



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL

TEMA:

“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTÓN OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015”

Trabajo de Grado previo a la obtención de Título de Psicóloga

AUTORA:

Karina Marisol Cáceres Arévalo

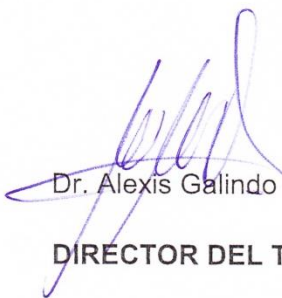
DIRECTOR:

Dr. Alexis Galindo

Ibarra, 2015

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

El tema de trabajo de grado previo a la obtención de título de Psicóloga denominado **“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VICTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTON OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015”** ha sido desarrollado cumpliendo con todos los requisitos estipulados por la Facultad, por lo que autorizo su presentación para la defensa pública de la misma en la fecha que asignen las autoridades de la facultad.



Dr. Alexis Galindo

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

AGRADECIMIENTO

A mis maestros mi reconocimiento más sincero por el apoyo brindado durante el proceso de formación, a mis padres quienes supieron inculcar en mis las herramientas necesarias para afrontar la adversidad y de esa manera superar todos los obstáculos y alcanzar el éxito.

Finalmente, mi más profundo agradecimiento a las mujeres que participaron en esta investigación, quienes, de forma altruista compartieron sus sentimientos y sus experiencia más íntimas. Sin ellas este trabajo no hubiera tenido razón de ser.

KARINA CÁCERES

DEDICATORIA

El presente Trabajo lo dedico a Dios por haberme concedido la vida y ser la fuente principal de sabiduría para alcanzar el éxito.

A mis padres Jaime Cáceres y Laura Arévalo, quienes me permitieron crecer, estudiar y darme el apoyo condicional en los momentos más vulnerables de mi vida y enseñarme a afrontar las adversidades sin perder la calma y con perseverancia para alcanzar las metas propuestas. A mis hermanos y sobrinos que fueron un soporte vital durante todo este largo proceso.

KARINA CÁCERES

RESUMEN

Esta investigación está basada en aplicar terapia cognitivo conductual a las víctimas de violencia psicológica de pareja, ya que es un problema frecuente en las relaciones familiares, y tiene gran importancia en la esfera social y en el ámbito de salud pública de nuestro país. De esta manera se utiliza el formato grupal por que presenta muchos elementos positivos en cuanto al desarrollo de habilidades en grupo, fomenta el establecimiento de redes de apoyo, normaliza el comportamiento de las víctimas para que así instauren habilidades en su nueva forma de vida enfocada en la autonomía y realización personal. Y de esta manera evitar las recaídas de violencia, ya que la mayoría de víctimas llegan a presentar indefensión aprendida, lo cual les crea ciertas características psicológicas que no les permite dejar ese círculo vicioso de la violencia y por ende siguen siendo maltratadas/os, para lo cual se espera que los resultados obtenidos permitan brindar una perspectiva más amplia acerca de las personas que sufren de violencia dentro de sus hogares y que realizan la denuncia en la Unidad Judicial de violencia contra la mujer y la familia, sirvan como fundamento para implantar este tipo de psicoterapia en las Unidades Judiciales y nos lleve a buscar caminos que nos permitan brindarles una mejor atención no solamente en el ámbito jurídico sino también en el área psicológica, adoptando mejores técnicas, estrategias y metodología para el beneficio de este grupo de riesgo y así conseguir una atención integral y que ya no siga siendo invisibilizada su situación.

ABSTRACT

This research is based on cognitive behavioral therapy applied to victims of psychological intimate partner violence, as this is a common problem in family relationships and has great importance in the social sphere and in the field of public health in our country. Thus, the group format is used that contains many positive elements in the development of skills in group, promotes networking support, normalizes the behavior of victims in order to set up new skills in their new way of life, focused on autonomy and personal fulfillment. And thus prevent relapse of violence, as most victims show learned helplessness, which creating them certain psychological characteristics that does not allow them to leave the vicious circle of violence and they are still abused; for which is expected that the results provide a broader perspective about people who suffer violence in their homes and making the complaint to the Judicial Unit of violence against women and the family, serve as the basis for developing this type of psychotherapy in the judicial units and bring to find ways that allow to provide a better service not only in the legal field but also in the psychological area, adopting better techniques, strategies and methodologies for the benefit of this risk group and thus achieve comprehensive care and lest follow being invisible their situation.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	X

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	CAPÍTULO I.....	1
1.1	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2	ANTECEDENTES	1
1.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.4	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.5	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.5.1	Unidades de Observación.....	6
1.5.2	Delimitación Espacial.....	7
1.5.3	Delimitación Temporal	7
1.6	OBJETIVOS	8
1.6.1	Objetivo General.....	8
1.6.2	Objetivos Específicos.....	8
1.7	JUSTIFICACIÓN.....	9

2	CAPÍTULO II.....	11
2.1	MARCO TEÓRICO	11
2.2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.2.1	Fundamentación Filosófica	11
2.2.2	Fundamentación Psicológica	11
2.2.3	Fundamentación Legal.....	12
2.2.4	Psicoterapia	16
2.2.4.1	Psicoterapia Cognitivo-Conductual	17
2.2.4.2	Características de la terapia Cognitivo Conductual	21
2.2.4.3	Técnicas de la Terapia Cognitivo conductual.....	22
2.2.4.4	Intervención cognitivo conductual a víctimas de violencia psicológica de pareja	25
2.2.5	Violencia de género	26
2.2.5.1	La violencia en la relación de pareja	29
2.2.5.2	La violencia psicológica	32
2.2.5.3	Las secuelas de la violencia psicológica de pareja	34
2.2.5.4	Resiliencia en las víctimas de violencia	35
2.2.5.5	Síndrome de la mujer maltratada.....	38
2.3	POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	41
2.4	GLOSARIO DE TÉRMINOS	42
2.5	¿PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN?	44
2.6	MATRIZ CATEGORIAL.....	45
3	CAPÍTULO III.....	46
3.1	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2.1	Investigación Cualitativa	46
3.2.2	Investigación De campo.....	46
3.2.3	Investigación Descriptiva	47
3.3	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.4	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.5	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	48

3.6	POBLACIÓN.....	51
3.7	MUESTRA.....	52
4	CAPÍTULO IV	53
4.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	53
5	CAPÍTULO V	71
5.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1.1	CONCLUSIONES	71
5.1.2	RECOMENDACIONES.....	73
5.1.3	RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	74
6	CAPÍTULO VI	76
6.1	PROPUESTA ALTERNATIVA.....	76
6.2	TÍTULO DE LA PROPUESTA.....	76
6.3	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	76
6.4	FUNDAMENTACIÓN	77
6.5	OBJETIVOS.....	80
6.5.1	Objetivo general.....	80
6.5.2	Objetivos específicos.....	81
6.6	UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.....	81
6.7	DESARROLLO DE LA PROPUESTA	82
6.8	IMPACTOS	92
6.9	DIFUSIÓN	93
6.10	BIBLIOGRAFÍA	94
	Anexos.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 4-1 INSTRUCCIÓN DE LAS USUARIAS.....	53
TABLA 4-2 EDAD DE LAS USUARIAS	54
TABLA 4-3 SITUACIÓN ACTUAL DE LA VÍCTIMA EN RELACIÓN AL MALTRATADOR .	55
TABLA 4-4 FORMAS DE VIOLENCIA DENTRO DE LA PAREJA	56
TABLA 4-5 ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA.....	57
TABLA 4-6 ESCALA DE SINCERIDAD.....	58
TABLA 4-7 ESCALA DE NEUROTISMO	59
TABLA 4-8 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	60
TABLA 4-9 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI	61
TABLA 4-10 ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL).....	62
TABLA 4-11 ESCALA DE INADAPTACIÓN (ÁREAS)	63
TABLA 4-12 ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG POST- TRATAMIENTO	64
TABLA 4-13 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).....	65
TABLA 4-14 ESCALA DE INADAPTACIÓN	66
TABLA 4-15 (1) EN GENERAL, ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTA CON LA FORMA EN QUE SU TERAPEUTA HA TRATADO EL PROBLEMA POR EL QUE CONSULTÓ?	67
TABLA 4-16 (2.) ¿EN QUÉ MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA ESPECÍFICO QUE LE LLEVÓ A CONSULTAR?	68
TABLA 4-17 (3) ¿CUÁL ERA SU ESTADO EMOCIONAL GENERAL CUANDO EMPEZÓ EL TRATAMIENTO?.....	69
TABLA 4-18 (4) ¿CUÁL ES SU ESTADO GENERAL EN ESTE MOMENTO?	70

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 4-1 INSTRUCCIÓN DE LAS USUARIAS	53
FIGURA 4-2 EDAD DE LAS USUARIAS	54
FIGURA 4-3 SITUACIÓN ACTUAL DE LA VÍCTIMA EN RELACIÓN AL AGRESOR.....	55
FIGURA 4-4 FORMAS DE VIOLENCIA DENTRO DE LA PAREJA	56
FIGURA 4-5 ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA.....	57
FIGURA 4-6 ESCALA DE SINCERIDAD	58
FIGURA 4-7 ESCALA DE NEUROTISMO.....	59
FIGURA 4-8 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	60
FIGURA 4-9 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI	61
FIGURA 4-10 ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL).....	62
FIGURA 4-11 ESCALA DE INADAPTACIÓN (ÁREAS).....	63
FIGURA 4-12 ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG POST-TRATAMIENTO	64
FIGURA 4-13 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	65
FIGURA 4-14 ESCALA DE INADAPTACIÓN	66
FIGURA 4-15 (1) EN GENERAL, ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTA CON LA FORMA EN QUE SU TERAPEUTA HA TRATADO EL PROBLEMA POR EL QUE CONSULTÓ?	67
FIGURA 4-16 (2.) ¿EN QUÉ MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA ESPECÍFICO QUE LE LLEVÓ A CONSULTAR?	68
FIGURA 4-17 (3.) ¿EN QUÉ MEDIDA LE HA AYUDADO EL TRATAMIENTO EN RELACIÓN AL PROBLEMA ESPECÍFICO QUE LE LLEVÓ A CONSULTAR?	69
FIGURA 4-18 (4) ¿CUÁL ES SU ESTADO GENERAL EN ESTE MOMENTO?	70

1 CAPÍTULO I

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2 Antecedentes

Durante las dos últimas décadas la violencia ha sido motivo de preocupación a nivel mundial, ya que afecta a todos los miembros de una familia, destruye la autoestima y en general limita el desarrollo de potencialidades de los miembros de la familia. La violencia de pareja en sus diferentes formas es un problema social y cultural que afecta a las personas, especialmente a las mujeres independientemente de su nivel socioeconómico, de educación, etnia, cultura o edad.

