llegado a pensar que ha sido una mala persona al denunciar a su pareja por lo ocurrido. Esta cognición fue necesario trabajarla, ya que se sentía muy confundida y estresada con todo lo ocurrido.

Con esta paciente se trabajó la expresión de sus sentimientos, pues la represión de los mismos no era saludable. Así como el manejo de sus emociones, tratando de fortalecer sus respuestas yóicas, a fin de obtener ganancias secundarias al respecto. La paciente sintió gran alivio al saber que podía expresar sus reales sentimientos sin consecuencias negativas ni reproches.

En el análisis de la historia familiar, encontramos que tanto ella como el esposo provienen de familias cuyos padres también presentaron dificultades en la relación conyugal.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 4

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: X.P.

Edad: 30 años

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria incompleta

Estado Civil: Unida

Ocupación: Ama de casa

Número de Hijos: 4

Tipo de Violencia sufrida: Física y Psicológica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente expresa estar interesada en participar del tratamiento Psicoterapéutico que se está brindando, ya que no se siente bien, debido a problemas que ha sostenida con su pareja, producto de episodios de violencia doméstica.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD:

La paciente expresa que desde hace aproximadamente tres años se está “sintiendo muy mal”, se siente decepcionada del esposo, ya que éste la intimida con quitarle a sus hijos, la cela, constantemente la humilla delante de la gente e incluso los episodios de violencia han sido tan altos que le ha llegado a pegar y empujar contra objetos.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

X.P. refiere que ha tenido problemas con el esposo desde siempre. Se enamoraron cuando ella tenía 17 años. Su familia no lo aceptaba porque él una vez le pegó porque la vió salir del Instituto Urracá con unos amigos. Cuando se encontraron ella le dijo que no era ella, pero no le creyó y le pegó. Sus padres por este incidente nunca estuvieron de acuerdo con que ella se fuera a vivir con él. Sin haber culminado VI año, ella se fue a vivir en casa de unos parientes de él. Los problemas no acabaron, sino que fueron en aumento. Por celos nunca la dejó trabajar, todo el tiempo fue ama de casa y por eso depende económicamente de él.

Manifiesta que su esposo fue un hombre violento desde las etapas del desarrollo, fue maltratado por sus familiares de origen. Actualmente viven bajo el mismo techo, pero en cuartos separados. En agosto 2012 se dio un incidente mayor, donde él le pegó fuertemente, por lo que fue llevada al Hospital Luis Chicho Fábrega. En varias ocasiones le ha pegado, le insulta y la trata mal. Los hijos han presenciado estas situaciones siempre. Le dice “Chola bruta”, no le da dinero y hace que dependa de él en todo.

No ha podido irse de la casa, porque no tiene para donde ir con sus cuatro hijos. Hace un tiempo puso una denuncia en corregiduría, pero luego la retiró. Recientemente ha decidido buscar ayuda. Describe a su esposo como un hombre violento y agresivo, ella piensa que siempre ha sido así, porque desde que eran novios fue controlador y agresivo.

X. P. siente mucha tristeza, ansiedad y angustia sobre todo por sus hijos que son los que más sufren estas situaciones incómodas.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la menor de cuatro hermanos, vivió con su abuela materna desde los 10 años para acompañarla luego que su abuelo falleciera. La casa de la abuela era al lado de la casa de los padres biológicos. Su hogar estaba conformado por mamá y papa. El padre es paciente alcohólico en recuperación.

Su padre nunca le pegó a su mamá, pero, sí era un señor muy estricto y dominante. La madre siempre tuvo el rol más pasivo y dependiente. El papá en ocasiones le gritaba a la madre.

De niña recuerda ser una hija feliz, pero en la adolescencia presentó varios problemas de conducta que interfirieron con su educación. Al conocerse con el esposo y establecer la relación de noviazgo los padres nunca lo quisieron, pues lo veían como un hombre agresivo y violento.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está unida desde hace cinco años con su esposo, actualmente están en proceso de separación, pero no ha hecho efectivo el abandono del esposo porque no tiene para donde ir con sus cuatro hijos.

