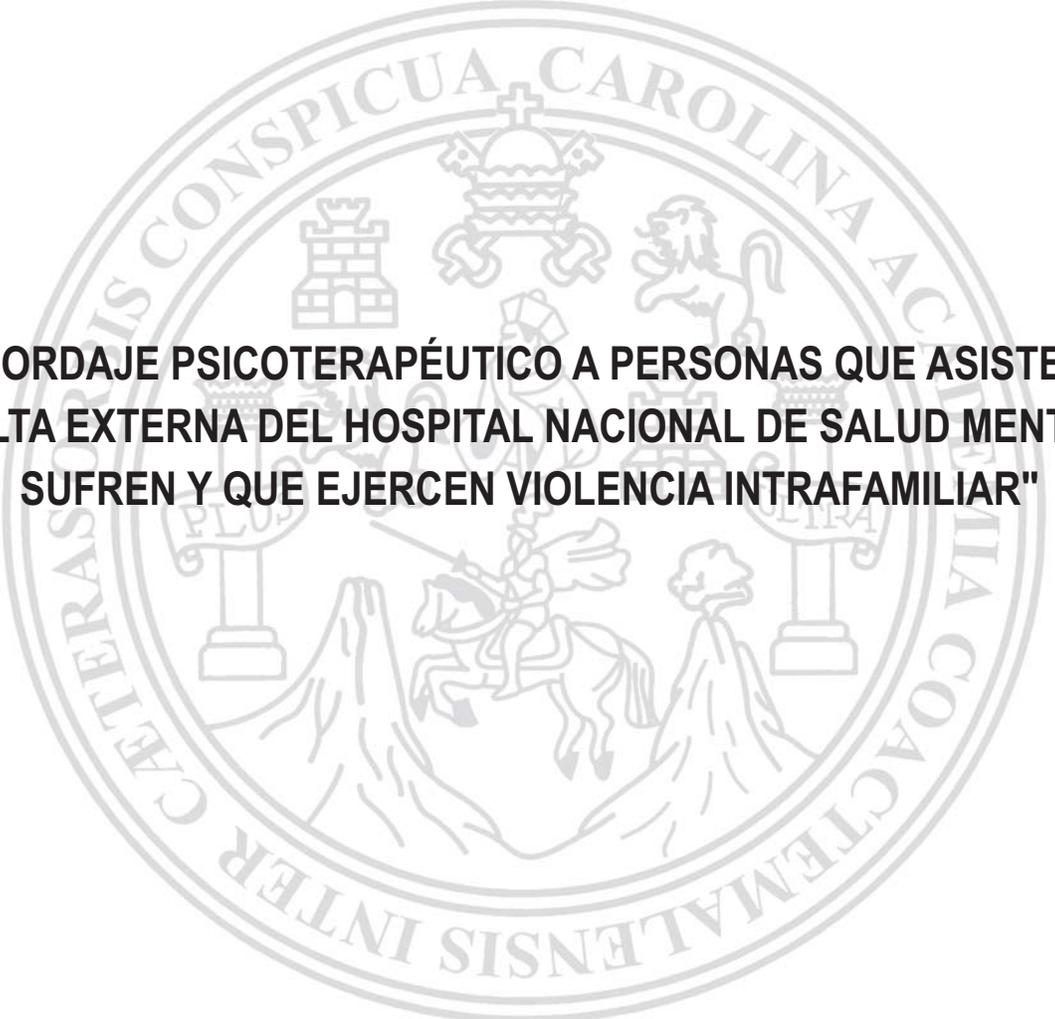


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield. Above the knight is a crown with a cross on top. To the left of the crown is a castle, and to the right is a lion. The entire scene is set against a background of a mountain range. The Latin motto "CETERAS URIBUS CONSPICUA CAROLINA AC" is inscribed along the top inner edge of the seal, and "SCIENTIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed along the bottom inner edge.

**"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE
SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"**

DIANA MARÍA NUFIO OLIVA

GUATEMALA, ABRIL DE 2010

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE
SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

DIANA MARÍA NUFIO OLIVA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

Guatemala, abril de 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 138-2009
CODIPs. 793-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

12 de abril de 2010

Estudiantes

Diana María Nufio Oliva

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUADRAGÉSIMO QUINTO (45º) del Acta OCHO GUIÓN DOS MIL DIEZ (08-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de abril de 2010, que copiado literalmente dice:

"CUADRAGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

DIANA MARÍA NUFIO OLIVA

CARNÉ No.200416557

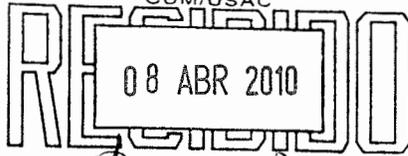
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Alejandra Monterroso y revisado por el Licenciado Iván Rocaef Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



CIEPs 109-10
REG 017-09
REG: 138-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

HORA: 14:10 Registro: _____

INFORME FINAL

Guatemala, 06 de Abril 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado Iván Rocaél Monzón ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR."

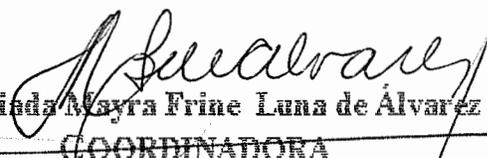
ESTUDIANTE:
Diana María Nufio Oliva

CARNÉ No:
2004-16557

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 11 de Marzo del 2010, y se recibieron documentos originales completos el 05 Abril del 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 110-10
REG: 017-09
REG 138-09

Guatemala, 06 de Abril 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR."

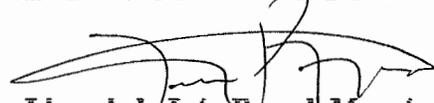
ESTUDIANTE:
Diana María Nufio Oliva

CARNÉ No.:
2004-16557

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 23 de Febrero 2010 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑADA A TODOS"


Licenciado Iván Rocael Monzón
DOCENTE REVISOR



/Arelis.
c.c. Archivo



Guatemala, 11 de febrero de 2010

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología

--CIEPs -- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la asesoría del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR".

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.:

Diana María Nufio Oliva

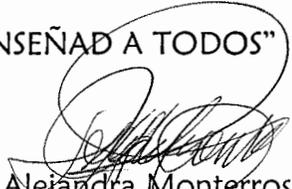
2004-16557

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Alejandra Monterroso

Colegiado No. 432



CIEPs. 169-09
REG.: 138-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 03 de noviembre del 2009.

ESTUDIANTE:
Diana María Nufio Oliva

CARNÉ No.:
2004-16557

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

"EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN AGRESIÓN".

ASESORADO POR: Licenciada Alejandra Monterroso

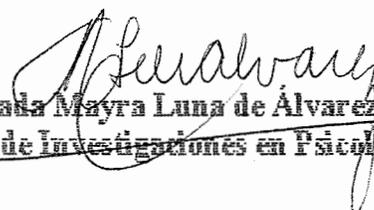
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones el 14 de octubre del 2009 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Iván Rocael Monzón
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. Archivo



HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL
Colonia Atlántida Final Zona 18, Guatemala, C. A.
Tels. 22561126, 22561486

Guatemala, 20 de enero de 2010

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

El motivo de la presente es para informarle que la estudiante **DIANA MARÍA NUFIO OLIVA**, con No. de carné 200416557 realizó el trabajo de campo de su tesis en este centro hospitalario en la Clínica de Violencia Intrafamiliar, bajo el título de: "EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR". Durante el período del 22 de octubre al 30 de diciembre de 2009.

Atentamente me suscribo de usted,

Licda. Silvia De Leal

Coordinadora de Psicología



Vo. Bo.

Dr. Miguel Alejandro De León

Subdirector

C.C. Dr. De León/Subdirector

C.C. Licda. De Leal/ Coordinadora de Psicología

C.C. Archivo

TIEMPO DE
SOLIDARIDAD

GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM
GUATEMALA



ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Has sido mi fortaleza en los momentos difíciles y una esperanza en todos los momentos felices de mi vida. Gracias por todas las personas que amo y que me acompañan en este día tan maravilloso.

A MI MADRE:

Maribel Oliva. Por que siempre has sido absolutamente todo lo que he necesitado, por todo tu amor, tu esfuerzo y tus sacrificios. Espero que este logro te enorgullezca y sea una pequeña recompensa de lo mucho que me has dado.

A MIS HERMANOS:

Valentina, Sáchiko y Vini. De una manera u otra contribuyeron a la realización de este proyecto y se que sin ustedes mi vida no sería la misma.

A MI FAMILIA EN GENERAL:

Gracias por acompañarme en este día tan especial y disfrutar conmigo otro triunfo alcanzado.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS:

Cada uno de ustedes ha dejado una huella imborrable en mi vida y siempre los llevaré en mi corazón, recordando cada uno de los momentos que compartimos.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESPECIALMENTE A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Gracias por brindarme las herramientas necesarias para desenvolverme de forma eficaz y devolver a la sociedad los conocimientos aprendidos a lo largo de mi vida universitaria.

A LICDA. ALEJANDRA MONTERROSO:

Por su valiosa asesoría y supervisión en la elaboración de la presente investigación.

A LIC. IVAN MONZON:

Por su acompañamiento y revisión a lo largo de este estudio.

AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL:

Por ser un pilar muy importante en mi formación y darme la oportunidad de tener esta experiencia que sin duda cambio mi visión para con todas las personas que necesitan nuestra intervención como psicólogos.

A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA:

Que a través de sus vivencias individuales se llevo a cabo la recolección de la información necesaria para finalizar este estudio.

A LICDA. SILVIA DE LEAL:

Por proporcionarme un espacio para desarrollar mi investigación y por toda la ayuda en la misma. Muchas gracias.

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Alejandra Francisca Monterroso Bolaños

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 432

Silvia Telma Rodríguez Enríquez De Leal

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 2325

René Vladimir López Ramírez

Médico Psiquiatra

Colegiado No. 9296

ÍNDICE

	Pág.
Prólogo	1
Capítulo I	
Introducción	5
Subjetividad	6
Abuso y Maltrato	7
Dependencia Emocional	8
Violencia Intrafamiliar	9
El Ciclo de la Violencia	10
El perfil de la Víctima	14
El perfil del Agresor	16
Psicoterapia de Grupo	19
Terapia de Apoyo	21
Terapia Cognitiva – Conductual	22
Capítulo II	
Técnicas y Procedimientos	26

Capítulo III

Presentación, análisis e interpretación de los resultados	30
---	----

Capítulo IV

4.1 Conclusiones	48
------------------	----

4.2 Recomendaciones	49
---------------------	----

Bibliografía	50
--------------	----

Anexos	52
--------	----

Resumen	66
---------	----

PRÓLOGO

El presente informe, titulado: “El abordaje psicoterapéutico a personas que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental que sufren y que ejercen violencia intrafamiliar”, surgió por las necesidades observadas en la población consultante, debido a la demanda de atención psicológica a sobrevivientes de violencia intrafamiliar y a los agresores. Teniendo como propósito general estudiar la importancia de dichos procesos psicoterapéuticos en un problema que por mucho tiempo se ha considerado “normal”.

El presente trabajo de investigación intentó que los consultantes a la clínica a través de la psicoterapia de grupo adquirieran conocimientos y responsabilidades por la violencia ejercida y/o que ejerzan a un tercero, por medio de actividades específicas que pretendieron facilitar el cambio y el crecimiento personal de los pacientes.

Socialmente, se consideró importante una investigación de esta naturaleza porque se observaron las distintas formas de violencia, intimidación y victimización que se producen en el ámbito familiar; y que por lo tanto tienen consecuencias sobre todas las personas que en ella conviven.

Guatemala es un país que muestra altos índices de violencia intrafamiliar produciendo en la víctima miedo y rechazo del contexto donde sufre la violencia, pérdida de confianza de sí misma y en los demás. Y otros problemas derivados de la situación a la que se ven sometidas repetidamente, poca concentración, baja autoestima, aislamiento, ansiedad y temor constante.

La importancia que resalta la investigación se enfocó en determinar que los golpes y las palizas no se olvidan, pero que estos han empezado a curarse y el agresor resulta amable, y la víctima necesita tanto afecto que tendrá que enfrentarse a tantas situaciones nuevas, que al final cede.

Las actividades en la investigación fueron orientadas a mejorar la calidad de vida de los consultantes y de esta manera reducir sus niveles de ansiedad y frustración ante las situaciones de violencia que enfrentaron cotidianamente.

Otra razón por la que se consideró importante el tema de la investigación fue el hecho de que los agresores suelen tener una baja autoestima, lo que les produce frustración y la forma como ellos alivian la frustración es a través de la agresión. Y de esta manera creyeron que ejerciendo poder o control sobre la mujer les hace ser más “machos”. Por ello cualquier actitud, comportamiento, gesto o comentario que ellos consideraron que pudiera disminuir su autoridad o dignidad fue respondido con violencia.

Dentro de la investigación la población objeto de estudio oscilo entre las edades de 15 a 60 años de edad. Se realizó una entrevista individual a las mujeres y a los hombres para conocer su opinión acerca de la violencia intrafamiliar, la cual sirvió de referencia para las posteriores actividades dirigidas a que reconozcan la violencia que sufren y la que ejercen a otros, aumentar la autoestima y la asertividad, consiguiendo de esta manera mejorar en lo posible la calidad de vida de las personas consultantes.