Páez, Cuba, (2011) en su investigación Génesis y evolución histórica de la violencia de género, en Contribución a las Ciencias Sociales, expresa “A pesar de que la violencia a la mujer no es un fenómeno nuevo, porque tiene un innegable antecedente histórico patriarcal, su reconocimiento, su visualización, y, por tanto, el paso de ser considerada de una cuestión privada a una cuestión social, si es relativamente reciente”

La violencia contra la mujer y la familia sucedía en el ámbito familiar hasta los años 90 y era considerada un asunto privado en el cual el Estado no debía intervenir. Es decir ninguna persona que sufría violencia de pareja tenía posibilidad de denunciarla, pues una disposición del Código de Procedimiento Penal del Ecuador (La denuncia, Art. 45) prohibía la denuncia entre cónyuges.

En 1996 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), determina a la violencia basada en género como una prioridad de salud pública; y es acogida por todos los países para implementar y dar seguimiento a leyes y políticas para prevenir, atender y sancionar la violencia de género. Y es así que en el 2007 en el Ecuador, se publica el Decreto Ejecutivo N° 620 que declara como política de Estado la erradicación de la violencia de género, hacia la niñez, adolescencia y mujeres.

Muchas investigaciones se han enfocado en las agresiones físicas, su prevalencia, gravedad y consecuencias; pero muy pocas se han centrado en el estudio de la violencia psicológica, tomándola como un aspecto secundario a la violencia física. De esta manera la violencia psicológica puede estar relacionada a la violencia física, ser un preámbulo de ella o manifestarse totalmente independiente. Por eso, es necesario tener presente una serie de distinciones en el momento de estudiar este fenómeno.

Haciendo referencia a la investigación de Arbach, Karin; Álvarez, Esther (2009): Evaluación de la violencia psicológica en la pareja en el ámbito forense. “Así como la violencia física puede tener consecuencias físicas y psicológicas, también la violencia psicológica puede provocar secuelas tanto de tipo somático (por ejemplo, dolor físico, úlceras, adicciones, etc.) como emocional, entre las que los síntomas del espectro depresivo y ansioso y el trastorno por estrés postraumático suelen ser las más comunes”

Por lo tanto es importante determinar el tipo de violencia ejecutado y sus consecuencias.

Según estudio difundido en el año 2011 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el 60,6 % de las mujeres ecuatorianas sufre algún tipo de violencia en Ecuador.

En esa misma publicación, el director del INEC, Byron Villacís, detalló en la rueda de prensa que un 54 % de las mujeres sufre violencia psicológica, el 38 % física, el 35,3 % patrimonial (transformación, sustracción, retención o destrucción de objetos personales) y el 25 % de tipo sexual.

Este estudio del INEC demuestra que el 90% de las mujeres que ha sufrido violencia por parte de su pareja no se ha separado, de este grupo el 54,9% no piensa separarse, el 23,5% se separó por un tiempo y regreso con su pareja y el 11,9% piensa separarse.

Consecuentemente, las estadísticas muestran que las mujeres a pesar de ser víctimas de violencia psicológica prefieren ocultarlo permitiendo que esa situación se prolongue por años, entrando así en un ciclo de violencia que refuerza las relaciones de dependencia hacia el agresor.

Haciendo referencia a la Tesis de Velarde, Valeria. (2011): "Efectos psicológicos de la violencia intrafamiliar": donde determina que "La violencia es un círculo vicioso pues las mayor parte de mujeres que son víctimas de maltrato por parte de sus parejas se convierte en victimarios con sus hijos".

Un alto porcentaje de mujeres que sufren violencia psicológica han mantenido relaciones de parejas tormentosas y desequilibradas desde el

inicio de la adolescencia, con individuos narcisistas y explotadores donde la prioridad de la mujer es el otro por encima de sí misma.

Según la Tesis de Pérez, Keyla. (2001) “Efectos de la dependencia emocional en la autoestima de mujeres de veinte y cinco a cincuenta y cinco años de edad que tienen una relación de pareja”: manifiesta que en “Algunos estudios científicos (Miller, 2002) se dedicaron, a estudiar el perfil de este subtipo de mujeres maltratadas, obteniendo como resultado en primer lugar que la dependencia emocional hacia sus parejas masculinas fue el motivo de esta extraña actitud”. Además las mujeres que sufren violencia psicológica presentan miedo a su pareja, pérdida de la autoestima, depresión y ansiedad.

En la investigación de Almendros, Carmen: Abuso Psicológico en la pareja: Aportaciones recientes, concepto y medición. Demuestra “Los resultados de investigaciones cualitativas y cuantitativas evidencia que el AP tiene un impacto sobre la salud mental de la víctima equiparable, al abuso físico”. Dentro de la misma investigación refiriéndome al trabajo de Follingstad e (1990), se encontró que el 72% de las mujeres maltratadas manifestaba que el abuso emocional había tenido un impacto más grave que el físico y el 46% destacaba la ridiculización como la peor forma de maltrato.

Es necesario destacar que la mayoría de investigaciones están enfocadas en señalar a la mujer como víctima de violencia de pareja, aunque de igual manera los hombres también sufren violencia por parte de las mujeres sin embargo es en un menor porcentaje, ya que de todas las denuncias de violencia de pareja el 10 % son reportadas por hombres.

Se refiere a una violencia invisible, silenciosa y encubierta pues para un hombre es difícil admitirla y la mayoría se sienten incapaces de denunciarla por lo que personas de su entorno son las que dan el primer paso.

La mayoría de denuncias son hechas por mujeres cercanas del entorno de la víctima, la madre, la hermana, o alguna amiga. Muchos de ellos la niegan, no la asumen y terminan viviendo el maltrato como algo normal y aceptándolo como parte de su vida de pareja.

El hecho de que los hombres maltratados sean escasos en comparación con las mujeres hace que la sociedad no esté tan consciente como con la violencia que sufre la mujer, y lo interpretan con una señal de debilidad, que cuestiona su virilidad y, masculinidad; afectando aún más el autoestima del hombre y provocándoles humillación.

1.3 Planteamiento del problema

En el Ecuador la violencia psicológica de pareja es un grave problema donde el 76.3 % de mujeres sufren este tipo de violencia por parte de su parejas o ex parejas. (INEC, 2011); y en el caso de los hombres el 14 % es víctima de violencia por parte de sus parejas o ex parejas. (DINAGE, 2010) Las consecuencias negativas de la violencia psicológica sobre la salud física y emocional de las víctimas son impactantes, ya que pueden ocasionar daños tan graves como la violencia física, sexual o más.

Por consiguiente se ha comprobado que las personas maltratadas tienen problemas emocionales moderados o graves, predominando los síntomas depresivos, ansiedad generalizada e ideas suicidas, los sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, junto con desconfianza hacia los demás y el trastorno por estrés postraumático.

Todo esto conlleva a que la víctima adquiera un nivel de inadaptación a las diferentes áreas de la vida y a justificar los actos de violencia; perdiendo

la oportunidad de ser apoyada por las entidades del estado que proponen programas de intervención para víctimas de violencia.

Por lo tanto es relevante que el tratamiento para las consecuencias emocionales en víctimas de violencia psicológica requiera de programas de intervención específicos ajustados a sus necesidades.

De esta manera es necesario aplicar técnicas enmarcadas en el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de tratar la culpabilidad y el déficit de autoestima en las víctimas de violencia psicológica de pareja; y de enseñar habilidades que les permitan establecer una nueva forma de vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control.

1.4 Formulación del problema

Incidencia de la Terapia Cognitivo Conductual en las víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la unidad judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del cantón Otavalo, durante los meses marzo-agosto 2015

1.5 Delimitación del problema

1.5.1 Unidades de Observación

Hombres y mujeres víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad Judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del cantón Otavalo.

1.5.2 Delimitación Espacial

Esta investigación será realizada con las víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la Unidad Judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del cantón Otavalo perteneciente a la provincia de Imbabura.

1.5.3 Delimitación Temporal

El trabajo investigativo se llevará a cabo en el periodo que comprende desde el mes de marzo hasta agosto de 2015.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Aplicar terapia cognitivo-conductual a las víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la mujer y la familia del Cantón Otavalo.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Identificar las causas que generan la violencia psicológica en la pareja.
- Determinar las consecuencias psicológicas y repercusiones en la relación de pareja de las víctimas de violencia psicológica.
- Disminuir las alteraciones emocionales-cognitivas producidas en las víctimas de violencia psicológica de pareja.
- Establecer un programa de intervención terapéutica para las víctimas de violencia psicológica basado en el Enfoque Cognitivo-Conductual.

1.7 Justificación

Esta investigación es fundamental ya que al hablar de violencia psicológica en la pareja es exponer un tema que está afectando a nuestra sociedad, pues ahora constituye un serio problema de salud pública con consecuencias sociales e individuales. La violencia psicológica en la pareja ha sido considerada frecuentemente como un efecto secundario al maltrato físico, recibiendo una menor atención debido a la creencia de ser menos grave y transitoria que otras formas de violencia. Sin embargo se puede constatar que la violencia psicológica es un predictor relevante del maltrato físico, ya que muy rara vez ocurre maltrato físico sin que tenga lugar la violencia psicológica.