La relación con su pareja la describe como “mala”, es un hombre muy celoso y controlador. Siempre desea que se hagan las cosas que él indica y en la forma que él desea.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que durante su adolescencia deseó irse de casa en varias ocasiones, pero, finalmente accedió a quedarse por la abuela para hacerle compañía. No terminó la secundaria y se une a su pareja de manera voluntaria.

Los mecanismos de defensa presente son la represión y negación. Tiende a culparse y creer que ella se ha merecido dicha situación. Expresa que “hay veces en que ella ha sido la culpable de la situación”, como por ejemplo: “el no tenerle la comida lista por ayudar al niño a hacer sus tareas o no cumplir con sus deberes de mujer”.

Presenta ambivalencia en lo que dice y hace. Hay días que dice que detesta al esposo y en otras tienden a minimizar su culpa y a decir que la culpa es de ella. A lo largo de los años que han estado juntos ha sido un caos, pues no logran ponerse de acuerdo.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

No culminó sus estudios secundarios y no ha trabajado.

Patrones Culturales y de juego

No practica ninguna actividad deportiva actualmente.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona callada, normal y tranquila. No es muy sociable, no tiene amigas ni participa de reuniones sociales.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional se le observa decaída, ansiosa, ciertos rasgos depresivos y con sentimientos de culpa. Por disposiciones de horarios laborales se le atendió los días sábados.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** se percibe como culpable de los actos violentos del esposo.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- Eje I.** F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]
- Eje II.** Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09]

- Eje III.** Ninguno
- Eje IV.** Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas de vivienda
Problemas Económicos.
- Eje V.** EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

X.P. se presenta con un estado emocional muy afectado, debido a la situación de violencia doméstica que había estado sufriendo. Le cuesta aceptar y ubicar la responsabilidad en su pareja, por lo que tiende a mostrar sentimientos de culpa e incomodidad con la situación.

Hizo uso frecuente de los mecanismos de defensa de Represión y Negación, como vía de escape para el manejo inconsciente de la ansiedad.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión. Con ella fue necesario trabajar en el manejo de sus emociones, fortaleciendo su Yo, aumentando la autoestima y logrando una internalización real de la situación, haciéndola ver que el problema no estaba en ella y que no era sano esa forma de pensamiento. Se trabaja a nivel emocional y de sus cogniciones.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 5

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: L.S.

Edad: 48 años

Religión: Cristiana

Escolaridad: Primaria Completa

Estado Civil: Unida de 25 años

Ocupación: Ama de casa

Número de Hijos: 3

Tipo de Violencia sufrida: Física y Psicológica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente acude a nosotros referida de su vecino, quien le habló del programa terapéutico. Expresa L.S. que tiene serios problemas de pareja con su esposo, debido a que cuando toma licor comienza a pelear con ella y se vuelve muy violento.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD:

La paciente comenta que desde hace aproximadamente 2 años han empezado los problemas con el esposo. Hay constantes peleas entre ellos, insultos, gritos, humillaciones, agresiones físicas y muchas situaciones de violencia en su casa. En ocasiones no le permite utilizar el dinero para acudir a alguna cita médica que tenga programada, tiene que solicitar todo para que él autorice.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

La paciente expresa que desde hace 2 años la relación con su pareja se ha tornado cada vez más difícil e insoportable. Al conversar nos manifestó que su Sr. era muy malo con ella, le gritaba cosas feas, y le decía que era “una vieja quemona”, que “no servía para nada”. La insultaba y le pegaba.

Hace seis meses lo denunció en fiscalía de familia y le pusieron una medida y boleta de protección. Están separados, las agresiones físicas no se han dado, debido a la separación. Los hijos sabían de la situación; sin embargo, ellos también temían la actitud hostil y agresiva del padre. El hijo mayor de 24 años se enfrentó a su padre y lo amenazó si seguía pegándole a la madre.