Se observó el comportamiento de los pacientes durante las entrevistas estructuradas y la psicoterapia de grupo. Un alto porcentaje de ellos colaboraron, manifestaron sus sentimientos y pensamientos en las sesiones, y también los plasmaron en sus cuadernos personales. Se apoyaron entre sí, de acuerdo a su propia experiencia con la violencia intrafamiliar.

En este sentido fueron más empáticas las mujeres, los hombres por su parte tuvieron más dificultades. Algunos hicieron insight con respecto a su actual situación y estuvieron dispuestos a modificar estas pautas de conductas agresivas.

El resultado de las continuas sesiones, fueron consecuencia de la disminución de las discusiones entre parejas e hijos, para los participantes casados. Los solteros informaron también mejoras en sus relaciones interpersonales.

Muchos de estos pacientes comparten entre ellos historias de abuso sexual infantil, violaciones, negligencia, patrones de crianza autoritarios, falta de comunicación y ejercer violencia asimismo funcionar con dependencia emocional, fueron las maneras de relacionarse que conocen como “normal”.

La hipótesis de la presente investigación se acepta, ya que los pacientes tanto víctimas como agresores de violencia intrafamiliar, con un seguimiento duradero de psicoterapia de grupo, reconocen, aceptan y se responsabilizan de sus propios rasgos y comportamientos agresivos; y tienen un mejor pronóstico de llevar una vida mucho más feliz y plena, en contraste de quienes no denuncian ni se dan cuenta del círculo de violencia intrafamiliar donde se consumen día con día.

Las condiciones observables en la población a estudiar, fueron heterogéneas, porque generalmente viven en un contexto diferente en relación a su nivel educativo, económico, social y cultural.

Este estudio fue guiado por el objetivo general de determinar el efecto que causa el abordaje psicoterapéutico a personas que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental que sufren y que ejercen violencia intrafamiliar.

Y los objetivos específicos de detectar las características psicosociales que predisponen a los agresores y a las víctimas. Evaluar los mecanismos de acción y mejoría de las personas consultantes de la consulta externa, por medio de la constancia, participación activa y colaboración en el proceso terapéutico.

Según lo planificado en el proyecto de investigación la población objeto de estudio oscilaría entre las edades de 18 a 45 años. Empero, durante la recolección de la información en el trabajo de campo disminuyeron y aumentaron respectivamente las edades de los consultantes, quedando para el informe final entre 15 a 60 años de edad. Otro cambio en el transcurso del estudio fueron las opciones de respuesta para las entrevistas, esta obedeciendo a las características de la muestra. También se modificó el número de sesiones a ocho, porque los participantes se fueron integrando al grupo y no estuvieron los 12 desde el inicio. Por último se anexaron documentos adicionales que se utilizaron en el trabajo de campo con los pacientes.

Esta fue una experiencia incomparable ya que aplique la teoría aprendida en mi formación tanto como futura psicóloga como practicante en este centro asistencial, así como los nuevos conocimientos adquiridos en la ejecución del proyecto, ya que cada paciente fue

único, con historias similares pero evoluciones distintas. A nivel personal, me concientizo aún más de lo importante que es venir de una familia unida y funcional.

La investigación aportó beneficios tanto para la investigadora, como para los participantes y profesionales del Hospital Nacional de Salud Mental, debido a que este trabajo podrá ser tomado como marco referencial para futuras investigaciones y análisis referentes al fenómeno de la violencia intrafamiliar.

Para la Universidad de San Carlos de Guatemala y enfocándolo en la Escuela de Ciencias Psicológicas la violencia intrafamiliar es un problema arraigado en el inconsciente de la población, por lo que fue necesario contar con la preparación para el abordaje de acuerdo a las necesidades que presentaron los consultantes.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

El problema de la violencia intrafamiliar afecta a un gran porcentaje de la población guatemalteca, independientemente de su nivel social, cultural o económico.

Aunque se observa que las mujeres, niños y adultos mayores son los grupos más vulnerables a vivir situaciones de violencia.

Debido a que los hombres culturalmente no tienen derecho a expresar sentimientos y por eso, añadiendo la vergüenza que implicaría el hecho de denunciar algún tipo de violencia del cual son víctimas, estas estadísticas permanecen bajas por el silencio de los mismos.

La salud de las mujeres se había abordado solamente en el plano de la reproducción humana; no existía una asociación de las enfermedades con los géneros, con excepción de las del aparato reproductor.

Hasta hace tres décadas esto comenzó a cambiar, a partir de las inquietudes y aportaciones de las mismas mujeres, contemplándose a la salud de una manera más integral e incluyéndose los daños ocasionados por violencia familiar.

Uno de los principios básicos para que un comportamiento determinado se repita es que sus consecuencias sean positivas e inmediatas.

Entre las consecuencias positivas para el agresor es que en la víctima produce elevado estrés, que la lleva a una depresión del sistema inmunológico, y como consecuencia, surgen un mayor número de enfermedades, baja autoestima, depresión, intentos de suicidio, consumo de alcohol y drogas, incapacidad a causa de las lesiones, abortos y fallecimientos a manos del agresor.

SUBJETIVIDAD

“Durante la mayor parte de la historia los hombres concibieron la realidad en la que vivían como el mundo, un mundo dado, exterior, permanente, no un mundo construido y delineado contingentemente, no un mundo posible entre otros”.¹

Por ello en todas las visiones, la cultura es la construcción humana por excelencia; el hombre simplemente no puede prescindir de ella sin hundirse en el caos.

La historia nos muestra que las formas de maltrato familiar existieron desde la antigüedad en diversas culturas donde los hijos eran considerados propiedad privada de los padres, estos tenían derecho sobre su vida y muerte, pudiendo decretar además su estado de libertad o esclavitud.

Se dice que la subjetividad es el conjunto de características particulares que hacen del ser humano una persona autónoma, con deseos y voluntad propios. Sin embargo, el valor subjetivo se refiere al tipo de juicio aceptado por personas, grupos ó instituciones que surgen del contexto social y es considerado por él.

“La subjetividad es, así, el sujeto en todo aquello que constituye su ser en sí y para sí en sus disposiciones naturales, sus capacidades en el sentir, el querer, el pensar, en la nostalgia, el amor, el sufrimiento y la fe”.²

Es tanto individual como social, se construyen y de construyen los elementos que la integran desde la cotidianidad de cada persona.

“La realidad construida se aprende como ya objetivada, en el sentido subjetivo de un mundo coherente y ordenado, capaz de dar significado al conjunto de los individuos”.³

¹ Gleizer Salzman, Marcela. **“IDENTIDAD, SUBJETIVIDAD Y SENTIDO EN LAS SOCIEDADES COMPLEJAS”**. Editorial FLACSO. México, 1997. Pág. 160.

² Ritter, Joachim. **“SUBJETIVIDAD: SEIS ENSAYOS”**. Editorial Alfa. Barcelona, España, 1986. Pág. 10.

³ Gleizer Salzman, Marcela. Op. Cit., Pág. 159.

ABUSO Y MALTRATO

“El abuso es burlar o perjudicar a alguien que ha brindado afecto y confianza. Los factores comunes que subyacen en todas las formas de abuso son el poder y la autoridad”.⁴

El abuso físico, es una forma de violencia intrafamiliar y puede empezar con un empujón o un pellizco. Nunca se puede justificar, ni se debe tolerar. La persona que usa la agresión física para lograr sus objetivos, puede acabar destruyendo a su pareja o a sus hijos.

La situación de abuso o maltrato en la familia, surge en un contexto de asimetrías de poder y a veces de escalada de conflictos, donde el hombre (generador), necesita ejercer cada vez más dominio sobre la mujer (receptora). Este dominio o control, lo intenta afirmar o reafirmar abusando del poder con medios que provocan miedo o inhibición, tales como la descalificación, la intimidación o el golpe.

“El maltrato es una conducta repetida en el tiempo que causa daño físico, psíquico y/o emocional. La negligencia o falta de cuidados necesarios también implica maltrato. Las formas de maltrato pueden ser por comisión; es decir, activo, como son el abuso físico, emocional y sexual; o por omisión o pasivo, como es el abandono físico, emocional, o niños que son testigos de violencia”.⁵

El elemento básico para el ejercicio del maltrato no es la existencia de agresividad, sino la presencia de personas en desigualdad de poder. El maltrato se ejerce sobre un real o potencial subordinado.

Entre iguales podrá existir agresión, violencia mutua, conflicto, pero no maltrato. Entre quienes tienen más poder de igual manera existirá rabia, inhibición, rebelión, pero tampoco llegarán al maltrato.

Entre los tipos de maltrato más utilizados se encuentran los siguientes:

⁴ Kipen, Ana y Mónica Caterberg. **“MALTRATO, UN PERMISO MILENARIO”**. Editorial Intermón Oxfam. Barcelona, España, 2006. Pág. 96.

⁵ *Ibíd.* Pág. 98.

El maltrato físico, acto que atenta o agrede el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies, etc.

El maltrato psicológico, las actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc.

El maltrato sexual, la imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad.

El maltrato económico, no cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos.

DEPENDENCIA EMOCIONAL

“Se llama dependencia emocional a la necesidad de tener a otros para sobrevivir, querer que otros lo hagan por nosotros y depender de otros para poder percibir nuestra propia imagen, tomar nuestras propias decisiones y que se encarguen de nuestro bienestar económico.

Como somos emocionalmente dependientes, miramos hacia los demás para recibir nuestra propia felicidad, nuestro concepto del yo y nuestro bienestar emocional. Sacrificamos lo que realmente queremos y necesitamos por el miedo a ser rechazados, abandonados o confrontados”.⁶

Es esa necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. Pese a su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el/la dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente.

⁶ Patton Thoele, Sue. “EL CORAJE DE SER TÚ MISMA”. Editorial Selección EDAF. Madrid, España, 2000. Pág. 23-24.

“Si no te gusta sentirte así, y no he conocido mujer alguna que diga que le gusta, comienza a darte cuenta de que tomar tiempo para ti no es un acto egoísta y sin valor. Por el contrario, te sorprenderá cuánto puedes dar a los demás y a los que amas, así como lo que lograrás al nutrir tu espíritu.

No importa si eres madre, esposa, hermana, hija, ejecutiva, empleada de tiempo completo o todo lo anterior, si no te cuidas, no tendrás lo necesario para continuar con el ritmo actual. Tarde o temprano, simplemente te desvanecerás de puro cansancio. Descubrirás que no puedes ser feliz y que no puedes dar a los demás si no hay nada más que dar dentro de ti”.⁷

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar es un comportamiento disfuncional, originado en creencias y aprendizajes inadecuados. Por lo que es normal la existencia de conflictos en las relaciones familiares. Sin embargo, la violencia como forma de resolución de conflictos nunca es justificable y genera graves problemas para el desarrollo y la salud de las personas.

“El cuadro general del síndrome de schrehezade, en el cual las mujeres una vez comprometidas en una relación, pierden su concepto de ser independiente. Insidiosamente desarrollan un sentimiento creciente de inseguridad acerca de sus valores y deseos, y terminan por amalgamarse con el objeto de su amor, como si el amor demandara el sacrificio de sus ideales y de la totalidad de su ser”.⁸

Así mismo la violencia familiar afecta la estabilidad de la pareja, la calidad de vida familiar, la salud y el desarrollo psicológico y social de sus integrantes en especial de las víctimas. Estos frecuentes, injustos, dolorosos e innecesarios maltratos que suceden en el interior de los hogares sin duda pueden ser evitados.

⁷ Carlson, Kristine. **“NO TE AHOGUES EN UN VASO DE AGUA: LA MUJER ACTUAL”**. Editorial Alamah. México, D.F., 2003. Pág. 72.

⁸ Burin, Mabel y Emilce Dio Bleichmar. **“GÉNERO, PSICOANÁLISIS, SUBJETIVIDAD”**. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1996. Pág. 31.

“En la propuesta de Berger y Luckmann el universo simbólico cumple la función de integrar las definiciones de realidad en un marco de referencia universal compartido por la mayoría de la sociedad, el cual presenta al orden institucional como una totalidad simbólica de manera que la experiencia cotidiana de los individuos tenga lugar dentro del mundo de la vida”.⁹

Este fenómeno se gesta, crece y destruye poco a poco a los miembros de un núcleo familiar; para después expandirse como un virus al mundo en forma de asaltos, secuestros y guerras. Hay muchas formas en las que se puede identificar que las personas están inmersas en una relación destructiva.

La agresividad es algo natural y sano, es un instinto para sobrevivir, es una fuerza interna que nos ayuda a salir adelante y a motivarnos para satisfacer necesidades básicas, se transmite genéticamente, su finalidad es la conservación de la especie y está presente en animales y en humanos. El hombre es tan complejo, porque se desarrolla también de manera negativa y se le llama agresión, la cual se manifiesta por medio de la violencia.