Determinando de esta manera que las personas víctimas de violencia Psicológica adquieran cambios afectivos, psicológicos, cognitivos y conductuales que a su vez generan un fuerte impacto en la salud mental de las mismas; llevándoles muchas veces a desarrollar una adaptación patológica a dicha situación, que no es fácilmente entendible para otras personas ajenas a la situación.

Generalmente las personas maltratadas tienen baja autoestima y se desvaloran a sí mismas, y piensan que no son merecedoras de tener una pareja que las quiera y las respete sin la necesidad de recurrir a la violencia, y que si la pareja las humilla y agrede verbalmente es porque se lo tienen merecido. Por lo tanto esta investigación va enfocada a tratar la culpabilidad y el déficit de autoestima de las víctimas a través de un programa de intervención para la violencia utilizando la técnica cognitivo-conductual.

Tomado en cuenta que la mayoría de personas que han sufrido violencia psicológica deciden quedarse junto a sus parejas, el objetivo terapéutico

será mejorar la autoestima de las víctimas, la misma que les servirá de base para adquirir las herramientas necesarias y de esa manera ayudar a desarrollar habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Todo esto se llevaría a cabo mediante un proceso dentro de la técnica terapéutica: primero se abordaría la expresión emocional de la víctima, es decir facilitar el desahogo emocional de la irritabilidad y las humillaciones sufridas; La reevaluación cognitiva y posteriormente el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento; para favorecer que la persona viva en un entorno seguro sin violencia.

2 CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1 Fundamentación Filosófica

Esta investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo que toma como base el aporte de Karl Marx, quien parte de una crítica a la situación del contexto, para definir la propuesta de una nueva forma de comprender y hacer ciencia.

El carácter crítico radica en el cuestionamiento de la forma en que las estructuras sociales intervienen en la problemática de la violencia psicológica de pareja y la naturaleza propositiva se declara en la orientación hacia propuestas dentro de un ambiente integrativo, flexible que permita la apertura de todos los involucrados facilitando la comprensión total de la realidad social en la que el problema está inmerso.

2.2.2 Fundamentación Psicológica

Dentro de la psicología se instaura como campo de estudio las consecuencias emocionales, cognitivos y conductuales de las personas que sufren violencia, por lo tanto esta investigación profundiza las causas y consecuencias de esta problemática brindando un panorama amplio para la comprensión de los alcances de la violencia en contra de la mujer, de la pareja, de la familia, la comunidad y la cultura.

El enfoque cognitivo cuyo precursor Aron Beck manifiesta que “ Los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos”. Ruiz, F. M., Díaz, G. M. I., & Villalobos, C. A. (2012).

En relación a la intervención terapéutica la corriente cognitiva propone una conceptualización coherente del pensamiento como el instrumento para el control de las emociones y conductas por excelencia, de manera que ha sido elegido el trabajo uno de sus autores representativos, Aron Beck, como el fundamento teórico y técnico en el que se asentará el presente trabajo investigativo; este autor revela que esta terapia está enfocada en eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales de las mujeres víctimas de violencia psicológica en pareja y a adquirir habilidades necesarias que le permitan en el futuro , rectificar las distorsiones cognitivas e incorpore como parte de su vida habitual actitudes y formas de funcionamiento más adaptativas y racionales.

2.2.3 Fundamentación Legal

Varios textos internacionales, de carácter vinculante, que aborda la problemática de la violencia han servido de base para desarrollar una abundante jurisprudencia internacional en la materia. La violencia puede darse en cualquier tipo de vínculo humano, aunque el blanco más frecuente después de los niños son las mujeres, sin dejar de mencionar que también hay hombres maltratados por mujeres aunque es menos frecuente.

En lo internacional se resalta:

1. En el ámbito universal, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer adoptada en 1993 por la Asamblea de las Naciones Unidas.
2. En el ámbito regional, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), de carácter vinculante para los estados que la ratificaron.

Estos dos documentos condenan todas las formas de violencia contra las mujeres que tengan lugar dentro de la familia o unidad doméstica, en la comunidad, en cualquier otra relación interpersonal.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

La Comisión Iberoamericana de Derechos Humanos (CIDH) se ha referido a la violencia de género como un problema que acarrea obligaciones de naturaleza integral y multidimensional para los Estados, y exige la organización de toda la estructura estatal para *prevenir, investigar, sancionar y repara este grave problema de violación de derechos humanos*.

Esta Convención consagra el derecho a la protección y a las garantías judiciales en sus artículos 8.1 y 25, como pilares básicos del estado de Derecho. Estas disposiciones son complementadas por el artículo 7 de la Convención Iberoamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la

Violencia contra la Mujer- Convención de Belem do Pará-, el cual reconoce el vínculo crítico entre el acceso de las mujeres a una adecuada protección judicial al denunciar hechos de violencia, y la eliminación de la violencia y discriminación que la perpetua.

El CIDH destaca que la violencia de género es una de las manifestaciones más apremiantes de violación a los derechos humanos, sin embargo, también es un serio problema de salud pública que requiere atención prioritaria de parte de los Estados. Esto significa que el deber de protección hacia las víctimas de violencia es integral, comprendiendo tanto un enfoque de salud pública como jurídico.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

“Art. 8.- Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.”

Convención Americana sobre los Derechos Humanos

“Art. 25.- Protección Judicial

1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.

La Constitución de la República del Ecuador (2008), en el Artículo 35 establece que:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

La misma Constitución del Ecuador, en el Capítulo Sexto en su Artículo 66, Numeral 3: El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

“Art. 155.-Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

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

Por lo tanto es importante dar a conocer a las víctimas de violencia psicológica de pareja que es una prioridad para el estado el mejorar su condición de vida y que es necesario aceptar la problemática existente entre la pareja, para posteriormente a través de la terapia cognitivo conductual ayudarles a reparar su autoestima que es uno de los aspectos más afectados en las víctimas de violencia y desarrollar habilidades que les permitan manejar adecuadamente la expresión de sus emociones.

2.2.4 Psicoterapia

La psicoterapia tiene como ideal la eliminación del sufrimiento humano la obtención del equilibrio eufórico y recíproco entre el Ser y su ambiente psicológico, pero esto no se obtiene solamente con la desaparición de la parte sintomática que presenta el paciente, ya que va más allá.

Jung, Carl Gustav (2013) menciona que la psicoterapia es un sector del arte de curar que sólo en los últimos cincuenta años se ha desarrollado y ha obtenido cierta autonomía. En este sector, las ideas han cambiado y se han matizado de muchas maneras, y además se han acumulado experiencias que dan pie a las interpretaciones más diversas. Esto se debe a que la psicoterapia no es un método sencillo y unívoco, como se

pensó en un primer momento, sino que poco a poco ha ido quedando claro que en cierto sentido es un procedimiento dialéctico , es decir, una conversación o una confrontación entre dos personas. Al principio, la dialéctica fue el arte del diálogo de las filosofías de la Antigüedad, pero pronto se convirtió en la denominación del procedimiento para generar nuevas síntesis. Una persona es un sistema psíquico, que en caso de ejercer influencia sobre otra persona, entra en interacción con otro sistema psíquico.

Esta enunciación cambia el enfoque de la relación terapéutica entre el psicólogo y paciente que se tenían al inicio de la aparición de la psicoterapia en la que se pensaba que cualquiera podía aplicar este método de manera estereotipada para provocar cierto efecto.

Existen diversos Tratamientos psicológicos que surgen para abordar los problemas emocionales que no están determinados por causas orgánicas, por lo tanto la Psicoterapia sería como el nombre genérico de estos tratamientos. De esta manera se ha desarrollado dentro de la psicología conocimientos que permiten explicar y tratar este tipo de problemas y busca como objetivo promover y restablecer el bienestar anímico de una persona.

2.2.4.1 Psicoterapia Cognitivo-Conductual

Esta corriente psicoterapéutica nace en los años 50 como una alternativa ante los modelos dominantes de la época como lo era el Psicoanálisis. Y esta se basa en la idea de que la conducta es aprendida y puede modificarse mediante el aprendizaje.

La Terapia Cognitivo- conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Esta hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios de aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el lugar en que se produce. (Ruiz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012)

Algunos de sus representantes han argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

- 1. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos.**

2. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.

3. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

4. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

La Terapia Cognitivo-Conductual tiene varias ventajas en su aplicación, como ya se mencionó, se enfoca en el pensamiento (cognición) y como actúa (conducta) la persona y se centra en los problemas y dificultades del “aquí y ahora”, para definir la mejor técnica Cognitivo-Conductual con el objetivo de producir cambios en el pensamiento y posteriormente en la conducta y todo esto en un tiempo limitado.

Principios generales de la Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a los pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el Modelo Cognitivo-Conductual se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran

emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983).

Considerando a partir de esto, que mientras la persona tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que retroalimenten la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social.

2.2.4.2 Características de la terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al usuario, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de

técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Además la intervención bajo el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico

2.2.4.3 Técnicas de la Terapia Cognitivo conductual

Para que se logre el objetivo terapéutico, es recomendable que el terapeuta utilice una serie de estrategias en las cuales emplea un conjunto de técnicas, que vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionan un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de éstos pueden referir la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, por mencionar algunos (Mckain, 1993; en Valadez, 2002).

Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, son coadyuvantes en el tratamiento de diversos problemas clínicos (Sánchez,

Rosa y Olivares, 1999), debido al abordaje que se le da a éstos por medio de las estrategias oportunas y adecuadas.