Tienen seis meses de separados, viven en el mismo patio, pero no, bajo el mismo techo. El sr. tomó para él un depósito que tenían ellos en el patio y voluntariamente se fue a dormir al depósito del cuarto.

Durante el año 2012 la violencia fue de tipo Psicológica: insultos, problemas, humillaciones, quejas, escenas de celos y en ocasiones ciertas agresiones como: empujones. En una ocasión la empujó contra el borde de una mesa y se golpeó el ojo izquierdo. Según L.S, el problema principal es que su señor le gusta tomar chicha fuerte y cuando eso ocurre se pone “agresivo”.

L.S. manifestó que todos los problemas se daban porque el sr. se embriagaba y se ponía violento. De dos años para acá, las cosas han empeorado. Sin embargo, plantea que desde siempre la ha tratado así, le dice que ella no trabaja y no aporta para la economía del hogar, siempre quiere gobernarla y le hace ver que ha dependido de él todos estos años.

La señora L.S., está decidida a dejar la relación que ha venido soportando por mucho tiempo atrás. Siente temor que cuando su hijo se case ella quede económicamente desamparada, ya que su hijo mayor es quien está corriendo con sus gastos hasta la fecha.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.
- Problemas de tipo económicos

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la mayor de 8 hermanos. Procede de un hogar disfuncional, nunca conoció a su padre, se crió con los abuelos, hermanos y con tíos. Su mamá vivía en San Francisco y ella en Calobevorita de Santa Fé con los familiares. Los fines de Semana su madre los visitaba, ya que ella era empleada doméstica en San Francisco de la Montaña.

Al hablar de su historia familiar expresó que nunca tuvo una familia como la mayoría de la gente, de los siete hermanos que tenía, a tres de ellos su madre los dio en adopción y desde entonces no ha sabido nada de ellos. Su mamá padecía de Epilepsia y falleció cuando ella tenía 19 años.

De pequeña su vida fue muy dura, los primeros años de su vida recuerda que deambulaba por las calles con su mamá pidiendo ayuda para comer. No tuvo la oportunidad de estudiar, con mucho esfuerzos un tío la educó hasta sexto grado y de allí ella se dedicó a trabajar para subsistir y ayudar a sus hermanos menores.

L. S. con lágrimas en sus ojos relató que de pequeña fue abusada sexualmente en reiteradas ocasiones por un familiar cercano, a quien dice odiar. Situación que según ella era “normal” y “común” que le ocurriera a las niñas de su comunidad, nadie dice ni hace nada. Eso siempre pasa...expresó. Le tocó vivir una infancia muy difícil, los recuerdos que tiene de esta etapa son tristes y dolorosos; vivió pobreza, hambres, falta del cariño y apoyo materno, apego inseguro y soledad. Como madre ha tratado de darles a sus hijos todo ese afecto que ella nunca tuvo.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está unida desde veinticinco años con su esposo, actualmente separados por los problemas de violencia doméstica. Tienen tres hijos en común, todos adultos.

La relación con su pareja la describe como muy triste, ya que se ha ido deteriorando manifestó. Al inicio de la relación las cosas iban bien. Pero, como no trabajó nunca, ella sentía que eso fue el detonante para crear puntos de discrepancia entre ellos.

Actualmente recibe apoyo económico de su hijo mayor, quien está haciendo frente a todos sus gastos. Vive en su casa, pero no se siente a gusto estando allí, ya que en el mismo patio está su esposo.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que durante su niñez y adolescencia tuvo muchas carencias: no se sentía apoyada por su familia, tuvo que cuidar de ella desde muy pequeña, eran muy humildes y lo que sus abuelos podían conseguir en ocasiones no alcanzaba ni para los gastos básicos. Al pedirle que tratase de describir cómo fue su niñez L.S. dijo que ella no tuvo niñez.