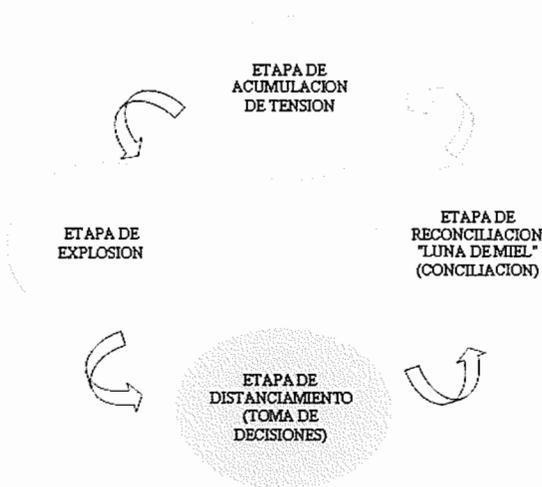
Sin embargo, no solo existen los golpes y los abusos físicos, sino también una violencia enmascarada con hirientes palabras, actitudes, gestos y los silencios. Por ello cualquier niño que haya experimentado violencia, tiene altas posibilidades de convertirse en un sujeto agresivo y en la adultez formar una familia belicosa, y continuando así el ciclo que se repetirá de generación en generación.

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece.

⁹ Gleizer Salzman, Marcela. Op. Cit., Pág. 160.

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Según la psicóloga Leonore Walker, quien se dedicó a estudiar la violencia contra mujeres, personas menores de edad y adultos mayores, encontró patrones similares en los diferentes casos de abuso y formuló con ello una teoría reconocida actualmente a la que se denomina como el ciclo de la violencia.



Este ciclo está compuesto por cuatro fases distintas, que varían en intensidad y tiempo. Son las siguientes:

Fase de aumento de tensión: “En esta etapa ocurren varios incidentes menores que aumentan la tensión en la relación. Comienza la violencia sutil de tipo psicológico, que no parece ser una actitud hostil, pero que va teniendo un efecto devastador en la confianza y seguridad de las mujeres y niños, dado que se caracteriza por ser la de mayor duración”.¹⁰

La mujer se siente cada vez más frustrada y perpleja. No puede conseguir que su pareja comprenda sus puntos de vista. Empieza a preguntarse qué es lo que está haciendo mal y por qué se siente tan angustiada. El hombre cada vez comparte menos con ella sus planes o sentimientos. Curiosamente, siempre parece tomar el punto de vista opuesto al de su compañera en cualquier tema que ella menciona.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. **“PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”**. Editorial Magna Terra S.A. Ciudad de Guatemala. Octubre 2008. Pág. 20.

“Vive con un hombre al que dice amar, por el cual se siente intimidada y al cual trata de satisfacer. Gran parte de su energía está destinada a producirle el mínimo de aflicción. En este proceso, la mujer renuncia a su libertad, como si devoción o amor requirieran renunciar a su capacidad y a su sentido de identidad adulta”.¹¹

La víctima del abuso vive en un estado de confusión, en público ella es una con el hombre pero en privado el se transforma. Todo empieza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmo, largos silencios, demandas irrazonables o manipulativas.

“La idea delirante de un abandono inminente es un precursor de la conducta violenta”.¹²

De forma sutil o no tan sutil, se le repite a la mujer el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y de que sus sentimientos son malos o patológicos. Ella acaba dudando de su propia experiencia y sintiéndose culpable por lo que pasa. Cree que su pareja no la acaba de entender porque ella se comunica mal.

El abuso verbal es un problema de control, de lucha por adquirir y mantener el poder. Los primeros efectos son confusión, angustia y culpabilidad.

Estas mujeres intentan a toda costa evitar que el hombre se enfade. No obstante, cuanto más se disculpa ella por sus "errores" más se enfada él. Cuanto más le manifiesta ella su amor, él la percibe más empalagosa, dependiente e incluso exasperante. Después este se empieza a distanciar emocionalmente, es cuando ella siente pánico de que la abandone y se apega más y más.

La explosión o el momento del incidente agudo de agresión: “La primera fase se va incrementado hasta precipitar la descarga, que corresponde a la segunda fase del ciclo, la

¹¹ Burin, Mabel y Emilce Dio Bleichmar. Op. Cit., Págs. 38-39.

¹² Dutton, Donald y Golant Susan. Op. Cit., Pág. 30.

más corta e intensa, donde quien violenta pierde el control y se da lugar a la discusión fuerte, el golpe y otros”.¹³

No existe ningún control, por lo que se produce una descarga de tensiones que se venían acumulando en la fase anterior.

Por lo general el agresor descarga sus impulsos en alguno de los miembros de la familia, ya que según él los problemas externos son responsabilidad de quienes le rodean en casa.

La fase de distanciamiento/minimización: “Se generará posteriormente a la explosión en un momento de distanciamiento entre quien violenta y la violentada, lo que muchas veces constituye la oportunidad para tomar la decisión de buscar ayuda, en el caso de las mujeres adultas”.¹⁴

El arrepentimiento, amabilidad y comportamiento cariñoso: A esta fase también se le conoce como la fase de la luna de miel. El agresor se comporta de una manera fuera de lo usual, pues es cariñoso y amable. Lo anterior con el fin de obtener el perdón por parte de la persona que fue agredida.

Esta situación desconcierta a las víctimas y en muchos casos le perdonan y si han tomado medidas represivas las eliminan.

Aunque a veces puede haber algo de cierto en los ofrecimientos hechos, ese comportamiento no suele ser duradero y el ciclo inicia de nuevo.

“La agresión sin embargo, no es una conducta imitada, sino un medio aprendido de auto-preservación”.¹⁵

¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Op. Cit., Pág. 21.

¹⁴ *Ibíd.* Pág. 22.

¹⁵ Burin, Mabel y Emilce Dio Bleichmar. Op. Cit., Pág. 13.

Este ciclo puede repetirse constantemente, y su duración depende de cada tipo de agresor, se ha llegado a afirmar que en sus repeticiones, los accesos de violencia manifiesta pueden ser cada vez más graves hasta incluso se presentan casos de homicidio.

Es importante aclarar que el agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

EL PERFIL DE LA VÍCTIMA

“La víctima maltratada no es víctima por azar, generalmente ha vivido en su infancia situaciones de maltrato, ya sea en su familia o que ella misma haya soportado castigos injustos, así como situaciones de bullying (acoso escolar). Todo esto afecta el psiquismo debilitando las posibilidades de defensa. Generalmente, son mujeres que no se dan cuenta de que cayeron en una pendiente, que su baja autoestima no les permite ver la realidad que están viviendo. La mujer pierde el sentido de su integridad y puede hasta llegar a justificar y negar la violencia del otro. La víctima se caracteriza por no desconfiar, confía en el hombre elegido, y se entrega totalmente”.¹⁶

La mujer se deja maltratar, en algunos casos, porque se considera responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Por eso se dice que la mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia afectiva, su autoestima queda por los suelos hasta creer que ella misma que merece tales insultos y golpes.

“La mujer tiende a devaluar sus habilidades al formar pareja, como si su concepto de feminidad incluyera la noción de renuncia a su adultez y a su maestría a favor del hombre”.¹⁷

¹⁶ Kipen, Ana y Mónica Caterberg. Op. Cit., Pág. 108.

¹⁷ Burin, Mabel y Emilce Dio Bleichmar. Op. Cit., Pág. 56.

“La mujer se convierte en pura cosa para el hombre, el cual la utiliza bajo formas más o menos brutales, pero siempre de uso, como objeto para su servicio, cualquiera sea la forma que ese servicio adopte”.¹⁸

Esta condición de víctima, por lo general más que ayudar a la mujer a superarse y abandonar la relación violenta en la que vive, lo que hace es perjudicarla; ya que en el momento que ella adquiere y se apropia de dicha condición, reduce la responsabilidad sobre sus acciones y su capacidad y oportunidad de constituirse y agenciarse de sí misma. La mujer renuncia a hacerse responsable de sus actos y a tomar las riendas de su vida para responsabilizar a otro sobre sus decisiones y su futuro.

“En la pasividad femenina se esconde muchas veces la agresividad encubierta. Sin embargo muchas mujeres adoptan la pasividad como resistencia a la coparticipación que en ocasiones le sería exigible”.¹⁹

El abuso de poder es una práctica antigua como el tiempo. Ya que siempre han existido personas mayores y pequeñas que presentan conductas agresivas o que explotan los puntos débiles de los demás en su provecho.

“La educación en sentido amplio adquiere formas peculiares de represión para la mujer. Si bien toda educación se ejerce en la práctica con carácter represivo, con miras a la posibilidad de que el educando se adscriba finalmente al grupo social al que los adultos pertenecen, la educación para la mujer reviste formas represivas notablemente más intensas y cualitativamente dispares”.²⁰

“La represión en la familia es una forma de dominación. La mujer es reprimida, y asimila más o menos perfectamente su aprendizaje en la represión, para que, desde su función “excelsa” de madre (todo lo más, adornada con alguno de los atributos de la “mujer

¹⁸ Castilla del Pino, Carlos. **“CUATRO ENSAYOS SOBRE LA MUJER”**, Editorial Alianza. Madrid, España, 1989. Pág. 19.

¹⁹ Ibid. Pág. 61.

²⁰ Ibid. Pág. 57.

ideal”, con que se nos obsequia anualmente), se torne ella en el ejecutor primario de la represión del *establishment*. (Establecimiento)”.²¹

Las mujeres ejercen violencia en contra de los hijos y la pareja, aunque de una manera más sutil, invadiendo los espacios de estas personas para quitarles poder y mantenerlos desequilibrados.

De allí la necesidad de ampliar la visión y profundizar en la comprensión de las actuaciones de víctimas y agresores, de sus interacciones, con el fin de develar y revelar aquellas manifestaciones de violencia explícitas e implícitas.

EL PERFIL DEL AGRESOR

Cada situación que interpreta el hombre violento como desafío la vive como un aniquilamiento de su ser, y lo supera mediante actos violentos. Suele ser profundo y patológicamente celoso. Ansía la exclusividad, quiere ser el primero y el único en la atención de su mujer.

El control y la calidez que manifiesten los padres inciden de manera directa en la agresividad y la conducta pro-social de los hijos, en su auto-concepto, en su interiorización de valores morales y en su adquisición de la competencia social.

“Mientras los roles masculinos se proyectan sobre funciones sociales extra-hogareñas, la función social de la mujer se ejerce en el micro-grupo familiar”.²²

“Sentirse rechazado por el padre, sentir la falta de afecto del padre, ser maltratado por el padre, ser insultado por el padre y sentirse rechazado por la madre. Un padre indiferente, ausente, que maltrata y avergüenza de forma intermitente produce un hijo con débil sentido de su identidad. Se requiere la letal combinación de humillación y castigo físico”.²³

²¹ *Ibíd.* Pág. 71.

²² *Ibíd.* Pág. 68.

²³ Dutton, Donald y Golant Susan. **“EL GOLPEADOR: UN PERFIL PSICOLÓGICO”**. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1997. Pág. 105.

“La vergüenza se siente como un ataque a la totalidad del sí-mismo y los incidentes que avergüenzan se recuerdan durante mucho tiempo”.²⁴

Con respecto a los niños golpeados por padres que precisamente usan patrones de crianza autoritarios, tienden a ser más agresivos, a tener dificultades para hacer y mantener amistades y para cumplir con el trabajo escolar. Cuando crecen, tienden a maltratar a sus propios hijos. Esto ha sido llamado transmisión intergeneracional de la violencia y se explica como resultado del aprendizaje.

“Mi sospecha es que una madre maltratada no puede equilibrar las difíciles demandas que le plantea su hijo en las primeras fases de su desarrollo.

Además, dado que los hombres violentos sufren las consecuencias de no haber completado la tarea evolutiva de acercamiento, hay algunas similitudes entre su conducta en la niñez y su conducta en la edad adulta”.²⁵

“Para un hombre, las relaciones íntimas de carácter romántico son lo que más se aproxima a la recreación de su temprano vínculo con su madre. De hecho la violencia excesiva en los adultos suele denominarse *ira infantil*”.²⁶

“Jorge Corsi en su libro *Violencia masculina en la pareja*, describe aquello que la sociedad considera cómo debe ser un hombre:

- La masculinidad es la forma más valorada de la identidad de género.
- El poder, la dominación, la competencia y el control constituyen pruebas de la masculinidad.
- La vulnerabilidad, los sentimientos, las emociones, la sensualidad, la ternura y el contacto físico deben evitarse por ser signos de feminidad.
- El autocontrol, el control sobre otros y sobre su entorno es esencial para su seguridad.

²⁴ *Ibíd.* Pág. 106.

²⁵ *Ibíd.* Pág. 122.

²⁶ *Ibíd.* Pág. 126.

- El hombre que pide ayuda muestra signos de debilidad, vulnerabilidad e incompetencia.
- El pensamiento racional del hombre es la forma superior de inteligencia.
- El éxito de las relaciones se asocia a la subordinación de la mujer a través del poder y el control de la relación.
- La sexualidad es el principal medio para probar la masculinidad.
- La intimidad con otros hombres debe ser evitada por temor al afeminamiento y a la homosexualidad.
- La autoestima se basa en los logros obtenidos en el ámbito económico y laboral.

Estos principios básicos implican el dolor y la represión como defensa del aprendizaje de virilidad”.²⁷

Los hombres están encasillados culturalmente y viviendo su rol como dominantes, machistas y sin derecho a expresar sentimientos, ni emociones ya que esto los tildaría de homosexuales.