Por lo tanto se conocen una variedad de Técnicas Cognitivo-Conductuales específicas para cada necesidad de los pacientes cuya efectividad han sido comprobadas en varias investigaciones.

a. Técnicas Cognitivas

Técnicas de reestructuración cognitiva

Están centradas en la identificación y cambios de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información. En esta categoría se incluye: La terapia Racional Emotiva de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) las cuales constituyen los ejemplos más genuinos.

Técnicas de Habilidades de Afrontamiento

Persiguen enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como las caracterizadas por el estrés o el dolor, por ejemplo. Con este objetivo se

puede citar: el Entrenamiento en inoculación de Estrés de Meichenbaum (1977-1985) y las técnicas de manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971).

Técnicas de solución de problemas

Dirigidas a corregir el modo en el que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. En este grupo se incluyen: La Terapia de Solución de Problemas de D´Zurilla y Golfried (1971)

Es necesario aplicar estas técnicas para modificar los pensamientos irracionales que adquirieron las víctimas de violencia psicológica en la relación de pareja. Mediante éstas se aprenderá estrategias de prevención de recaídas.

b. Técnicas Conductuales

Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983).

Por lo tanto estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán

dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento.

2.2.4.4 Intervención cognitivo conductual a víctimas de violencia psicológica de pareja

Los programas de tratamiento para víctimas de violencia han evolucionado con el desarrollo teórico y empírico, al igual que las mejoras que se implementan cada vez que se aplica a más población e inclusive algunos programas se utilizan para diferentes tipos de traumas. (Cáceres Ortiz, Eduin, 2011)

Echeburúa y otros (1996) en su revisión señalaba que los programas o investigaciones adelantadas se centran en la autoestima, autoeficacia y en dar algunas habilidades de control y asertividad, otros incluyen ejercicios para combatir la culpa, ira y reestructuración cognitiva pero ninguno incluye la Terapia de exposición (TE) ni Terapia Cognitiva (TC) de forma estructurada. Con este estudio específico sobre Violencia de Pareja (VP), inicia para finales de los años 90 un recorrido que ha venido en mejora y sirvió de impulso a los programas en cuanto al formato, la manualización, la estructuración de los componentes terapéuticos. (Cáceres Ortiz, Eduin, 2011)

En la investigación de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) se ha puesto a prueba por primera vez un programa terapéutico cognitivo-conductual -la expresión emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento-, aplicado individualmente, para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en 62 víctimas ambulatorias (no residentes en casas de acogida) de maltrato doméstico.

En esta investigación se tuvo como objetivo desarrollar la expresión emocional de la víctima, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento donde se obtuvo resultados satisfactorios, ya que los logros terapéuticos tienden a consolidarse con el transcurso del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

2.2.5 Violencia de género

Violencia hacia las mujeres

Desde las épocas más remotas de la cultura humana se ha manifestado la subordinación de las mujeres respecto a los hombres. Este fenómeno no se ha limitado sólo a concebir la inferioridad femenina, sino que ha trascendido las fronteras de lo racional, hasta llegar incluso a manifestarse mediante comportamientos agresivos, que acreditados por el patriarcado y ratificados luego por las sociedades ulteriores, conforman la ya histórica y universal violencia de género. (Páez Cuba, Lisett D., 2011)

La violencia de género, sexista o violencia contra la mujer agrupa toda la forma de violencia que se ejerce por parte del hombre sobre la mujer por su específico rol de género, violencia sexual, tráfico de mujeres, explotación sexual, mutilación genital, acoso laboral, etc., independientemente de la relación interpersonal que mantengan víctima y victimario. La violencia contra las mujeres es considerada como un fenómeno de especial atención por su alta frecuencia, por la gravedad de sus consecuencias y por su invisibilidad como problema social. (Gómez Hermoso, Muñoz Vicente & Vázquez Mezquita, 2009)

Todavía la violencia es asociada por muchos a hechos crueles que tienen su origen en problemas psiquiátricos, de personalidad, alcoholismo, problemas económicos y sociales, y difícilmente se vincula con una educación sexista de los roles asignados a las mujeres y hombres, socioculturalmente. Lo cierto es que, por una u otras causas, aún coexiste y las cifras son escalofriantes.

Violencia hacia los hombres

Desde la perspectiva del género la mayor violencia que se ha ejercido y ejerce contra los hombres es la negación de todo aquello que está asociado a lo femenino, limitando con ello su capacidad de ser y actuar.

En este sentido es violencia de género la imposición de ciertos patrones culturales que desde la infancia determinan que el hombre debe negar sus emociones, frases como “los hombres no lloran”, “no se queje que parece mujercita”, “los verdaderos hombres son siempre fuertes y valientes”, “no tenga miedo, usted es bien macho”; son violentas porque reprimen la natural expresión de sus emociones y necesidades afectivas o el deseo de pedir apoyo. Los hombres que se encuentran más sensibles, sentimentales, tiernos, o eligen profesiones u oficios considerados femeninos, se ven expuestos a que se dude de su masculinidad a través de insultos o burlas.

En nuestra cultura, es común que se exija a un adolescente que demuestre su hombría, aprendiendo a fumar, beber, drogarse o a iniciarse sexualmente para ser aceptado por el grupo, no hacerlo implica que se exponga a burlas sobre su masculinidad y a la posibilidad de ser excluido.

Un hombre, por el hecho de serlo, debe estar siempre dispuesto a vivir experiencias sexuales con mujeres, por lo que cuando un hombre las rechaza, frecuentemente es acusado peyorativamente de que no les gustan las mujeres, acusación que procede incluso de ellas mismas. Esta es una forma de presión social que no respeta en el hombre la capacidad de decisión sobre su sexualidad.

En la edad adulta el rol principal del hombre es el ser “proveedor” del hogar porque ello reafirma su capacidad de ser protector y dar sustento a su familia, sin embargo cuando por diversas circunstancias un hombre no tiene un trabajo, no produce lo suficiente, o se queda en la casa a cargo de las tareas domésticas y del cuidado de sus hijos, es cuestionado por su medio social acusándole de ser “mantenido”, “mandarina” de no ser completamente hombre por incumplir con su rol y por haberse “rebajado” a ocupar un rol femenino que corresponde a las mujeres. Por el que dirán muchos hombres se privan de compartir más tiempo las labores domésticas o el cuidado de sus hijos.

A nivel legal, cuando existe separación de pareja, se otorga la tenencia de los hijos/as a la madre, y el padre aunque cumpla muy bien su rol paterno, debe privarse de vivir con ellos y limitarse a visitarlos de acuerdo a lo que estipula la ley o voluntad de la mujer, existiendo casos en que “el ver a los hijos” es usado como arma de chantaje. (Rodríguez, Anamaria; Falconí, Fabiola Herramientas para trabajar género y violencia de género)

La violencia dirigida tanto a hombre como mujeres, debe ser superada para poder construir la equidad y la paz.

2.2.5.1 La violencia en la relación de pareja

La violencia en la pareja se refiere a todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable. (Fairman, Silvia 2005)

La pareja es la conexión más intensiva y frecuente de la edad adulta, pero también es la que más exige identidad, madurez, estabilidad, autonomía, comprensión humana, respeto y paciencia ya que la identidad de sus miembros está sostenida con y por el otro.

El vínculo conyugal es fuente de estabilidad o inestabilidad emocional de la pareja, o de uno de sus miembros, los que tienen un proyecto de vida compartido. Cada miembro de la pareja, al vivir juntos, trae consigo sus propios puntos de vista con respecto al vínculo; la mayoría de estos son implícitos. Pero debe tratar de elaborar con su cónyuge uno en común. Es en este proceso cuando se ponen en marcha no solo los explícitos, que fueron la base de la decisión de constituirse en pareja, sino también los implícitos, que incluyen creencias personales y de la familia de origen de cada uno, deseos, planes y necesidades.

Las relaciones de parejas son complejas y sufren las influencias de los factores sociales, culturales, económicos y personales. Uno de los mayores problemas es respetar al otro integrante en su peculiaridad, sin pretender cambiarlo, pero al mismo tiempo sin renuncias tampoco a la propia personalidad para adaptarse a él.

La elección del objeto amoroso se caracteriza por su idealización, pero este mecanismo conlleva un material de violencia porque todo lo idealizado,

al confrontarlo con la realidad, corre el riesgo de desilusionar. No poder renunciar a una felicidad continua es una de las causas de la patología y la violencia conyugales.

Fairman, Silvia en su libro: El hombre maltratado por su mujer, una realidad oculta manifiesta que “la pareja aparece como el sitio ideal para la realización afectiva, comprensión, sostén, seguridad y protección, las estadísticas la muestran como una estructura familiar que tiende a ser conflictiva y núcleo de violencia conyugal”.

Cuando dos personas conviven, cada uno intenta imponer su diferencia forzando al otro. Si éste cede, a su vez se resiente, y el que está en el poder empieza a ser injusto, de esta manera se instauran relaciones desiguales de poder de uno sobre el otro.

Toda forma de poder necesita, para perpetuarse, el sostén del victimario, pero también de la víctima. De esta manera cada individuo adulto con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter negativo.

Si la relación de pareja se deteriora y se recurre a la violencia, esto significa que ya algo andaba mal entre sus integrantes y hubo un elemento que lo potenció; es decir la violencia no se desencadena de un instante a otro, sino por una serie de situaciones traumáticas en la historia de la pareja.

La violencia conyugal ha existido en todas las épocas, en todas las clases sociales y entre individuos de todas las edades, hasta que comenzó a percibirse como un problema social; pues anteriormente era tolerado y ocultado porque se lo mantenía como un asunto privado.

Existen factores relacionados con la violencia conyugal, que deben tomarse en cuenta para la recuperación de víctima y victimario/a, ya que los dos necesitan atención y apoyo.