A penas terminó su sexto grado se dedicó a trabajar en casas de familia en Santiago para ayudar a sus hermanos menores y poder llevar dinero a su hogar. Con mucho esfuerzo y dedicación pudo educar a sus hermanos.

Se enamoró con su esposo a los veinte años y tres años después deciden unirse. Describe los inicios de su relación como bastante buena; aunque, nunca fue perfecta.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

Pudo realizar únicamente estudios a nivel primario, consiguiendo su certificado de estudios Primarios. De los doce a los veintitrés años realizó trabajos poco calificados y de subsistencia tales como: cosechar café, empelada doméstica, lavar, cuidar y ayudar al abuelo en el monte.

Patrones Culturales y de juego

No practica ninguna actividad deportiva actualmente.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona sincera, callada y tranquila. No es muy sociable, ya que desde que se enamoró con su esposo él la controlaba mucho y no la dejaba salir sola.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró cooperadora, anuente en la entrevista, comunicativa y deseosa de recibir apoyo. Por disposiciones de horarios laborales nuestro se le atendió los días sábados en horario vespertino.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado.

- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso. Marcados temores hacia el futuro.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional y que debía aprovechar esta oportunidad de psicoterapia.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- Eje I.** F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]
- Eje II.** Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09]
- Eje III.** Ninguno
- Eje IV.** Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas de vivienda
Problemas económicos
- Eje V.** EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

L.S. se presenta con un estado emocional muy afectado, debido a la situación de violencia doméstica que había estado sufriendo. Presentó grandes mecanismos de

afrontamiento, los cuales le ayudaron a recuperar un estado más saludable. Ella reconoce que no puede ni debe seguir con su esposo, ya que teme por su vida.

Con esta paciente se trabajó la internalización de una nueva situación personal, la aceptación de sus deseos conscientes y la expresión de sus sentimientos, pues la represión de los mismos no era saludable. La paciente sintió gran alivio al saber que podía expresar sus reales sentimientos sin consecuencias negativas ni reproches. Se promovió una expresión saludable de los mismos mediante la comunicación con familiares cercanos (hijos) y la sublimación en otras actividades de esparcimiento, tal es el caso de la confección de manteles tejidos, actividad que puede ser de su beneficio para el factor económico y como medio distractor para su salud mental. Una de las mayores preocupaciones de L.S. finalmente era el no saber cómo subsistir una vez su hijo se case y adquiriera compromisos.

Además de reforzar las conductas adaptativas y del fortalecimiento del Yo, se le orientó en cuanto a los aspectos relevantes de la violencia doméstica, logrando así un mayor empoderamiento en la toma de sus decisiones. Conversamos de la opción de conseguir un empleo que le ayude en su manutención.

En el análisis de la historia familiar encontramos que fue una niña con muchas dificultades. No obstante, aún hay grandes fortalezas en ella que le han ayudado a superar esta crisis circunstancial. Se trabaja en Psicoterapia el aspecto emocional asociado a un proceso de violencia doméstica, más la carga afectiva que procede de la historia de vida de la paciente.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión. Está decidida a no continuar la relación con su pareja y evitar ser una estadística más. Se logró el fortalecimiento de las defensas adaptativas y del Yo.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 6

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: M.M.

Edad: 45 años

Religión: Católica

Escolaridad: Universitaria

Estado Civil: casada

Ocupación: Independiente

Número de Hijos: 2

Tipo de Violencia sufrida: Física, Psicológica y Patrimonial

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente acude referida de un colega nuestro, quien le informó de la oportunidad de participar del Programa Psicoterapéutico. Al momento de la entrevista se mostró muy lábil,

emocionalmente perturbada, llorosa. Su rostro mantenía un semblante decaído, depresivo y con manifestaciones ansiosas (sudoración, temblor de manos). Al expresar su problema manifestó sentirse muy sola, vacía y sin ganas de nada, porque estaba teniendo serios problemas de violencia doméstica con el esposo, con quien tenía una relación de casados desde hace ocho años.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

La paciente expresó que desde hace un año y medio ha tenido muchos problemas con su esposo, no se siente bien, llora por las noches, siente que su vida no tiene sentido. Su esposo ha sido muy violento con ella, le pega, grita, humilla con frecuencia y le ha prohibido el uso del carro y poder tener el beneficio de las cuentas de ahorro, donde también hay dinero de ella. Ha sido privada de todo beneficio económico.