Es un grave inconveniente el que los hombres por asimilación de la cultura patriarcal conviertan a sus parejas en sólo objetos en quienes descargan su ira, el enfado que en muchas ocasiones se produjo fuera del hogar.

Recurren a estas prácticas cobardes para sentirse superiores, socavando así la autoestima de su víctima. Por lo que esta investigación pretendió acercarse a la explicación sobre las características psicosociales de las personas que se convierten en víctimas o en agresores.

²⁷ Kipen, Ana y Mónica Caterberg. Op. Cit., Pág. 124.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

El grupo psicoterapéutico es una entidad, cuya finalidad es la de propiciar cambios o modificaciones en sus miembros, desarrollando para ello determinadas actividades específicas, considerando estas actividades y la interacción de los miembros del grupo entre sí, como el principal agente de cambio.

“Las personas prosperan más en una comunidad que valora su participación y protege su dignidad. Cuando surgen las dificultades, las personas sufren y buscan ayuda para su sufrimiento.

La psicoterapia de grupo ofrece la oportunidad para una interacción interpersonal que se crea de manera propositiva, se observa de modo cercano y se guía hábilmente. Estas interacciones pueden influir de modo positivo en variedades incontables de angustia y disfunción humanas.

Dentro del grupo terapéutico es posible que se atiendan y modifiquen las percepciones distorsionadas acerca de los demás, comunicaciones ineficientes, afectos descargados de manera inadecuada, conductas estereotipadas, actos impulsivos, enajenación y demás”.²⁸

“Según Rogers, el grupo de encuentro (organizado según sus puntos de vista) pasa en su desarrollo por las siguientes etapas:

Primera etapa: Inicio del grupo, el facilitador comunica a los miembros que ellos deben dirigir el grupo y comienza la introducción de ellos. En esta etapa predominan los silencios, la tensión y la confusión, cada cual comunica sin tener en cuenta el otro.

Segunda etapa: Se caracteriza por la resistencia de los participantes a la expresión y la exploración personal. Los sujetos comienzan manifestando en su sí mismo-público y progresivamente y con temor el sí mismo privado.

²⁸ Alonso, Anne y Hillel I. Swiller. **“PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”**. Editorial El Manual Moderno. México, D.F., 1996. Pág. 15.

Tercera etapa: Se describen los sentimientos pasados y presentes como si estuvieran en el pasado para disminuir su importancia.

Cuarta etapa: Se expresan los sentimientos negativos hacia el facilitador o hacia otros miembros del grupo.

Quinta etapa: En esta etapa comienza la exploración y la expresión del material personalmente significativo.

Sexta etapa: En este momento evolutivo del grupo comienzan a expresarse sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo.

Séptima etapa: El grupo muestra su capacidad de aliviar el dolor ajeno.

Octava etapa: Cada individuo se va aceptando más a sí mismo, se encuentra contento tal y como es, con sus virtudes y defectos, acepta toda su experiencia como suya y sus actuaciones. Es el momento en que se comienza a cambiar.

Novena etapa: Van desapareciendo las fachadas, aquellos sujetos que son los primeros en quitarse “las máscaras” en el grupo sirven de ejemplo y estímulo a los demás.

Décima etapa: Se perfilan las relaciones intergrupales. Se han roto las fachadas y los sujetos se enfrentan con entera libertad.

Décimo primera etapa: La retroalimentación a veces es muy fuerte y provoca algunos enfrentamientos entre los miembros del grupo, pero que es aceptada por los mismos.

Décimo segunda etapa: Se observa la ayuda mutua que se brindan los miembros del grupo, cada uno es un co-terapeuta.

Décimo tercera etapa: Los miembros del grupo desarrollan entre sí relaciones auténticas.

Décimo cuarta etapa: Los miembros del grupo se sienten como una familia unida, donde expresan todos los sentimientos y problemas. Se observa la expresión de sentimiento positivo y el acercamiento mutuo entre los participantes.

Décimo quinta etapa: Resulta evidente los cambios de conducta que se operan en el grupo²⁹.

El criterio general de la participación a un grupo es el de la presencia de determinado trastorno emocional, que requiera de una acción terapéutica (al rebasar los recursos individuales del individuo y de su sistema de apoyo para enfrentar el mismo) para su solución.

Como fundamento teórico para la presente investigación se utilizó la psicoterapia de grupo que se enfocó en las relaciones entre las personas, proveyendo un amparo respecto a los problemas y desafíos particulares de sus miembros.

TERAPIA DE APOYO

El terapeuta constantemente mantiene en mente la autoestima, expresando palabras de elogio cuando estas sean apropiadas, tomando medidas para reducir la ansiedad y la frustración.

“Cuando la psicoterapia se halla adjunta al tratamiento médico o psicofarmacológico es más probable que se encuentre limitada a las preocupaciones esenciales de la terapia de apoyo, sin esforzarse por entender las relaciones o patrones conductuales o cognitivos.

Las sesiones terapéuticas implican probablemente atender las relaciones, actitudes y sentimientos, y con frecuencia se centra en descubrir como se han perpetuado los patrones que anteriormente tenían sentido, cuando ya no cumplen ningún propósito funcional. (Lo cual es el componente expresivo).

Lo que determina si una interacción particular con un paciente es correcta o equivocada depende del contexto y del plan terapéutico, el cual se basa en la evaluación y

²⁹ Zaldívar Pérez, Dionisio F. Dr. **“TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA”**. Folleto de la Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. Cuba. 1998.

formulación del problema. Por lo que este modelo psicoterapéutico que se presenta es recomendado como el más indicado para la mayoría de los pacientes”.³⁰

TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

“Los postulados de la terapia cognitiva-conductual que pretende entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva, es decir como los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de la propia historia”.³¹

Las hipótesis de trabajo señalan que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psico-educativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante. Un modelo generalmente aceptado puede ser el propuesto por David D. Burns.

“La Terapia Cognitiva es el procedimiento para identificar y modificar estos “procesos cognitivos” con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional, intelectual.

La terapia Cognitiva dispone y aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y procedimientos propios de la Terapia de Conducta; por tanto se habla indistintamente de Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo-Conductual”.³²

³⁰ Pinsker, Henry. “INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO”. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, España, 2002. Págs. 22-24.

³¹ Quinto Barrera, See King Emilio. “EL MODELO COGNITIVO: LA PSICOTERAPIA”. Primera edición. 2002. Pág. 7.

³² Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. “THE EMPIRICAL STATUS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A REVIEW OF META-ANALYSES”. Clinical Psychology Review. Pennsylvania, Estados Unidos, 2006. Pág. 18 – 20.

“La terapia grupal cognitivo-conductual puede discutirse en términos de las habilidades que se enseñan, los problemas que se atienden o las técnicas conductuales específicas que se utilizan”.³³

Dentro del enfoque cognitivo-conductual que considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales empezamos a interactuar con el entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para nosotros mismos y/ o para los demás.

“Se destacan los efectos recíprocos de la conducta, cognición y afecto y se evalúan y modifican los patrones de respuesta desadaptativa en cada uno de estos terrenos”.³⁴

Algunos de estos aprendizajes ayudaron a que los pacientes se sintieran bien, relacionándose adecuadamente con los demás y logrando lo que se proponían. Otros en cambio, generaron dolor, resentimiento, dañando la salud y las relaciones interpersonales.

Dentro de las técnicas que se emplearon para elaborar este estudio se encuentran la reestructuración cognitiva como una estrategia general destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

La alianza terapéutica colaborativa es el fenómeno diádico que se expresará en la capacidad del paciente de establecer una relación de confianza básica con la terapeuta.

El entrenamiento en relajación, con la finalidad de explicar el papel de la tensión en las situaciones problema y el grado de reducción de la tensión que se puede esperar mediante la relajación, sobre todo en las situaciones en donde las personas tienden a reaccionar de manera violenta.

El comportamiento asertivo, es el establecimiento de conductas asertivas permitirán a los pacientes manifestar sus emociones, desacuerdos, decisiones, etc. de manera positiva, sin necesidad de agredir o lastimar a las personas de su entorno.

³³ *Ibíd.* Pág. 444.

³⁴ *Ibíd.* Pág. 441.

El encuadre estructurado es el conjunto de condiciones constantes, dentro de las cuales se va a desarrollar el proceso terapéutico. De allí la importancia de tener días y horarios fijos para llevar a cabo las actividades.

El objetivo del presente abordaje, como psicóloga, fue mejorar la calidad de vida de quienes consultan, teniendo en cuenta que éste fue un concepto altamente subjetivo donde cada sujeto impuso su sentido.

“Quedarse en lo conocido por miedo a lo desconocido, equivale a mantenerse con vida, pero no vivir”. **Anónimo.**

En función de los elementos conceptuales anteriores, para el trabajo se formuló la hipótesis de que La psicoterapia de grupo disminuye rasgos y comportamientos agresivos asociados a la violencia intrafamiliar entre víctimas y agresores.

VARIABLES

- # Variable Independiente: Calidad de la Psicoterapia de grupo
- # Variable Dependiente: Violencia intrafamiliar

DEFINICIONES CONCEPTUALES

- # Variable Independiente: CALIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Es el tratamiento que permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples que experimentan todos los pacientes y que pueden explorarse simultáneamente.
- # Variable Dependiente: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, éste puede ser por afinidad, sangre o filiación y que transforma en agresiones las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

IDENTIFICACION DE LOS INDICADORES

▣ Variable Independiente

1. Información previa del estudio
2. Alianza terapéutica
3. Colaboración
4. Entrenamiento en relajación
5. Mecanismos de acción y mejoría
6. Resolución de conflictos

▣ Variable Dependiente

1. Estado de violencia actual
2. Manejo de la tensión
3. Habilidades de comunicación
4. Mejora en las relaciones interpersonales
5. Estabilidad con la pareja e hijos
6. Cambio de actitudes y conductas agresivas.

Capítulo II

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La población meta que se seleccionó fueron mujeres y hombres que acuden a la consulta externa, comprendidos entre las edades de 15 a 60 años de edad, del Hospital Nacional de Salud Mental ubicado en la Colonia Atlántida Final Zona 18.

TIPO DE MUESTREO

Fue de carácter no probabilístico por juicio, ya que la investigadora tomó la muestra seleccionando los elementos que cumplieran con las características mencionadas anteriormente.

El número de la muestra con el cual se trabajó fue de 12 personas de ambos sexos.

Dentro de la elección de la muestra se encontró individuos de condiciones socioeconómicas diferentes, pertenecientes al área urbana y rural, que gozaban de una estable salud y condición física.

INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder recabar la información necesaria para la finalización de la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento Informado: Documento mediante el cual cada uno de los participantes fueron invitados a participar, informados de la finalidad de la investigación, garantía de la confiabilidad de los datos obtenidos y de la identidad de los sujetos y la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

Observación: Técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso tomando información y registrándola para su posterior análisis.

Entrevista Estructurada: Forma especializada de comunicación, que se establece de la relación entre dos o más personas con el objeto de analizar para obtener información.

Planes Terapéuticos: Es la base del proceso de evaluación y proporciona la base lógica para el esfuerzo diagnóstico.

Historia Clínica: Es un registro escrito de antecedentes clínicos, síntomas, evolución y tratamiento de una enfermedad.

Notas de Evolución: Los registros en los expedientes que fueron elaborados por la investigadora que brindo la atención al grupo de pacientes en cada sesión terapéutica.

Psicoterapia de Grupo: Técnica de tratamiento en la que el cliente, integrado en un conjunto de otros clientes y con un profesional como punto de referencia, trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia; con el fin de aliviar sus tensiones emocionales, las cuales causan sufrimiento al cliente y a las personas de su entorno social y familiar.

METODOLOGÍA

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por juicio ya que todos los elementos de una población no tienen la misma probabilidad de ser escogidos y deberán reunir ciertas características para formar parte del estudio.

A continuación se describe como se utilizó cada una de las técnicas ya mencionadas:

- ✚ **Consentimiento Informado:** Este procedimiento garantizó la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevención de daños y tensiones y salvaguardar la vida privada de los participantes. **(ANEXO 1).**
- ✚ **Observación:** Se realizó a nivel grupal durante la experiencia vivenciada en los distintos grupos. Por lo que se efectuó una doble tarea: desempeñar algunos roles dentro del grupo, como uno más de sus miembros, a la par recogiendo los datos que se necesitan para la investigación.