- a) Pobre control de impulsos
- b) Exposición a malos tratos en la infancia
- c) Estrés intenso en la vida actual
- d) Inadecuada competencia en la relación
- e) Actitudes que apoyan el uso de la violencia para mantener el poder dentro de la familia.

En violencia conyugal estas conductas se entremezclan con momentos de arrepentimiento, tranquilidad e incluso amor; esto dificulta la toma de conciencia de que el problema existe. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el hecho de que efectivamente hubiera ocurrido establece un precedente para futuras agresiones.

Cuando se da este problema en una sociedad marital, puede presentarse mediante injurias verbales, comportamientos abusivos, silencios o directamente violencia física. Las huellas del maltrato físico desaparecen, pero no sucede lo mismo con el maltrato psicológico, que continúa ejerciendo influencia adversa sobre la víctima.

Las víctimas de violencia en la relación de pareja pueden manifestar las siguientes consecuencias:

- Aspecto emocional: desgano, apatía, abatimiento, vergüenza, angustia, ansiedad, depresión, miedo, irritabilidad.
- Aspecto cognitivo: autoevaluación negativa, perspectivas futuras negativas.
- Aspectos motivacionales y volitivos: inhabilidad para la acción, ausencia o pobre motivación, desinterés, parálisis para su propia defensa, anulación de su autonomía, abandono personal, consumo inadecuado de alcohol, medicamentos o drogas.
- Aspectos orgánicos: alteraciones del sueño y del apetito, rechazo a la sexualidad, problemas cardiovasculares, alergias, cefaleas, pérdida de la memoria, problemas digestivos.

2.2.5.2 La violencia psicológica

La violencia psicológica, emocional o verbal: la violencia psíquica aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la propia mujer u hombre, desvalorizando su trabajo, sus opiniones. Se produce cuando el agresor/a aísla, controla, prohíbe, rebaja la autoestima, culpabiliza, humilla, ridiculiza, insulta, amenaza, anula; estas son sus principales acciones. Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en la víctima sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor/a sobre la víctima, que es el objetivo último de la violencia de género. (Ferrer Lozano, 2009)

La violencia psicológica no es una forma de conducta establecida sino un conjunto de comportamientos, en los cuales se produce una afectación psíquica. (Martos, 2003).

Para esta autora, la violencia psicológica implica una coerción aunque no haya uso de la fuerza física, es un anuncio de esta última, e incluso muchas veces deja secuelas más fatales porque el anuncio es la amenaza suspendida a la víctima, la cual desconoce qué acciones va a recibir.

La violencia psíquica es inseparable a la violencia física o puede ser un anuncio de la misma, o bien se puede dar independientemente de las agresiones. Es una forma de maltrato, un conjunto heterogéneo de actitudes y comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica, pero a diferencia del maltrato físico, es sutil y más difícil de percibir, detectar, valorar y demostrar. Se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una persona a través de actitudes o palabras. La violencia psíquica se sustenta a fin de conseguir el control, minando la autoestima de la víctima, produciendo un proceso de desvalorización y sufrimiento. La violencia psicológica actúa desde la necesidad y la demostración del poder por parte del agresor. Se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas. Este tipo de violencia "invisible" puede causar en la víctima trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, provocar el suicidio. (Asensi Pérez, Laura, 2011)

La violencia conyugal una vez presente en la vida de las parejas, puede tomar formas diversas de manifestación, donde cada una de ellas afecta la vida de aquellos que están implicados. Estas formas de violencia, se

generan con ocasión de la escalada de la violencia doméstica.

2.2.5.3 Las secuelas de la violencia psicológica de pareja

Según Mora Héctor, (2008) en su libro, Manual de protección de las víctimas de violencia de género plantea que “Las personas que se desarrollan en un medio violento, en ocasiones se ven motivados a hacer cosas que le traen en la mayoría de los casos problemas personales que se evidencian en su desarrollo dentro de la sociedad, entre las que se pueden mencionar afectaciones como”:

- Se afectan conscientemente su salud y la vida en general. Un ejemplo de esto está en el uso de drogas y en el abuso del alcohol que se usa en la mayoría de los casos para tener valor o para olvidar problemas que agobian su personalidad.
- Ponen en riesgo la vida mediante conductas imprudentes y arriesgadas.
- Afectan a otras personas por situaciones inadecuadas como son pleitos con armas y sin ellas, que en ocasiones pueden llegar hasta provocar la muerte.

Una de las cosas muy importante que se debe tomar en cuenta es que la violencia sea cual sea la forma en que se manifiesta, siempre tiene consecuencias. Éstas pueden ser sobre la salud física y mental, o sobre el bienestar material de la familia

2.2.5.4 Resiliencia en las víctimas de violencia

Tradicionalmente dentro de las distintas áreas de las Ciencias Sociales se le ha dado un mayor énfasis a los estados patológicos del ser humano, motivo por el cual los estudios e investigaciones se han centrado en esto y en descubrir los factores que influyen en ello. Sin embargo, esto no fue suficiente para dar respuesta a todas las interrogantes que se presentaban, sino más bien se evidenció que personas que vivían en un ambiente adverso y de riesgo lograban desarrollarse, superando condiciones severamente adversas, sobreviviendo a ellas e incluso transformándolas en ventaja para sí mismos y su realidad.

Es entonces cuando se busca dar una nueva explicación a este fenómeno y varios autores como Werner (Krauscopf y otras, 1998) introducen el término de invulnerabilidad que luego es cambiado por el de resiliencia, por tratarse de un concepto menos rígido y más comprensivo, que refleja la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes.

El concepto de la resiliencia es relativamente nuevo en cuanto a su aplicación en el ser humano. Este se toma de la metalurgia, y se le designa como “la capacidad que tienen los metales para soportar los cambios externos y golpes, recuperando su estructura interna”. (Badilla, 1999)

Desde una perspectiva biopsicosocial el término se refiere a “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir adelante positivamente o incluso transformándolas luego de ser sometido a factores de alto riesgo que han vulnerabilizado su integridad o le han causado daños graves en su vida psíquica, moral, espiritual o social”. (Araya, 1999)

Varios autores han aportado a la definición de resiliencia señalando que es un fenómeno multifacético que tienen que ver con las circunstancias personales y sociales por lo tanto la resiliencia implica aspectos internos de las personas pero también influye en gran medida el ambiente social en que se desenvuelva, los vínculos afectivos y las experiencias de vida.

Al hablar de resiliencia, es importante considerar que la infancia es la etapa fundamental para la consolidación de los modos de interacción con el medio y en la medida en que se avanza en la edad, las etapas de crecimiento ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgo. Se afirma que en adolescentes “la invisibilidad, la exclusión y la estigmatización no favorecen el desarrollo de la resiliencia” pues contribuyen a la construcción de una identidad confusa, incompleta, con sentimientos de desvalorización personal, haciéndoles más vulnerables y propensos a adoptar conductas riesgosas. (Krauscopf, 1996)

De esta manera es necesario aplicar este análisis a las víctimas de violencia en relación de pareja ya que se conoce que muchas de ellas sufrieron directa o indirectamente maltrato en la niñez y por otra parte se encuentran sumidas en una situación que las subvalora.

Stefan Vanistendael (1995) propone los factores que contribuyen a generar resiliencia:

- “Redes informales de apoyo y aceptación incondicional de la persona.
- Significado, sentido y coherencia de la vida en relación con la espiritualidad y la fe religiosa.

- Actitudes técnicas y sociales para la relación con otros y control sobre la propia vida.
- Autoestima
- El sentido del humor.”

Además manifiesta que la relación con otros contribuye a generar resiliencia y es reforzada por redes informales en la vida actual de la persona. Existen potencializadores de resiliencia como lo son: el trabajo, el soporte espiritual, vivir con propósito, sentirse amado y aceptado por los demás, entre otros.

De esta manera los factores de resiliencia contribuyen a que las personas víctimas de violencia de pareja logren enfrentar las situaciones difíciles a lo largo de su existencia y salir de estas e incluso llegar a superarse en el ámbito personal, tomando en cuenta tanto sus fortalezas y potencialidades internas así como también los elementos del medio que han ayudado a promover su desarrollo.

La resiliencia en las víctimas de violencia de pareja ha logrado poner en práctica estrategias para enfrentar dicha experiencia que atenta contra su calidad de vida, bienestar y desarrollo personal; ya que les ayudó a romper con el círculo de la violencia y a fortalecerse con las decisiones tomadas.

Es importante aclarar que dentro de este concepto podríamos incluir a las víctimas de violencia de pareja que:

- Continúan viviendo bajo el mismo techo con el agresor/a, sin embargo han puesto en práctica mecanismos que impiden manifestaciones de violencia doméstica.
- Víctimas que han puesto la denuncia y mantienen el proceso judicial.
- Víctimas que se separaron del agresor/a y rompen la relación conyugal.

2.2.5.5 Síndrome de la mujer maltratada

El síndrome de la mujer maltratada, definido por Walker y Dutton se define como una adaptación a la situación aversiva caracterizada por el incremento de la habilidad de la persona para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor, además de presentar distorsiones cognitivas, como la minimización, negación o disociación; por el cambio en la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo. También pueden desarrollar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, sentimientos depresivos, de rabia, baja autoestima, culpa y rencor; y suelen presentar problemas somáticos, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades en sus relaciones personales.

Enrique Echeburúa y Paz del Corral equiparan estos efectos al trastorno de estrés postraumático, cuyos síntomas y características, sin duda, aparecen en algunas de estas mujeres: re-experimentación del suceso traumático, evitación de situaciones asociadas al maltrato y aumento de la activación. Estas mujeres tienen dificultades para dormir con pesadillas en las que reviven lo pasado, están continuamente alerta, hipervigilantes, irritables y con problemas de concentración. Además, el alto nivel de ansiedad genera problemas de salud y alteraciones psicósomáticas, y pueden aparecer problemas depresivos importantes.