Hace tres meses ocurrió un evento de violencia, donde el esposo la golpeó con un palo y la pateó estando en el suelo, de este episodio resultó con una pierna y un brazo fracturado. M.M interpuso una denuncia por violencia doméstica y avisó a las autoridades de lo ocurrido.

Al contar sus problemas se observó muy triste, con altos niveles de depresión. Hace tres días que no quiere comer, no está durmiendo, ha entrado en un periodo agudo de ansiedad y depresión.

Describe a su esposo como un hombre intolerante, agresivo y volátil. Actualmente están separados desde hace tres meses.

M.M. Siente mucha tristeza, por las noches le cuesta dormir, en el día pasa nerviosa, con temor de lo que su esposo le vaya a hacer.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.

- Ambivalencia afectiva hacia el esposo y un marcado sentimiento de culpa que la hace sentirse como la responsable de todo.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la segunda de seis hermanos. De pequeña vivió en la provincia de Los Santos con sus padres que eran maestros en Macaracas. A la edad de 12 años sus padres lograron el traslado a la provincia de Veraguas y desde entonces residen en Santiago.

Su vida siempre fue muy feliz, expresó al preguntarle sobre su niñez y adolescencia. Sin embargo, recuerda que sus padres peleaban mucho y su papá era muy celoso con la madre, en ocasiones le alzaba la mano cuando ella no cumplía con algún deber doméstico.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está casada desde hace ocho años con su esposo, actualmente separados desde hace tres meses por los problemas de violencia doméstica. No tienen hijos en común. M.M. tiene dos hijos producto de una anterior relación, ambos estudian en Panamá y viven con su padre. En el interior vivía únicamente con su actual pareja, lo que le ha creado un gran problema al no tener un techo donde refugiarse y poder estar en paz.

La relación con su pareja es muy mala, la corrió de la casa, ahora no tiene donde dormir. Ha estado en casa de varias amigas que la han acogido. Pero, ya ha tocado fondo en su Depresión. Su familia no sabe nada porque no quiere preocuparlos y ha preferido callarse y resolver sola sus problemas.

Tanto ella como el esposo proceden de hogares donde se ha vivido problemas de relación entre los padres y problemas de violencia doméstica.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que su niñez y adolescencia fue normal y que en todo momento se sintió bien con su familia. No obstante, recuerda que en muchas ocasiones le tocó presenciar

grandes problemas de los padres, que hoy en día le recuerdan a los que le ha tocado con su esposo y con su ex pareja. .

Su primera relación no le funcionó. Se casó a los 25 años, una vez culminó su licenciatura en Administración de Empresas y se divorció ocho años después. Pasado varios años de estar sola, conoce a la pareja actual, con la cual expresa la paciente haberse equivocado nuevamente.

A nivel profesional se ha desempeñado como comerciante y siente que en ese eslabón de su vida le ha ido bien.

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo: Actualmente está desempleada.

Patrones Culturales y de juego: No practica ninguna actividad deportiva.

Ajuste Social en General: refiere ser una persona callada y tranquila. No se considera tan extrovertida como antes lo era.

Historia Médica: la paciente reporta que padece de Diabetes Mellitus.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional se le observa muy decaída, ansiosa, ambivalente, con altos niveles de frustración, sentimientos de culpa, ella considera que si esto le está pasando por segunda vez es que la culpable es ella: porque se lo merece. Posee baja autoestima, inseguridad emocional.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.

- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** se observó alteraciones en este apartado, puesto que le cuesta concentrarse en sus actividades diarias.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real. No obstante, tiende a culpabilizarse y a depositar en ella misma la ira contenida hacia los episodios de violencia que ha sufrido.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso, típico de la situación de violencia.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional, participó activamente del tratamiento.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- Eje I.** F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]
- Eje II.** Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09] Uso constante de la Negación y Represión.
- Eje III.** Ninguno
- Eje IV.** Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas de vivienda
- Eje V.** EEAG=50

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

M.M. se presenta con un estado emocional muy afectado, se siente confundida e insegura. Posee baja autoestima, le cuesta poder sostener relaciones sociales de forma asertiva. Presenta marcados sentimientos de culpa, ya que de cierta forma reprime y niega la situación problema.

Con esta paciente se trabajó la expresión de sus sentimientos, el manejo de sus emociones, tratando de fortalecer sus respuestas yóicas, a fin de obtener ganancias secundarias al respecto.

En el análisis de la historia familiar encontramos que tanto ella como el esposo provienen de familias, cuyos padres también presentaron dificultades en la relación conyugal. Ello constituye un detonante expresado en diversas literaturas, donde se plantea que los hijos en cuyos hogares han experimentado violencia doméstica tienden a representar a futuro el mismo rol de agresor y/o víctima.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión evidenciada. No obstante, con ella hemos seguido trabajando a nivel institucional, pues consideramos oportuno seguir el tratamiento en citas de control y le estamos dando el seguimiento en la CSS. Adicional a ello por sus niveles de depresión e ideas autolíticas expresadas al inicio, fue derivada a Psiquiatría.

HISTORIA CLINICA: CASO N° 7

INFORMACIÓN GENERAL

Primera Entrevista: noviembre 2012

Nombre: R.P

Edad: 23 años

Religión: Evangélica

Escolaridad: Universitaria

Estado Civil: casada

Ocupación: Lic. Informática

Número de Hijos: N/T

Tipo de Violencia sufrida: Psicológica, Sexual

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente expresa estar interesada en participar del tratamiento Psicoterapéutico que se está brindando. Refiere que la relación con el esposo se terminó, porque éste luego de casarse empezó a tratarla mal, la insultaba y le reprochaba la forma en que tenían relaciones sexuales.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD:

La paciente expresa que desde hace aproximadamente 4 meses se está “sintiendo muy mal”, llora constantemente, se siente sola, sin deseos de nada, no puede dormir por las noches y desea poder desahogarse con alguien.

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

La paciente expresa que desde hace 4 meses la relación con su pareja se ha tornado muy difícil y conflictiva. Ella decide irse de la casa para evitar situaciones mayores. Cuenta que a veces se siente nerviosa, angustiada, no tiene deseos ni interés en nada, llora frecuentemente y siente temor de que los episodios de violencia vuelvan a repetirse.

La paciente se encuentra muy confundida, ya que se casa enamorada y al cabo de pocos meses empiezan los problemas con el esposo, que más que todo se debe al plano sexual. Es obligada frecuentemente a realizar prácticas sexuales sin su aprobación, lo que genera malestar en ella.

Describe a su esposo como un hombre manipulador y que no valora lo tanto que ella realizó por él. La amenazaba, humillaba y trataba de gobernarla. Estas actitudes no son toleradas por ella y mejor decidió irse a su casa con su madre.

Desde que iniciaron la convivencia ha habido muchos problemas, según la paciente el esposo la obligaba a tener sexo oral en contra de su voluntad, a la fuerza, situación que la desagradaba y la hacía sentirse muy mal. Si se oponía le decía que ella no sirve para nada.

Actualmente están separados desde hace 3 meses, desea romper la relación para siempre, pues expresó que no está dispuesta a tolerar violencia doméstica de ningún tipo.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Problemas en la relación de pareja.
- Víctima de violencia doméstica.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente es hija única de ambos padres. Sus padres están divorciados, por lo que vivió con su madre y con la abuela.

De pequeña su vida era muy feliz y recuerda los momentos en que vivían cerca del papá y podía ir a jugar con sus primas mayores.