- **Entrevista Estructurada:** Se diseñó para los participantes de la consulta externa con los siguientes criterios: preguntas breves y fáciles de comprender, no empleando palabras que induzcan una reacción estereotipada, no redactando preguntas en forma negativa, evitando el uso de la interrogación ¿por qué?, no formular preguntas en las que una de las alternativas de respuesta sea tan deseable que difícilmente pueda rehusarse y evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzos de memoria. Se adjuntaron preguntas de tipo dicotómicas y policotómicas. Las preguntas fueron previamente planificadas, en un mismo orden y se formularon en términos iguales a todos los entrevistados, con el fin de alcanzar fidelidad en la información obtenida. De esta manera los pacientes conocieron aspectos sobre su propia violencia intrafamiliar y como perciben el rol desempeñado dentro de la relación familiar. **(ANEXO 2 Y 3).**
- **Planes Terapéuticos:** Dichos Planes fueron diseñados por la investigadora, y están expresados en el correspondiente documento escrito. **(ANEXO 4).**
- **Historia Clínica:** Además de los datos clínicos que tuvieron relación con la situación actual de los pacientes, incorporó los datos de los antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con la salud biopsicosocial. También incluyó el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. **(ANEXO 5).**
- **Notas de Evolución:** Estas se realizaron después de cada sesión de los respectivos grupos; detallando el objetivo, la corriente de psicoterapia, técnica, observaciones, logros y resultados individuales. **(ANEXO 6).**
- **Psicoterapia de Grupo:** Se trabajó a través de la alianza terapéutica colaborativa, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva asociados a un encuadre. Por lo que se hicieron distintas actividades que promovieron un mejor conocimiento de la violencia individual, aumento de la autoestima y la asertividad, resolución de conflictos apropiadamente, expresión de sentimientos y que al final el objetivo fue promover cambios de actitudes y conductas.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La técnica de análisis estadístico a utilizar fue la estadística descriptiva ya que se efectuó con el fin de resumir, ordenar, clasificar y tabular los datos recabados.

También planteó como es un determinado momento de la realidad, el ¿Por qué de la violencia intrafamiliar?, y cómo es que ésta afecta las relaciones interpersonales y el inconsciente tanto de víctimas como agresores.

De acuerdo al tipo de investigación-acción fue una metodología que permitió desarrollar a la investigadora un análisis participativo, donde los sujetos implicados se convirtieron en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones (transformación social).

Capítulo III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La violencia intrafamiliar resulta difícil de definir o reconocer. Esta sucede entre personas relacionadas afectivamente que viven en un mismo hogar.

La violencia física y sexual dejan huellas visibles en las víctimas y estas pueden lograr ayuda fácilmente si denuncian los hechos. Sin embargo, coexiste otro tipo de violencia donde la víctima lleva cicatrices de tipo psicológico que no son denunciadas con tanta frecuencia, porque no hay registros visuales de las mismas para la comprobación.

3.1 DATOS DE LA POBLACIÓN

En la Consulta Externa se pudo observar la adaptación al tratamiento, pese a la problemática familiar, económica y social que afronta cada paciente; cumpliendo regularmente con las citas programadas, aceptando que tienen un problema psicológico y que aún pueden erradicarlo y así llevar una vida socio laboral y afectivo sin complicaciones.

Las condiciones observables en la población que fue objeto de estudio, fueron heterogéneas ya que viven en contextos diferentes, respecto a su nivel económico, social y cultural.

La procedencia de los consultantes por zonas de la capital, según el orden de aparición, así como por el número de consultas: Zona 17, 18, 6, 5, así como los municipios de Mixco y Palencia. La procedencia de pacientes por departamentos, según el orden de aparición: Chiquimula, Totonicapán y Jutiapa.

Dentro de las patologías más predominantes encontradas en los pacientes pueden identificarse como: Trastornos depresivos de leves a moderados, Trastorno mixto ansioso-depresivo, Trastornos de ansiedad, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos adaptativos, Trastorno mental secundario a consumo de alcohol y sustancias, Epilepsia del lóbulo temporal.

Con respecto a su nivel educativo las pacientes femeninas se encuentran entre el analfabetismo hasta cuarto secretariado. El 83 % eran casadas, que tienen a su cargo entre 2 a 7 hijos. Exceptuando un 17% que eran solteras y no tenían hijos.

En comparación con los pacientes masculinos que su nivel educativo se mide desde el analfabetismo hasta primero básico. Hay discrepancia con respecto a su estado civil, ya que varía de casados, unidos y solteros.

El 67 % de mujeres permanecen en el hogar a cargo de la educación de los hijos, cuidando por el bienestar del cónyuge y realizando los quehaceres. Estas son víctimas de abuso económico en el cual su pareja le impide conseguir empleo y desarrollar sus habilidades. En comparación con el menor porcentaje que desempeñan un trabajo remunerado como costureras y estilistas.

Entre los medicamentos prescritos con mayor frecuencia a los consultantes por psiquiatras están: Venlafaxina, Fluoxetina, Sertralina, Bupropion, Ácido Valproico, Carbonato de Litio, Carbamazepina, Alprazolam, Mirtazapina y Clonacepan. No obstante, el 17 % de la muestra no recibieron medicación psiquiátrica, por requerir únicamente de apoyo psicológico.

En el primer contacto con los pacientes se realizaron las entrevistas estructuradas para tener una primera impresión de la problemática.

En cada sesión dentro de la Clínica de Violencia Intrafamiliar se realizaron diferentes actividades tales como: observaciones, historias clínicas, exámenes mentales y psicoterapia de grupo apoyados en los postulados de la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitiva – conductuales.

Las sesiones cumplidas tuvieron una duración de una hora y media aproximadamente por sesión, una vez a la semana.

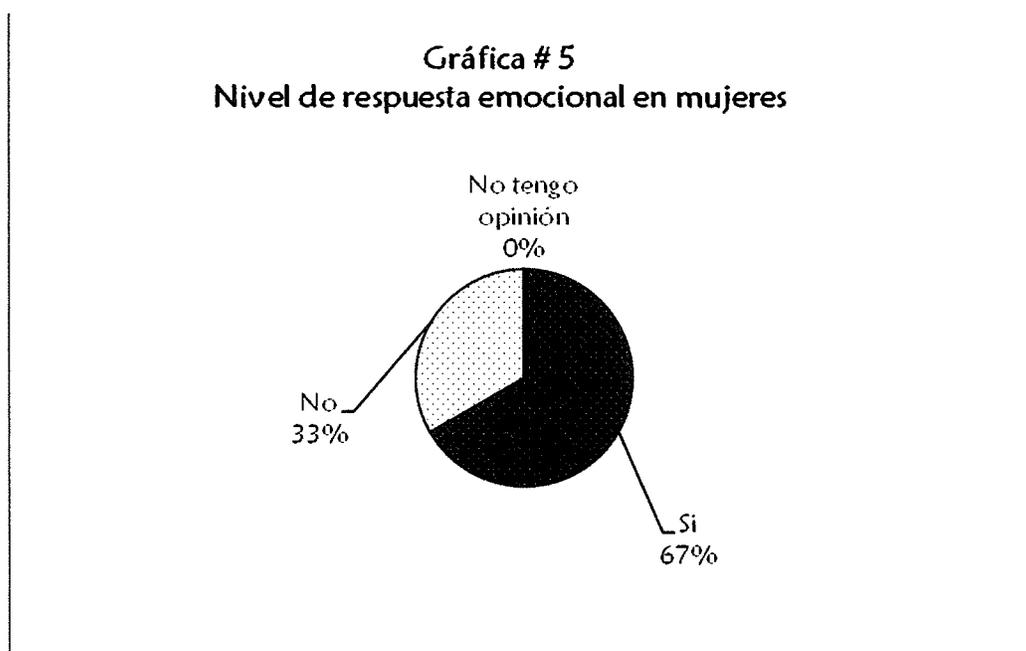
Para una mejor comprensión de los hallazgos encontrados en el trabajo de campo, se analizaron las respuestas de los pacientes en las entrevistas estructuradas con sus respectivas gráficas de acuerdo a los indicadores de las variables:

3.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las creencias culturales asociadas a la violencia intrafamiliar están relacionadas principalmente con la sociedad patriarcal, Guatemala tiene un modelo de familia fuertemente jerarquizado, con el padre como el jefe y la mujer y los hijos (as) ubicados en el estrato inferior.

3.2.1 Estado de violencia actual

En la sociedad guatemalteca, el ser mujer implica estar en desventaja y el no reconocerlo, implica duplicarla. La violencia hacia la mujer existe en un contexto social de inequidad y la legitimación de las relaciones de dominio por parte de quien tiene el poder.

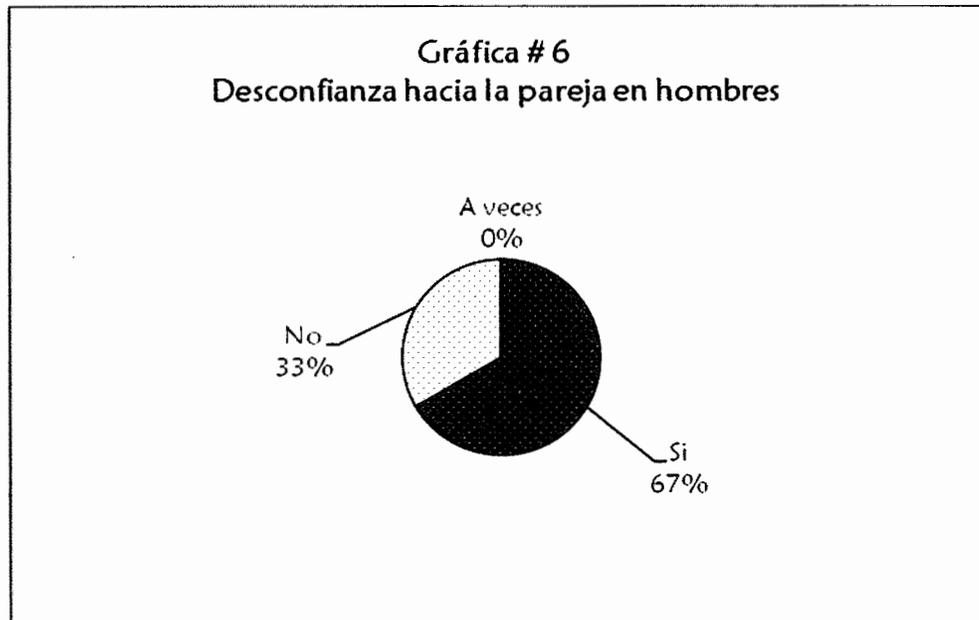


Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

El gráfico precedente demuestra que un 67 % de mujeres viven inmovilizadas, incapaces de reaccionar, confundiendo las agresiones con amor, convencidas de que la pareja las necesita, de lo contrario perderían su razón de vivir; un porcentaje de 33 % afirma convivir en forma tranquila con el cónyuge.

La violencia parece envolver al país y los procedimientos que se han buscado para detenerla, no parecen haber dado resultados satisfactorios a la luz de los hechos.

La mujer maltratada siente miedo a ser juzgada negativamente por contar hechos violentos cometidos por su marido, y según sea el modo de violencia y el nivel de riesgo de la situación siente temor de morir, de matar o de volverse loca.



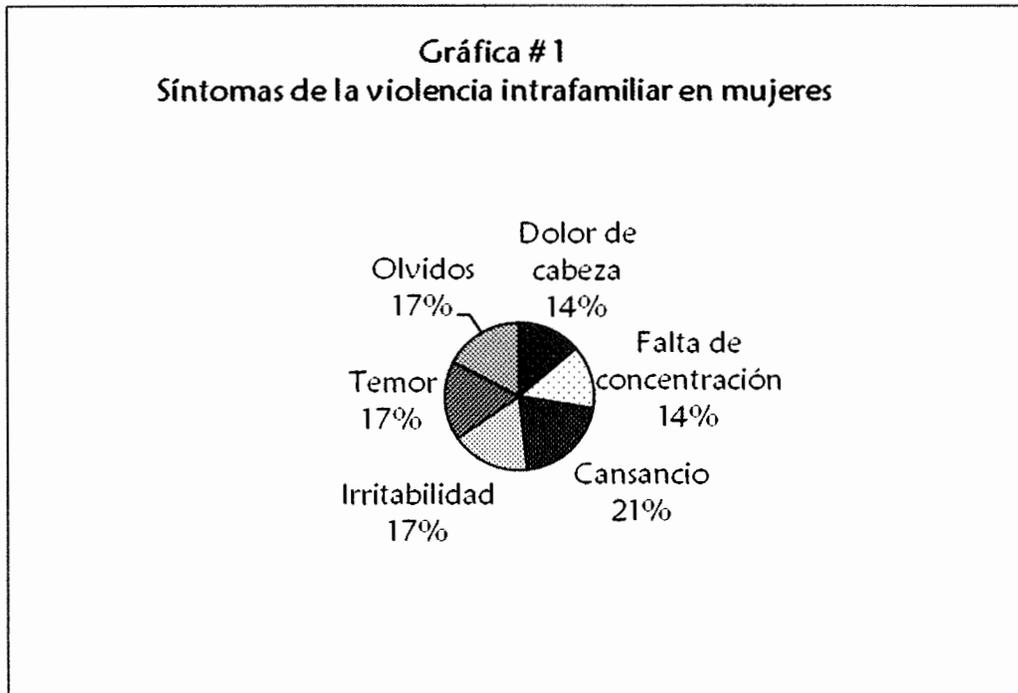
Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Según la muestra la gráfica el 67 % de los hombres dudan de la fidelidad de sus parejas, usando racionalizaciones para explicar su conducta violenta hacia ellas, y un 33 % confían en que sus mujeres los respeten.

La situación de vivir en pareja exige necesariamente mantener una buena comunicación interpersonal. No obstante, en Guatemala se observan desiguales patrones de relaciones de pareja. Los hombres tienen por cultura el poder de hacer lo que quieran sin tener límites con respecto a quien poseer. Al contrario de las mujeres quienes han sido relegadas al hecho de complacer a un hombre con quien compartirá el resto de su vida en una atmósfera insatisfactoria.