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

- **Desarrollo del síndrome de la mujer maltratada**

Marie-France Hirigoyen diferencia entre dos fases en las consecuencias, las que se producen en la fase de dominio y a largo plazo. En la primera fase, la mujer está confusa y desorientada, llegando a renunciar a su propia identidad y atribuyendo al agresor aspectos positivos que la ayudan a negar la realidad. Se encuentran agotadas por la falta de sentido que el agresor impone en su vida, sin poder comprender lo que sucede, sola y aislada de su entorno familiar y social y en constante tensión ante cualquier respuesta agresiva de su pareja.

Marie-France Hirigoyen habla de consecuencias a largo plazo refiriéndose a las etapas por las que pasan las víctimas a partir del momento en que se dan cuenta del tipo de relación en la que están inmersas. Durante esta fase, las mujeres pasan un choque inicial en el que se sienten heridas, estafadas y avergonzadas, además de encontrarse apáticas, cansadas y sin interés por nada. El maltrato continuado genera en la mujer un proceso patológico de adaptación denominado "Síndrome de la mujer maltratada".

- **Características:**

Indefensión aprendida: Tras fracasar en su intento por contener las agresiones, y en un contexto de baja autoestima reforzado por su incapacidad por acabar con la situación, la mujer termina asumiendo las agresiones como un castigo merecido.

Pérdida del control: Consiste en la convicción de que la solución a las agresiones le son ajenas, la mujer se torna pasiva y espera las directrices de terceras personas.

Baja respuesta conductual: La mujer decide no buscar más estrategias para evitar las agresiones y su respuesta ante los estímulos externos es pasiva. Su aparente indiferencia le permite auto-exigirse y culpabilizarse por las agresiones que sufre, pero también limita su capacidad de oponerse a éstas.

Identificación con el agresor: La víctima cree merecer las agresiones e incluso justifica, ante críticas externas, la conducta del agresor. Es habitual el "Síndrome de Estocolmo", que se da frecuentemente en secuestros y situaciones límite con riesgo vital y dificulta la intervención externa. Por otra parte, la intermitencia de las agresiones y el paso constante de la violencia al afecto, refuerza las relaciones de dependencia por parte de la mujer maltratada, que empeoran cuando la dependencia también es económica. La Dra. Lenore E. Walker, psicóloga experta en el estudio del maltrato en la mujer, explica el 'Síndrome de la Mujer Maltratada' en base a dos teorías: La "Teoría de la Indefensión Aprendida" y la "Teoría del Ciclo del Maltrato".

2.3 Posicionamiento Teórico Personal

En lo que respecta al enfoque que adopta esta investigación en torno a la violencia psicológica en la relación de pareja, se asume como referencia el Enfoque Cognitivo Conductual, el cual hace un análisis de la relación de pareja y determina que es un intercambio de conductas, por lo tanto cuando una relación de pareja falla es porque predomina un intercambio de conductas negativas, que posteriormente se convierten en violencia. Sin embargo existen precedentes de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente conductas desadaptativas gobernadas por pensamientos irracionales. Tomando en cuenta las investigaciones de Albert Ellis específicamente a la Terapia racional emotiva conductual que determina que los acontecimientos de la vida, y las creencias, pensamientos, conocimientos, valores y experiencias que se tenga acerca de estos, dan lugar a conductas y emociones que dificultan el desempeño eficiente de la persona ocasionándole incomodidades y sufrimiento. De esta manera es necesario cambiar las creencias en las mujeres víctimas de violencia psicológica en la relación de pareja, creencias que están muy arraigadas ya que forman parte de su experiencia, pero que pueden ser modificadas mediante la TCC trabajándolas de forma individual o grupal.

Se ha demostrado en varias investigaciones que esta terapia ha tenido resultados eficaces ya que está enfocada en enseñar a las víctimas de violencia habilidades que les permitan el establecimiento de una nueva vida basada en la autonomía personal, y a la recuperación del control.

2.4 Glosario de Términos

- **Coerción:** presión que se ejerce sobre una persona para forzar una conducta o un cambio en su voluntad. La coerción, por lo tanto, se asocia a la represión, la restricción o la inhibición.
- **Cognitivo:** es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia.
- **Conducta observable:** relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.
- **Creencias irracionales:** son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (aunque no absoluto). Se expresan en la forma de “Me gustaría”, “Quisiera”, “No me gustaría”, “Preferiría”, “Desearía”.
- **Dialéctico:** Método de razonamiento que enfrenta posiciones diferentes para confrontarlas y extraer de ellas la verdad.
- **Fenomenológico:** Propuesto por Edmund Husserl, consiste en examinar todos los contenidos de la conciencia, determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc., suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza.

- **Psicopatología:** ciencia que estudia las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros
- **Psicoterapia breve:** modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y menos dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora".
- **Psicoterapia:** es todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.
- **Reestructuración cognitiva:** es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. La Terapia Racional-Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva son modelos de abordaje clínico, donde la reestructuración cognitiva figura de modo prominente.
- **Transdiagnósticos:** es una nueva forma de entender y de tratar los trastornos mentales. En lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, su atención se focaliza en lo que tienen en común, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos
-

2.5 ¿Preguntas de Investigación?

- ¿Cómo identificar las causas que generan la violencia psicológica en la pareja?
- ¿Cómo determinar las consecuencias psicológicas y repercusiones en la relación de pareja de las víctimas de violencia psicológica?
- ¿Cómo disminuir las secuelas cognitivo-emocionales producidas en las víctimas de violencia psicológica de pareja?..
- ¿Para qué establecer un programa de intervención terapéutica para las víctimas de violencia psicológica basado en el Enfoque Cognitivo-Conductual?

2.6 Matriz Categorial

CONCEPTO	CATEGORIA	DIMENSIÓN	INDICADOR
Conducta u omisión que tiene por objeto causar e intimidación y controlar la conducta, sentimientos y pensamientos de la persona agredida que está siendo agredida.	VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Ansiedad • Deterioro social o laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada • Escala de autoestima • Inventario de ansiedad de Beck • Escala de inadaptación
La terapia cognitivo-conductual son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica	TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de re estructuración cognitiva. • Técnica de manejo de situaciones • Técnicas de solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Intervención a víctimas de violencia de pareja. • Escala de satisfacción con el tratamiento recibido.

3 CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación Cualitativa

La presente investigación siguió los lineamientos de tipo cualitativa, especialmente en el nivel descriptivo ya que permitió conocer las cualidades del objeto de estudio, y enfatizaron la importancia de los constructos de las víctimas de violencia psicológica en la relación de pareja o los significados que les dan a sus acciones y posteriormente se realizó un análisis y una inducción para derivar las posibles explicaciones basadas en los fenómenos observados.

3.2.2 Investigación De campo

Es una investigación de campo porque la información se obtuvo directamente de las fuentes primarias –personas en situación de violencia psicológica en la relación de pareja , a través de entrevistas y evaluaciones realizadas precisamente en el lugar en el que las personas que son objeto de la investigación acuden a solicitar apoyo psicológico para afrontar su situación actual.

3.2.3 Investigación Descriptiva

La investigación es de carácter descriptivo. El objetivo consiste en llegar a conocer la efectividad de la terapia cognitiva conductual en las víctimas de violencia psicológica en la relación de pareja. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino que mediante la herramienta del análisis de contenidos, permitió conocer de una forma más profunda este fenómeno.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Dentro de esta investigación se utilizó el método clínico y psicométrico que incluyen el uso de técnicas psico terapéuticas enmarcadas en la corriente Cognitivo- Conductual mismas que fueron aplicadas a las víctimas de violencia psicológica de pareja que fueron atendidas en la Unidad Judicial de Violencia contra la Mujer y la Familia del cantón Otavalo. Posteriormente se realizó el análisis de datos obtenidos de pruebas Psicológicas. A través de éste método se obtuvo información de las víctimas de violencia de pareja que denunciaron los hechos en los meses de abril a junio de 2015; mediante una entrevista psicológica realizada de forma individual, estos datos permiten tener una comprensión de la dinámica de la personalidad del sujeto, su relación de pareja y la historia del maltrato; además de conocer algunas perturbaciones emocionales.

3.4 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Entrevista: La entrevista psicológica es una relación directa entre dos, que entraña una vía de comunicación simbólica, objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador, así como una asignación de roles que significa un control de la situación por parte de aquel; y a través de esta

se recabará la información necesaria de las víctimas de violencia psicológica en la relación de pareja.

Esta entrevista fue realizada a 30 víctimas de violencia psicológica de pareja, que realizaron las denuncias en los meses de abril a junio del 2015; a quienes se les presentó el programa de intervención psicológica y se procedió a la aplicación de instrumentos de evaluación.

Cabe señalar que algunas víctimas fueron excluidas de la investigación por no cumplir con los diferentes criterios de inclusión.

Técnicas psicométricas: estas son herramientas experimentales que tienen por objeto medir una característica psicológica en particular, los rasgos del comportamiento o de la personalidad de una persona, el objetivo es acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo. El uso de las pruebas psicométricas puede variar en función del tipo de evaluación que la situación exige utilizar.

Se aplicó el Cuestionario de Sinceridad y Neurotismo de Cerda (SN 59) inmediatamente después de la entrevista psicológica individual, mismo que sirvió para dar credibilidad a los/as denunciantes de los hechos narrados.

3.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Entrevista semi-estructurada para víctimas de VP (EVP) (Cáceres, Labrador y Ardila, 2009).

Esta entrevista se basa en: la entrevista semi-estructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta

y Sauca (1994) citada en Echeburúa y Corral, 1998). Recoge información sobre los datos sociodemográficos de las mujeres, evalúa 5 dimensiones: características sociodemográficas y económicas, características de las víctimas, características del maltratador, características la relación de pareja, características de la violencia e información jurídica.