Al hablar de su familia, expresó que siempre mantuvo buena relación con ellos; pero, le faltó el convivir con su padre, aunque éste siempre estuvo al pendiente de ella.

HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

La paciente está casada desde hace un año con su esposo, actualmente separados desde hace tres meses por los problemas de violencia doméstica. Refiere la paciente sentirse muy mal por las humillaciones constantes que le hacía el esposo. La relación con su pareja la describe como “mala”, ya que debido a todos esos problemas ella se ha sentido muy deprimida y ansiosa.

Actualmente regresar a su casa por temor a ser víctima nuevamente de su pareja. Desea poder olvidar todo lo que le ha tocado sufrir y salir adelante de esta triste situación para ella, para la cual no estaba preparada, expresó.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere que durante su niñez y adolescencia tuvo un desarrollo normal y vivió cada una de sus etapas de manera satisfactoria. A pesar que es hija de padres separados siempre mantuvo excelente comunicación con ellos y desarrolló un adecuado nivel emocional.

Se enamoró con su esposo a los veinte años, en contra de la aprobación de la madre, ya que no estaban de acuerdo con que ella estuviese enamorada de ese muchacho que a ella le parecía manipulador y controlador, al querer controlarle los amigos, vestimenta y su apariencia personal

PATRONES DE AJUSTE

Patrones de Trabajo

Realiza sus estudios Universitarios en Lic. Informática. Se desempeña como asistente de laboratorio en una escuela de la localidad.

Patrones Culturales y de juego:

Hace un mes ingresó a un gimnasio con una amiga. No acostumbra a realizar deportes.

Ajuste Social en General

Refiere ser una persona callada, tímida y tranquila. No es muy sociable, ya que desde que se enamoró con su esposo él la controlaba mucho y no la dejaba salir sola. Cuando salía a alguna actividad era con él.

Historia Médica

La paciente no reporta haber sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró comunicativa y atenta durante el proceso de entrevista. Sin embargo, a nivel emocional se le observa decaída, ansiosa y con temor de repetir la situación

de violencia vivida, reitera su deseo de recibir apoyo. Por disposiciones de horarios laborales se le atendió los días sábados.

- **Nivel de Conciencia:** muestra la paciente un nivel de conciencia adecuada con respecto a la orientación de sí misma, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la paciente.
- **Lenguaje:** la paciente fue capaz de entender y responder a preguntas perfectamente.
- **Memoria:** fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ningún problema.
- **Atención:** no se observó alteraciones en este apartado.
- **Estructuración del pensamiento y percepciones:** no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni alteraciones en la percepción real.
- **Estado de ánimo y personalidad:** el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y ansioso.
- **Conciencia de Enfermedad:** la paciente estaba consciente que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I. F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

Z63.0 Problemas de Relación con la pareja [V61.1]

Eje II. Z03.2 No hay diagnóstico [v71.09]

Eje III. Ninguno

Eje IV. Problemas conyugales (Violencia Doméstica)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V. EEAG=60

DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPÉUTICO

A continuación presentamos un breve resumen de los puntos más relevantes del caso, por cuestiones prácticas no es posible incluir todos los aspectos específicos del caso.

R.P. se presenta con un estado emocional asociado a ansiedad y depresión al momento de la evaluación. Se trabaja en el fortalecimiento de sus mecanismos de afrontamiento y en la expresión saludable de los mismos, mediante la comunicación con familiares, las redes de apoyo y manejo de la asertividad.

Al finalizar las sesiones de Psicoterapia de Apoyo la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión y sobre todo en el empoderamiento de los aspectos concernientes a la violencia doméstica, lo cual sirve de agente multiplicador para prevenir el desarrollo de situaciones violentas de mayor magnitud. Al aplicar el post test encontramos una gran mejoría de los síntomas anteriormente destacados por la paciente. A nivel consciente deseaba no continuar con la relación, pues no deseaba seguir sufriendo, actitud que le sirvió de mucho en terapia.