3.2.2 Manejo de la tensión

Según las respuestas proporcionadas por las mujeres consultantes a la clínica de Violencia Intrafamiliar refieren que quienes soportan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman y como consecuencia la familia entera se enferma.



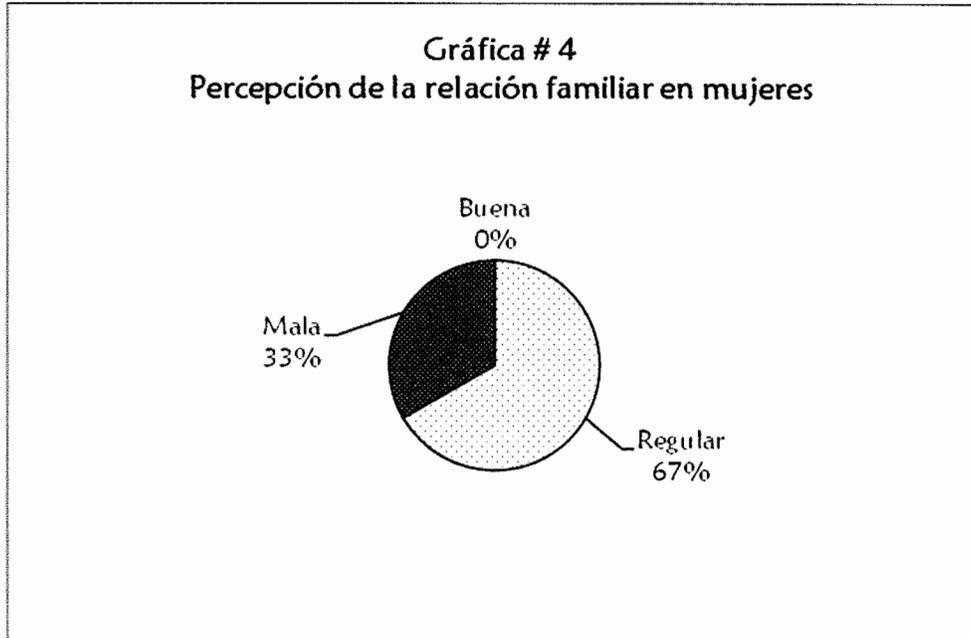
Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

De acuerdo a la gráfica planteada se puede observar que la mayoría de las mujeres experimentan una violencia intrafamiliar silenciosa que corroe lentamente sus vidas, impidiéndoles que desarrollen plenamente sus capacidades y son estas algunas de las secuelas emocionales.

Los pacientes que consultantes al Hospital Nacional de Salud Mental poseen influencias ambientales externas que desempeñan un papel fundamental en su propia percepción de su mundo, que muchas veces lo perciben como amenazante, poco satisfactorio y con pocas probabilidades de superación.

3.2.3 Habilidades de comunicación

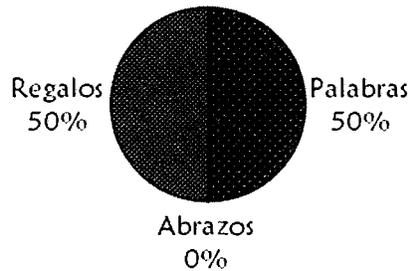
La capacidad de una persona para ser capaz de comunicarse efectivamente con otra, con un trato cordial y de empatía, tratando de sacar de cada situación lo mejor de ellos en vez de lo peor, es cuestión del grado de confianza de sí mismas y en sus habilidades para enfrentar el mundo que las rodea.



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Se puede observar que 67 % de las mujeres consideran tener una regular relación por lo que desarrollan mecanismos de defensa para adaptarse a la situación y lograr su supervivencia; y el 33 % la considera mala porque se convencen inconscientemente a sí mismas de creer que no es necesario interactuar con mas personas aparte de su núcleo familiar y por temor a contrariar a su pareja.

Gráfica # 3
Demostración de cariño en hombres



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Según la gráfica el 50 % de los hombres consultantes no son muy cariñosos con sus parejas, ya que de acuerdo al patrón machista de la sociedad no es aceptado que ellos demuestren sus sentimientos; por ello prefieren comprar y controlar la compañía de sus cónyuges a través del miedo.

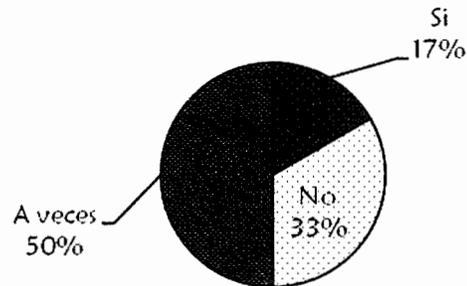
Los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres haciéndolas sentirse culpables ante la situación.

Los hombres por naturaleza son los proveedores del hogar, los que protegen a la familia por ser el sexo físicamente más fuerte, los que deben solucionar los problemas que se van presentando en el hogar tanto en infraestructura como los emocionales. Esto les da sentido de Poder de ser personajes competentes y eficaces en la vida.

3.2.4 Mejora en las relaciones interpersonales

Cuanto más intensos a la vez que limitados vínculos sociales tengan los pacientes, tanto más fácil fue atribuir certeza a suposiciones falsas acerca del mundo en el que viven. Por otra parte, tanto una breve desconexión social, como el contacto con personas de culturas muy diferentes a la propia, les abren los ojos a errores en su interpretación del mundo.

Gráfica # 6
Amistades VRS pareja en mujeres



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Basado en la gráfica representada un 50 % de mujeres sufren maltrato psicológico ya que no comparten con la misma frecuencia con sus amistades después de tener pareja; por lo que desarrollan sentimientos de minusvalía, acompañados de una baja autoestima, por los malos tratos y el aislamiento social a los que se ven sometidas por actualmente por sus parejas; en comparación con el 17% que piensa tener una vida social activa con sus amigas y conocidas.

3.2.5 Estabilidad con la pareja e hijos

El deterioro de la salud mental y social lleva a la frustración y provoca conflictos culturales e inestabilidad en el hogar, comunidad, tanto emocional y física. La persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aún después de ser golpeada.

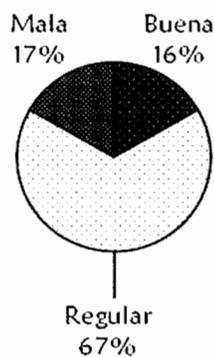
Gráfica # 3
Calidad de la vida matrimonial en las mujeres



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Como se muestra en la gráfica un número menor de mujeres consideran satisfactoria su vida matrimonial, debido a que establecieron una nueva relación afectiva sin violencia física; en comparación con el resto de la muestra 83 % que presentan dependencia emocional, lo que imposibilita alejarse de estas relaciones violentas.

Gráfica # 4
Relación matrimonial y con hijos en hombres



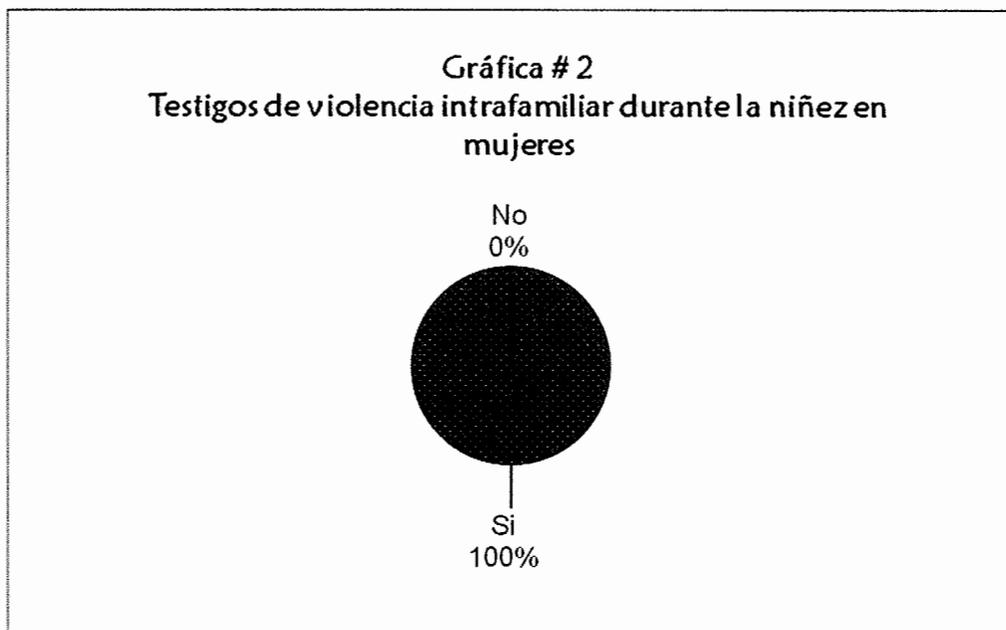
Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009. De acuerdo a la gráfica planteada el 66 % de los hombres consideran mantener con su familia una relación regular, porque no se sienten satisfechos ya que se ven presionados por

el ambiente social y laboral; con respecto al 17 % que considera tener una mala relación porque no existe comunicación entre sus miembros y por último el 16% piensan pertenecer a una familia funcional.

Muchas veces los agresores provienen de hogares violentos, padecen trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos.

3.2.6 Cambio de actitudes y conductas agresivas

Los niños (as) que fueron testigos frecuentes de los abusos físicos y psicológicos de los padres, tienden a imitar la conducta violenta cuando alcanzan la adultez.

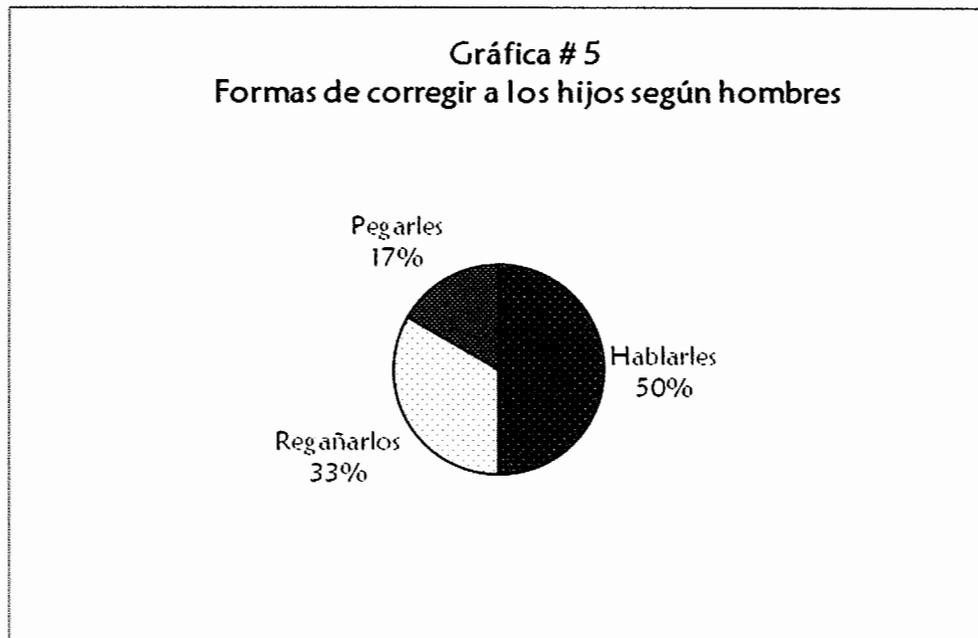


Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes que asistieron a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Según la gráfica el 100 % de las mujeres consultantes crecieron en una atmósfera de miedo, tensión y terror en su hogar.

Esta situación que influyo negativamente en su desarrollo emocional. Un ejemplo de la transmisión intergeneracional de la violencia, ya que eligieron inconscientemente parejas con características similares a la de sus padres.

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto es observado durante la evolución y curso de la patología, que muchas veces imposibilita al paciente a desempeñarse de una manera productiva para su familia y/o comunidad donde reside.



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Como se puede observar el 50 % de los hombres manifiestan que sus hijos se desarrollan emocionalmente bien porque conversan con ellos con respecto a las equivocaciones que estos cometieron. Sin embargo, el estado de ánimo de los demás padres les lleva a concluir que les faltan habilidades de crianza eficaz, ello consecuencia de haber presenciado violencia intrafamiliar en su niñez.

El control y la calidez que manifiesten los padres inciden de manera directa en la agresividad y la conducta pro social de los hijos, en su auto concepto, en su interiorización de valores morales y en su adquisición de la competencia social.

3.3 DIAGNÓSTICO

Las consecuencias emocionales de patrones de crianza violentos, también se observan en las personas que establecen los vínculos interpersonales posteriores; es decir, que como consecuencia de la violencia esto se demuestra en las formas de relaciones agresivas que se repiten constantemente.

A lo largo del tiempo y de generación en generación, esto ha ubicado a la mujer en una posición significativamente desventajosa en todos las áreas, una de las consecuencias ha sido la asignación tradicional del ámbito privado, caracterizado por una serie de condiciones asociadas a un rol, como lo son la realización del trabajo doméstico, invisible, interminable e invalorable; el carácter repetitivo y rutinario de las actividades; el aislamiento y la dependencia emocional y económica, entre otras.