Se aplicó a todas las víctimas de violencia psicológica de pareja que realizaron la denuncia en la Unidad Judicial de la Mujer y la familia en los meses de abril a junio del 2015.

Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R) (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2005; Echeburúa, Amor, Corral y López-Goni, 2010).

La escala es heteroaplicada consta de 20 ítems que están distribuidos en cinco partes: I. Datos personales, II. Situación de la relación de pareja, III. Tipo de violencia, IV. Perfil del agresor y V. Vulnerabilidad de la víctima. Tiene una escala global que evalúa el riesgo de violencia grave con tres niveles: bajo de 0-4, moderado de 5-9 y alto de 10-20. Cada ítem tiene una valoración de 0 o 1. Su forma de calificación es sencilla es sumar los puntajes obtenidos y se contrasta a que nivel de riesgo corresponde la sumatoria general. Esta escala se aplicó en primera acogida, es decir en el momento en que la víctima realiza la denuncia verbal y donde se evalúa el riesgo emergente, se direcciona a las usuarias/os y se emiten las medidas de protección con base a la información básica sobre la situación de vulnerabilidad o riesgo de la víctima.

Escala de autoestima (Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1998).

Este instrumento tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Esta escala consta de 10 ítems, 5 de ellos planteados de forma positiva y 5 de forma negativa, con el objeto de controlar el efecto de la “aquiescencia auto administrada”.

Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; adaptación española de Pearson Clinical & Talent Assessment España y Beck- Steer, 2011).

Este instrumento tiene por objeto valorar los síntomas somáticos de ansiedad, es un cuestionario auto aplicable, consta de 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Las personas responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”

Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

Tiene como objetivo determinar el grado de desajuste que produce un determinado trastorno en la vida cotidiana, tanto a nivel global como en seis áreas específicas (trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general). La escala, además de cuantificar la severidad de la interferencia negativa de un trastorno en la vida cotidiana, permite precisar la evolución de esta variable en el

transcurso del tratamiento. Es una escala de evaluación auto aplicado, que consta de seis ítems o sub escalas, cinco de ellos referidos a ámbitos concretos de la vida cotidiana, esto es, trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar, y un sexto ítem referido al grado de inadaptación a nivel global.

Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) (Nietsen, et al. 2004)

La escala CRES-4 consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado de ánimo antes de empezar el tratamiento y, por último, una pregunta del estado emocional en el momento de responder al CRES-4. A partir de estas 4 preguntas se pueden extraer 3 componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas.

3.6 POBLACIÓN

La población está caracterizada por hombres y mujeres víctimas de violencia psicológica en condición de pareja entre las edades de 20 a 45 años de edad atendidas en la Unidad Judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del Cantón Otavalo.

3.7 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó el método no probabilístico para el cual se aplicaron criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres que sufren violencia psicológica.
- Mujeres y hombres entre 20 a 45 años en condición de pareja que tengan un nivel de escolaridad mínimo de séptimo año de educación básica, para asegurar la comprensión de los instrumentos de evaluación psicológica.
- Mujeres y hombres atendidos en la unidad judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del Cantón Otavalo durante el periodo marzo- julio de 2015.
- Mujeres y hombres residentes en el área rural del Cantón Otavalo.

Criterios de exclusión

- Todas aquellas personas que no cumplen con los criterios de inclusión.

4 CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1: Instrucción de las usuarias

Instrucción	Frecuencia	%
Ninguna	4	18.2
Primaria	11	50.0
Secundaria	5	22.7
Superior	2	9.1
Total	22	100

Tabla 4-1 Instrucción de las usuarias Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 1: Instrucción de las usuarias

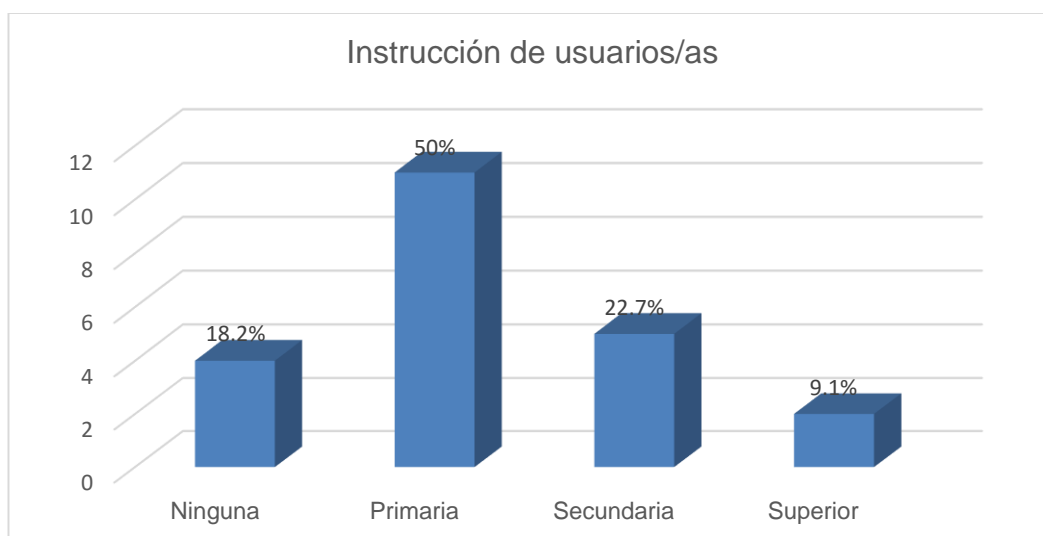


Figura 4-1 Instrucción de las usuarias Autor: Karina Cáceres

Fuente: Propia

Análisis e interpretación

Se puede observar en el gráfico que la mayoría de usuarias/os tienen instrucción primaria, por lo tanto se puede decir que una de las causas que genera la violencia psicológica en las parejas es el bajo nivel de educación.

Cuadro 2: Edad de las usuarias

Edad	Frecuencia	%
47-43	2	9.1
42-38	5	22.8
37-33	3	13.6
32-28	6	27.2
27-23	3	13.6
22-18	3	13.6

Tabla 4-2 Edad de las usuarias Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 2: Edad de las usuarias

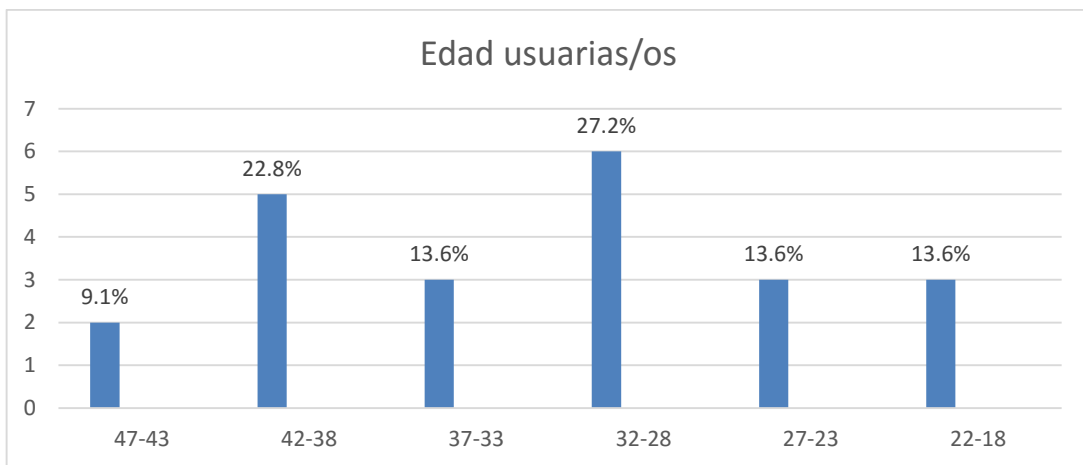


Figura 4-2 Edad de las usuarias Autor: Karina Cáceres

Fuente: propia

Análisis e interpretación

Como se puede apreciar en los gráficos la edad en que la mayoría de usuarias que realizan denuncias en la Unidad de Violencia contra la mujer y la Familia es de 28 a 42 años de edad.

Cuadro 3: Situación actual de la víctima en relación al maltratador

Situación	Frecuencia	%
Viven juntos	18	81.8
Trámites de separación	1	4.6
Separación reciente	3	13.6
TOTAL	22	100

Tabla 4-3 Situación actual de la víctima en relación al maltratador
Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 3: Situación actual de la víctima en relación al maltratador

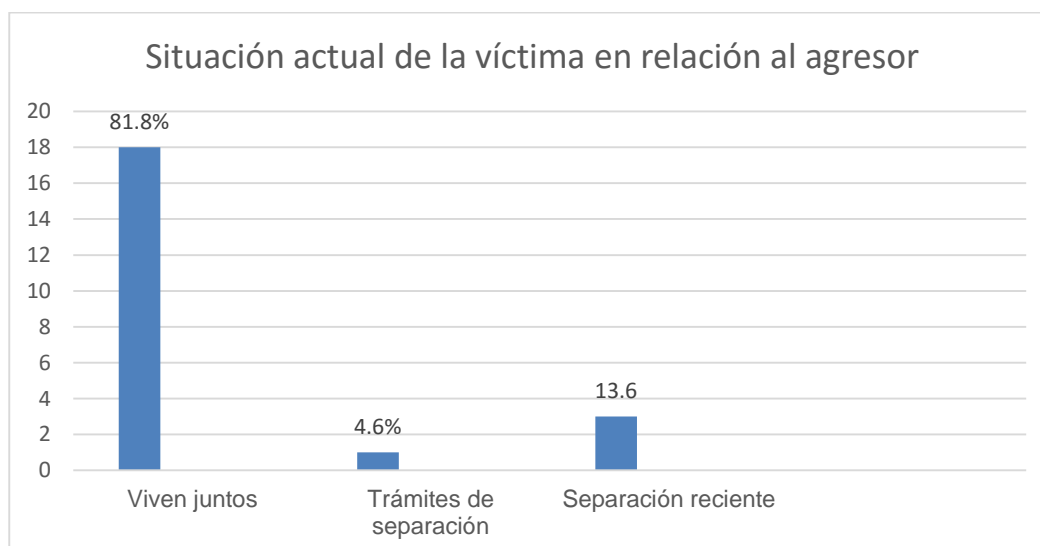


Figura 4-3 Situación actual de la víctima en relación al agresor

Fuente: propia

Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

En el gráfico se puede observar que la mayoría de víctimas de violencia (81.8%) aún siguen conviviendo con el agresor/a, el 13.6 % se separaron por las últimas agresiones y solamente una mujer está en trámite de divorcio.