3.4 CALIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo permitió en primer lugar, que aparecieran comportamientos que de otra forma en las sesiones individuales nunca aparecerían, esto demostró que las diferencias individuales de los miembros de los grupos provocan múltiples resistencias, sin embargo ellos (as) consiguieron retroalimentarse mutuamente, considerando sus cualidades rechazadas.

3.4.1 Información previa del estudio

El estudio anexa el formato de consentimiento informado que pretendió una participación voluntaria, confidencialidad de los datos obtenidos y de la identidad de los sujetos, además de la posibilidad de retirarse libremente y en cualquier momento de la investigación.

3.4.2 Alianza terapéutica

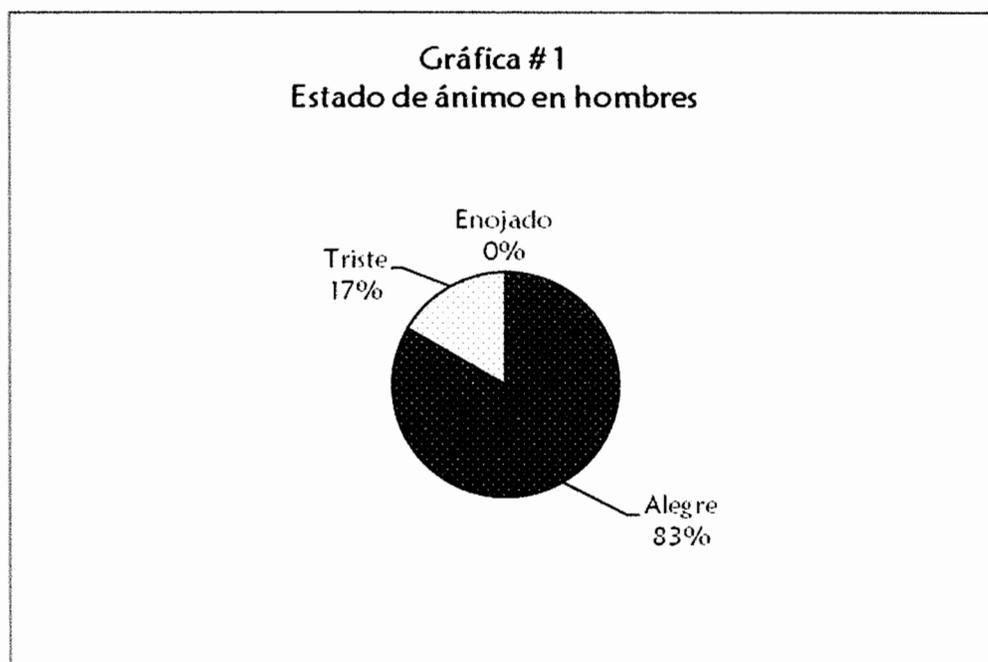
Se refirió al aspecto de colaboración en la relación entre la terapeuta y los pacientes en el contexto de la psicoterapia de grupo, prediciendo el éxito o fracaso de la misma. Los pacientes tuvieron la oportunidad de compartir experiencias que movieron sentimientos y emociones, haciendo consciente la problemática vivida.

3.4.3 Colaboración

La información proporcionada a los participantes fue en un lenguaje claro y comprensible, libres de coerción, ni de influencias externas.

3.4.5 Entrenamiento en relajación

En la práctica la psicoterapia fue para la mayoría de los pacientes una mezcla entre los componentes de apoyo y los expresivos.



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

Según se observa un 83 % de hombres refieren sentirse alegres, lo cual indica una estabilidad emocional al momento de la evaluación y en comparación al 17 % que manifestó sentirse triste por la separación con su pareja, y el hecho de no poder ver regularmente a su hija.

Los pacientes se involucran en la solución de asuntos importantes para ellos, por medio de una comunicación más auténtica, ayudando a liberar emociones, estrés y ansiedad, desarrollando una cooperación entre las personas que conocen mejor. Asimismo ayudo a los individuos a desarrollar nuevos entendimientos y destrezas.

3.4.6 Mecanismos de acción y mejoría

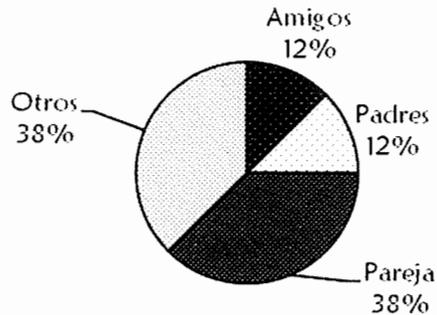
Son factores de vital importancia en cuanto a la motivación del tratamiento, la disposición a resolver sus problemas y la capacidad de expresar sus sentimientos.

3.4.7 Resolución de conflictos

Para enfrentar los problemas, el hombre se siente mejor resolviéndolos él mismo. Para esto, se torna silencioso y se concentra en sí mismo para meditar y encontrar la solución.

Por ello cuando un hombre tiene problemas, habitualmente nunca habla de ellos. No permitiría que alguien más “cargara” con ellos a menos que la asistencia de ésta fuera muy necesaria para la resolución del problema.

Gráfica # 2
Solución de problemas en hombres



Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a pacientes referidos a la clínica de Violencia Intrafamiliar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de octubre a diciembre del año 2009.

En la gráfica se evidencia que un 37 % de los hombres se apoyan en sus parejas cuando tienen algún tipo de problema, pero también acuden la misma cantidad a otros como hermanas y orar a Dios para encontrar una solución a sus problemas; solamente 13 % piden ayuda a los amigos y a los padres, por su convicción de mostrarse autosuficientes ante la sociedad en la que viven.

El consumo de alcohol y drogas está presente en la mayoría de las personas entrevistadas, así como el ejercicio de la violencia física, sexual y emocional hacia las personas con quienes éstas conviven. Luego de ser víctimas de malos tratos y abuso sexual durante la niñez, ahora en la adultez son agresores, enmascarando síntomas depresivos y sentimientos de fracaso.

3.5 PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Los efectos que produce la violencia intrafamiliar en los miembros de una familia afecta no solo los procesos de socialización sino que además la educación, el ambiente laboral y la salud en general.

3.5.1 MUJERES

Las mujeres no se quedaron en una relación violenta porque les gustará, sino porque muchas veces la presión de la familia, la iglesia y la comunidad las hacen sentirse que prácticamente no tienen salida.

A la violencia física precede, a veces, años de violencia psicológica, que es despreciar a la mujer, insultarla de tal manera, que llega un momento en que esa mujer maltratada psicológicamente, ya que creen que se merecen esos golpes.

La mayoría de las mujeres integrantes del grupo psicoterapéutico pedían ayuda desesperadamente, ya que por muchos años habían guardado silencio con respecto a la violencia que sufrían. Se sentían tristes, feas, decaídas, sin ganas de hacer nada, con ideas de muerte, sintiendo infelices consigo mismas y con los que las rodeaban, desvalorizadas como hijas, madres y esposas, culpables por no complacer a los esposos, por las decisiones que habían tomado a lo largo de su vida.

En el proceso de la psicoterapia de grupo estas mismas mujeres que no tenían ganas de levantarse ni de hacer absolutamente para salir adelante, se ayudaron mutuamente, cada sesión era un reto y una nueva forma de consolidar su autoestima, de quererse, respetarse y apreciarse por lo que eran. A denunciar que no deben permitir golpes de nadie, porque el amor es una forma de protección, no de intimidación.

Todas tuvieron una buena adherencia al tratamiento psicológico, llegando puntualmente a sus consultas. Se formaron lazos de amistad con las participantes, y concluyeron un año fijándose nuevas metas, nuevos sueños y anhelos que nunca habían esperado creer que pudieran ser capaces de lograr, como conseguir empleo, ser más independientes, tener

amigas, mejores habilidades al momento de educar a los hijos, y presentarse al mundo como personas productivas, con mucho que ofrecer.

3.5.2 HOMBRES

Al inicio del proceso psicoterapéutico los hombres refirieron sentirse ansiosos, con dificultad para iniciar una conversación tranquila con otras personas, especialmente si se trataba de mujeres, incapaces de mostrar sus sentimientos, reservados, desconfiados y faltos de amigos.

Por años prefirieron encerrarse así mismos en máscaras de enojo, ira y temor manteniendo alejadas a las personas que quisieran acercarse.

Fueron hombres con carencias afectivas, y un porcentaje alto sufrió abandono- físico o emocional- de uno de los integrantes de su familia de origen, lo que determinó que tuvieran una mirada de sí mismos muy disminuida, aunque presentaban una apariencia contraria. Sufrieron violencia física principalmente por parte de las madres, ya que pertenecieron a familias disfuncionales en las cuales la figura paterna había muerto, eran ambivalentes, distantes o simplemente habían abandonado a las madres de estos pacientes. Dichas mujeres no tomaron la situación de la mejor forma, ya que descargaban su molestia, su tristeza y su enojo disminuyendo poco a poco la frágil autoestima de sus hijos con comentarios hirientes, indirectas y humillándolos. De las consecuencias que estas actitudes trajeron a los hombres es que se refugiaron en sus trabajos para no pensar más allá de su condición, buscando mujeres exclusivamente para satisfacer placeres, sin comprometerse a un nivel emocional con ellas.

Cada uno de los pacientes se presentó inicialmente en las sesiones con cierto recelo a develar todo lo que guardaban en su interior, no obstante, junto al apoyo proporcionado por la terapeuta y sus mismos compañeros dentro del grupo cada uno demostró su capacidad de cambiar, su compromiso con la no violencia, reforzando su autoestima, aprendiendo como manejar los conflictos. A su manera crecieron en cuanto a valorar su posición de hombres

sin que esto signifique sentirse superiores a las mujeres, confiar en los demás, pedir ayuda, sonreír ante la vida y sobre todo fortalecer la confianza en sí mismos.

3.6 IMPACTO DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS PACIENTES

Se disminuyeron algunos aspectos presentados por los pacientes a través de hacer consciente en el proceso psicoterapéutico las experiencias negativas y las creencias inadecuadas por medio de las diferentes técnicas utilizadas, fortaleciendo autoestima, compartiendo vivencias, identificando pensamientos negativos, reconociendo estados de tensión y relajación, registrando situaciones estresantes que aumentaban la conducta violenta y un ajuste considerable en las habilidades de comunicación.

Generalmente hubo adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, ya que se evitaron las recaídas y los internamientos en el hospital.

Se puede mencionar que este fue un estudio satisfactorio, pero aún falta para que estos pacientes reestructuren su manera de relacionarse con ellos mismos y por consiguiente con los demás. Se necesitaría realizar un seguimiento con un plan terapéutico dirigido específicamente a reforzar habilidades de comunicación, asertividad, manejo de conflictos e ira y dependencia emocional.

Se fomentó el desarrollo individual y se facilitó la adquisición de nuevas herramientas para mejorar el funcionamiento general de los sujetos y fomentando la confianza en sí mismos (as).

Capítulo IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- ✚ La hipótesis del presente estudio se acepta, ya que la psicoterapia de grupo disminuyó los rasgos y comportamientos agresivos incorporados a la violencia intrafamiliar entre víctimas y agresores, beneficiando sus relaciones interpersonales, control de la ira, habilidades de comunicación, cambio de actitudes y conductas agresivas, y la aceptación de sí mismos (as).
- ✚ La subjetividad es tanto individual como social, se construyen y de-construyen los elementos que la integran desde la cotidianidad de cada persona.
- ✚ Estos resultados son característicos de la mayoría de la población consultante al Hospital Nacional de Salud Mental, debido a que los integrantes de la familia, tienen asuntos indefinidos en el interior de un pasado doloroso en la infancia, le transmitiendo el mismo sufrimiento y las mismas confusiones a sus hijos (as), causándole problemas de comunicación en el ambiente social.
- ✚ La violencia intrafamiliar se manifestó básicamente en los pacientes por la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente.
- ✚ Aparte de los efectos físicos del maltrato, se pueden generar trastornos psicológicos como: regulación emocional, formación de apegos negativos, desarrollo del auto-concepto, desarrollo social y simbólico, desarrollo cognoscitivo, sentimientos de culpa, impotencia y baja autoestima, dificultad para confiar y síntomas de trastorno de estrés post traumático.

4.2 RECOMENDACIONES

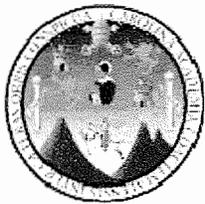
- A las psicólogas (os) clínicas del Hospital Nacional de Salud Mental que utilicen la terapia de apoyo y la terapia cognitiva-conductual, enfocarse en el estilo dialogado, el apoyo de las defensas, minimizando la frustración y la ansiedad, empleando la introspección que beneficiará una fuerte alianza terapéutica con víctimas y agresores.
- Una de las principales aportaciones que puede hacer la psicología por las personas víctimas y agresores de la violencia intrafamiliar es, modificar comportamientos o aspectos desadaptativos de la personalidad y enseñar aquellos que no se han aprendido para tener una vida funcional dentro de la sociedad.
- En la medida que los hogares fomenten patrones de crianza democráticos, se aseguran de permear en los hijos (as) actitudes de igualdad y equidad, fundamentales para la prevención de la violencia.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas aprovechar los recursos disponibles en este centro hospitalario para asignar un mayor número de practicantes y de esta forma cubrir de modo efectivo las necesidades emergentes de la población consultante, además de conseguir un mayor entendimiento del desarrollo y la evolución de las diferentes patologías.
- Implementar la terapia de pareja como seguimiento del presente estudio con los pacientes que deseen una orientación con respecto a su problemática conyugal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, Anne y Hillel I. Swiller. “PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”. Editorial El Manual Moderno. México, D.F., 1996. 568 páginas.
2. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. “THE EMPIRICAL STATUS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A REVIEW OF META-ANALYSES”. Clinical Psychology Review. Pennsylvania, Estados Unidos, 2006. 35 páginas.
3. Burin, Mabel y Emilce Dío Bleichmar. “GÉNERO, PSICOANÁLISIS, SUBJETIVIDAD”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1996. 361 páginas.
4. Carlson, Kristine. “NO TE AHOGUES EN UN VASO DE AGUA: LA MUJER ACTUAL”. Editorial Alamañ. México, D.F., 2003. 324 páginas.
5. Castilla del Pino, Carlos. “CUATRO ENSAYOS SOBRE LA MUJER”. Editorial Alianza. Madrid, España, 1989. 141 páginas.
6. Dutton, Donald y Golant Susan. “EL GOLPEADOR: UN PERFIL PSICOLÓGICO”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1997. 324 páginas.
7. Gleizer Salzman, Marceia. “IDENTIDAD, SUBJETIVIDAD Y SENTIDO EN LAS SOCIEDADES COMPLEJAS”. Editorial FLACSO. México, 1997. 187 páginas.

8. Kipen, Ana y Mónica Caterberg. “MALTRATO, UN PERMISO MILENARIO”. Editorial Intermón Oxfam. Barcelona, España, 2006. 203 páginas.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. “PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. Editorial Magna Terra S.A. Ciudad de Guatemala. Octubre 2008. 111 páginas.
10. Patton Thoelc, Sue. “EL CORAJE DE SER TÚ MISMA”. Editorial Selección EDAF. Madrid, España, 2000. 239 páginas.
11. Pinsker, Henry. “INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO”. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, España, 2002. 315 páginas.
12. Quinto Barrera, Sec King Emilio. “EL MODELO COGNITIVO: LA PSICOTERAPIA”. Primera edición. 2002. 78 páginas.
13. Ritter, Joachim. “SUBJETIVIDAD: SEIS ENSAYOS”. Editorial Alfa. Barcelona, España, 1986. 161 páginas.
14. Zaldívar Pérez, Dionisio F. Dr. “TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA”. Folleto de la Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. Cuba. 1998.

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO



“EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL QUE SUFREN Y QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”

PROPOSITO: Dicha investigación intenta que los participantes a la clínica por medio de la terapia de grupo adquieran conocimientos y responsabilidades por la violencia ejercida y/o que ejercen a un tercero(a), y esto se pretende alcanzar a través de actividades específicas.

MODALIDAD DE PARTICIPACION: Esta será de forma presencial en la clínica cada ocho días con una duración aproximada de una hora y media por sesión de terapia.

Usted ha sido invitada(o) a participar en este estudio de investigación psicológica.

Su decisión de participar es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

La información obtenida en este estudio, será mantenida en estricta confidencialidad por la investigadora. Los resultados serán publicados solamente con fines científicos.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán respetadas en su integridad.

FIRMA

DATOS GENERALES

Nombre:

Dirección:

Número de cédula:

Número(s) de teléfono(s):

(2) ENTREVISTA PARA MUJERES

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Número de hijos: _____

MOTIVO DE CONSULTA

PREGUNTAS

1. ¿Experimenta actualmente alguno de los siguientes problemas?

Dolor de cabeza _____ Falta de concentración _____ Cansancio _____

Irritabilidad _____ Temor _____ Olvidos _____

2. ¿En su niñez presenció algún acto de violencia en su hogar?

Si _____ No _____

3. ¿Cómo considera que es su vida matrimonial?

Satisfactoria _____ Insatisfactoria _____

4. ¿Qué opina de la relación con su familia?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

5. ¿En algún momento ha sentido miedo de su pareja?

Si _____ No _____ No tengo opinión _____

6. ¿Comparte con la misma frecuencia con sus amistades después de tener pareja?

Si _____ No _____ A veces _____

(3) ENTREVISTA PARA HOMBRES

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Número de hijos: _____

MOTIVO DE CONSULTA

PREGUNTAS

1. ¿Cómo se ha sentido últimamente?

Alegre _____ Triste _____ Enojado _____

2. ¿Cuándo tiene algún tipo de problema a quien/quienes recurre?

Amigos _____ Padres _____ Pareja _____ Otros _____

3. ¿Cuál es su manera de demostrar aprecio por su pareja?

Palabras _____ Abrazos _____ Regalos _____

4. ¿Cómo calificaría que es su relación con su pareja e hijos?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

5. ¿De que forma corrige a sus hijos?

Hablarles _____ Regañarlos _____ Pegarles _____

6. ¿Alguna vez ha sentido desconfianza de su pareja?

Si _____ No _____ A veces _____

(4) PLAN TERAPEUTICO GRUPAL

Esta intervención psicoterapéutica fue llevada a cabo en 8 sesiones, una vez a la semana (días miércoles y viernes), con una duración de hora y media aproximadamente. Detallado en los siguientes cuadros.

CORRIENTE: Terapia de Apoyo		
OBJETIVOS	TÉCNICA	EVALUACIÓN
Descargar la tensión asociada con experiencias insatisfactorias.	Desahogo o "confesar algo"	Los pacientes conseguirán sentirse mejor después de exteriorizar acontecimientos que desencadenaron su estado actual.
Escuchar silenciosamente mientras los pacientes se desahogan.	Abreacción	Se incrementará la autoestima y fortalecerá la relación paciente-terapeuta.
Promover acciones vinculadas con un funcionamiento efectivo.	De acuerdo a las habilidades adaptativas que posean los pacientes, para que tengan un mejor desempeño tanto a nivel personal como social.	Pacientes asisten a reuniones sociales y practican rutinas con más actividad; que contribuirá posteriormente a una mejora en su calidad de vida y la de sus familias.

CORRIENTE: Cognitiva – Conductual		
OBJETIVOS	TÉCNICA	EVALUACIÓN
Sustraer del rol de víctima a las pacientes y propiciar su desarrollo personal.	Entrenamiento en autoestima.	Modificar la concepción de sí mismas y elevar su autoestima.
Identificar pensamientos irracionales que la provocan las reacciones violentas y/o dependientes.	Se trabajará a través de la tabla de pensamientos disfuncionales ya que brindará un apoyo terapéutico al formular respuestas alternas a dichos	Los pacientes reconocerán paulatinamente sus pensamientos negativos y como influyen estos en su forma de pensar y actuar con su entorno familiar.

	pensamientos.	
Proporcionar a los pacientes un mayor grado de control sobre el pensamiento negativo corrigiendo "distorsiones cognitivas" o pensamientos distorsionados.	Reestructuración cognitiva.	Registrarán los pensamientos irracionales que se presenten a lo largo de la semana, los desafíos a esos pensamientos y las creencias racionales. También escribirán las consecuencias de esos pensamientos, así como los efectos que le traen en lo emocional, conductual y cognitivo.
Que los pacientes establezcan una comunicación más eficiente, expresen sentimientos positivos de amor y aprecio, enfatizen sentimientos de auto-respeto y dignidad al confrontarse con otros significativos.	Entrenamiento asertivo	Se darán y recibirán cumplidos. Mantendrán conversaciones sociales. Identificarán sus derechos. Harán y rehusarán demandas. Harán afirmaciones sin dar explicaciones. Enfrentarán a personas persistentes.
Mostrarles la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso.	Entrenamiento en relajación	Mediante esta técnica los pacientes logran diferenciar los estados de tensión y relajación.

<p>Enseñar a los pacientes a reconocer las situaciones estresantes que pueden precipitar su conducta violenta.</p>	<p>Auto observación y registro de las emociones de ira.</p>	<p>Los pacientes aprenden cuales son sus “disparadores” de la agresión, como opera el fenómeno de perder el control y diversas estrategias para controlar la respuesta agresiva.</p>
<p>Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades de comunicación.</p>	<p>Se expresará por medio de sentimientos y deseos de manera no violenta y la solución de conflictos interpersonales. También se potenciarán las características personales favorables.</p>

La fundamentación teórica del presente plan terapéutico se detalla en el marco teórico.

(5) HISTORIA CLINICA



Datos generales:

Nombre

Sexo

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Edad cronológica

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Religión

Motivo de consulta:

Queja Principal:

Historia Familiar:

Historia personal:

Prenatal

Perinatal

Postnatal

Desarrollo

Infancia

Escolar

Adolescencia, Juventud y Aduldez

Personalidad premórbida:

Antecedentes personales:

Médicos

Alérgicos

Quirúrgicos

Traumáticos

Gineco – obstétricos

Medicamentosos

Psiquiátricos

Hábitos

Antecedentes familiares:

Médicos

Psiquiátricos

Constelación familiar:

Con quien vive

Que número de hijo (a) es

Cómo es su relación con sus padres

Cómo es su relación con sus hermanos (as)

Cómo es su casa

Genograma:

Examen mental

Descripción

Actividad psicomotriz

Sensorio

Ánimo

Afecto

Sensopercepción

Habla y lenguaje

- Cantidad
- Calidad, fluidez, velocidad y ritmo

Pensamiento

- Curso y forma
- Contenido
- Tipo

Juicio

Cognición y Abstracción

Control de impulsos

Insight

Impresión Clínica:

Diagnóstico Gnosológico:

Ia

a)

b)

Ib

Ic

II Aliño Social

 Familiar Laboral

III

(6) NOTA DE EVOLUCIÓN

FECHA:

HORA:

GRUPO: H / M

OBJETIVO:

TÉCNICA:

CORRIENTE:

EXAMEN MENTAL:

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL TERAPEUTA



CREENCIAS Y REALIDADES ACERCA DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER

1. Las mujeres golpeadas se quedan en sus casas porque les gusta. **FALSO
VERDADERO**
2. Si ella se aguanta por bastante tiempo, las cosas cambiarán y se mejorará la relación. **FALSO
VERDADERO**
3. Si no tomara, no golpearía a su compañera. **FALSO
VERDADERO**
4. Las mujeres son golpeadas porque provocan a sus compañeros. **FALSO
VERDADERO**
5. Si el trabajo, trae dinero a la casa y es bueno con los niños y las niñas, una mujer no debe exigir más. Ella debe aguantar sus defectos. **FALSO
VERDADERO**
6. La violencia entre la pareja no afecta a los niños ni a las niñas. Ellos y ellas no se fijan en esas cosas. **FALSO
VERDADERO**
7. Esto es la voluntad de Dios y nadie se debe meter. **FALSO
VERDADERO**
8. Estoy de acuerdo con que las mujeres no se les debe golpear, pero lo que ocurre en casas ajenas no es asunto de nadie. **FALSO
VERDADERO**
9. Si las mujeres no se dejaran, los hombres no seguirían golpeándolas. **FALSO
VERDADERO**
10. La violencia entre compañeros es un problema de los pobres y personas sin educación. **FALSO
VERDADERO**
11. La violencia en el hogar no debe ser un secreto vergonzoso que impida pedir ayuda. **FALSO
VERDADERO**

TABLA DE PENSAMIENTOS

Instrucciones: Cuando mi ánimo se ponga más encendido o peor, me preguntaré a mí mismo (a). ¿Qué paso por mi mente ahora?, tan pronto sea posible escribiré el pensamiento o la imagen en la columna de pensamientos automáticos.

FECHA HORA	SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	EMOCIONES	RESPUESTA ALTERNA	RESULTADO

Situación: ¿Qué eventos o recuerdos me llevaron a sentir la emoción desagradable? ¿Qué sensaciones físicas molestas tuve?

Pensamientos automáticos: ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por mi mente? ¿En que porcentaje creía en ellas en ese momento?

Emociones: ¿Qué emoción (enojo, ansiedad, tristeza), tuve en ese momento? ¿Qué intensa (0 – 100%) fue esa emoción?

RESUMEN

En la investigación “El Abordaje Psicoterapéutico a personas que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental que sufren y que ejercen Violencia Intrafamiliar”, se seleccionaron a 12 personas de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 15 a 60 años, sin distinción de raza, nivel económico, educativo ni religión.

Tuvo como finalidad determinar el efecto que causa la psicoterapia de grupo, detectando las características psicosociales que sugestionan a víctimas y agresores.

Se evaluaron los mecanismos de acción y mejoría a través de la asistencia regular y la participación en las sesiones, durante un período de dos meses y medio.

Se manejaron los consentimientos informados, observaciones, entrevistas estructuradas, planes terapéuticos, historias clínicas, notas de evolución y la psicoterapia de grupo.

De acuerdo al diseño de investigación, se utilizó la estadística descriptiva para resumir, ordenar, clasificar y tabular los datos recabados.

El enfoque teórico que se manejó en la investigación se basó en los principios de la terapia de apoyo, y también en los postulados de la psicoterapia cognitiva-conductual.

La mayoría de la muestra manifestó una baja autoestima, que afectó tanto su vida familiar como social. Se procuró desarrollar un espacio agradable, de confianza y con la libertad para expresarse tal y como son, sin censura de ninguna clase.