Cuadro 4: Formas de violencia dentro de la pareja

TIPOS DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	%
FISICA	8	36.4
PSICOLÓGICA	12	54.5
SEXUAL	2	9.1
TOTAL	22	100

Tabla 4-4 Formas de violencia dentro de la pareja

Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

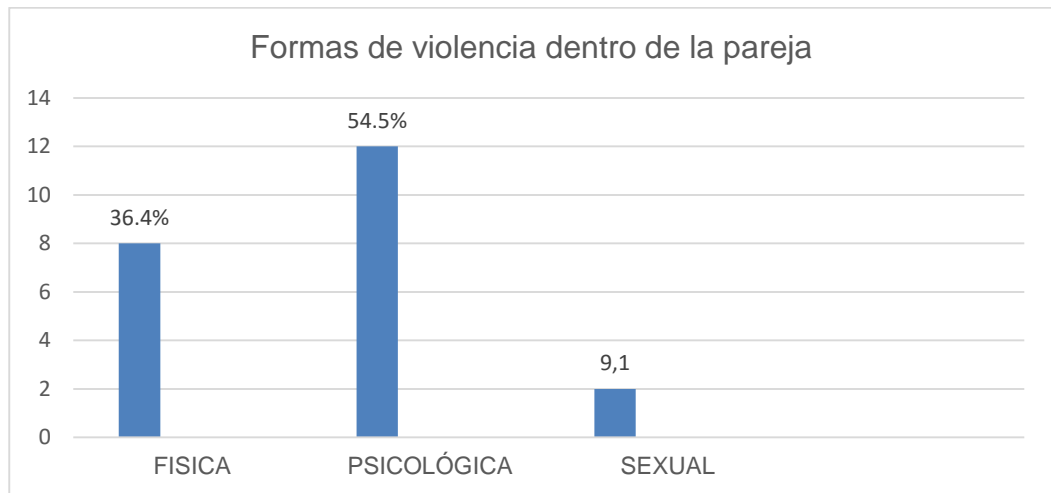


Figura 4-4 Formas de violencia dentro de la pareja

Fuente: propia

Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación de datos

Se puede observar que la violencia psicológica es la más frecuente (54.5%), le sigue la violencia física (36.4%) y el 9.1% afirma que ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja.

Cuadro 5: ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA

NIVEL DEL RIESGO	FRECUENCIA	%
BAJO (0-9)	2	9.1%
MODERADO (10-23)	8	36.4%
ALTO (24-48)	12	54.5%
TOTAL	22	100

*Tabla 4-5 Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja
Autor: Karina Cáceres*

*Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la
Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo*

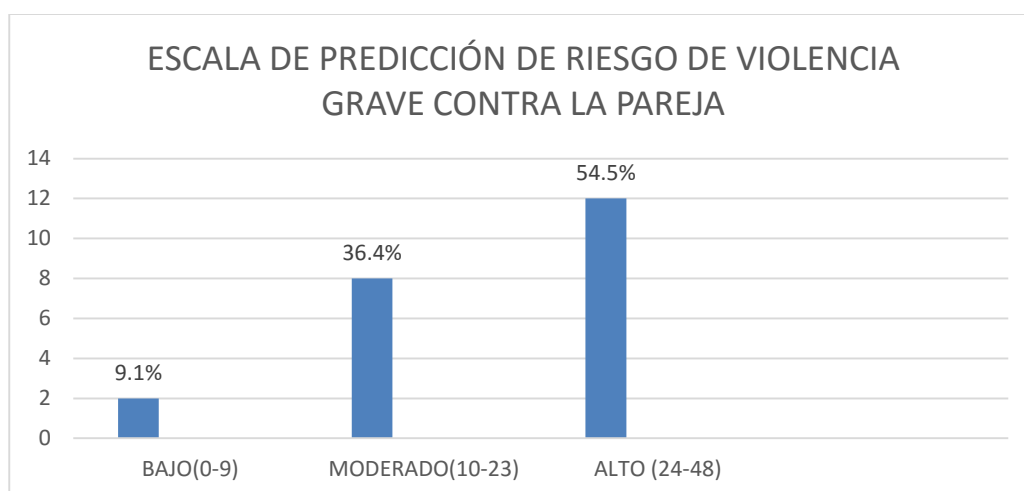


Figura 4-5 ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e Interpretación de datos

La mayoría de víctimas de violencia psicológica de pareja se encuentran dentro de un riesgo alto (54.5%), seguida del 36.4 % que equivale a riesgo moderado y por último el 9.1% a riesgo bajo. Esta escala permite brindar las medidas de protección necesarias para la víctima para salvaguardar su integridad y evitar el Femicidio.

CUESTIONARIO DE SINCERIDAD Y NEUROTISMO SN 59 DE CERDA

Cuadro 6: ESCALA DE SINCERIDAD

Nota T	Frecuencia	Apreciación Psicológica	%
50-59	17	Sinceridad	77.3
60-69	5	Predisposición a Insinceridad	22.7
70 o más	0	Insinceridad	0
Total	22		100

Tabla 4-6 Escala de Sinceridad Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

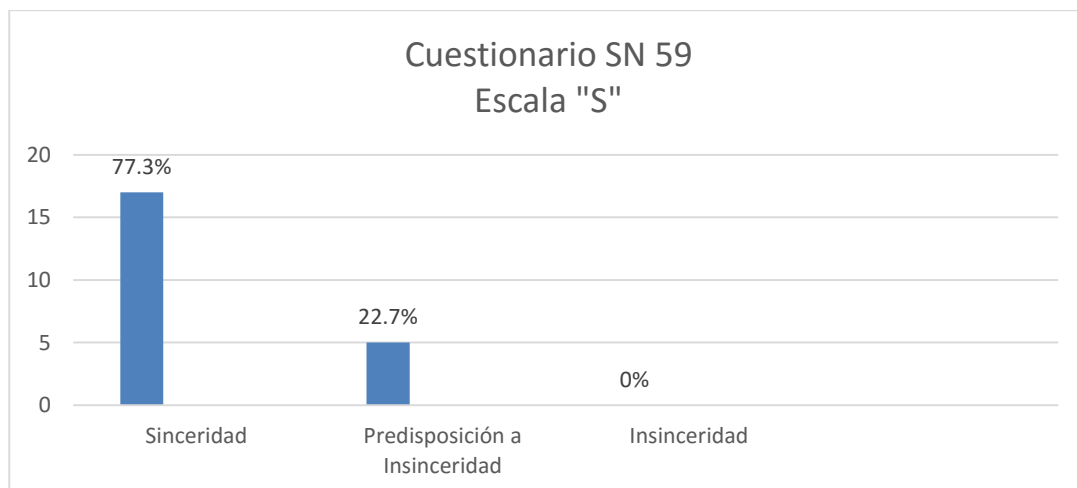


Figura 4-6 Escala de sinceridad

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e Interpretación

Se puede apreciar con el gráfico que la mayoría de usuarias/os son sinceras/os al momento de hacer la entrevista psicológica por lo tanto esto nos muestra la veracidad de los hechos que atravesaron durante su vida en relación de pareja.

CUESTIONARIO DE SINCERIDAD Y NEUROTISMO SN 59 DE CERDA

Cuadro 7: ESCALA DE NEUROTISMO

Nota T	Frecuencia	Apreciación Psicológica	%
50-59	17	No neurotismo	77.3
60-69	5	Predisposición a neurotismo	22.7
70 o más	0	Francamente neurótico	0
Total	22		100

Tabla 4-7 Escala de neurotismo Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

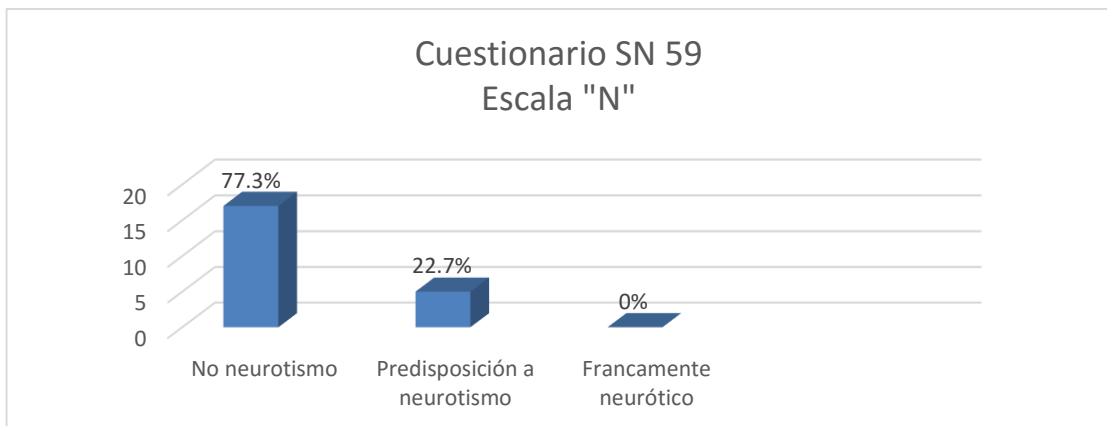


Figura 4-7 Escala de neurotismo

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e Interpretación

Se puede decir que la mayoría de las personas denunciadas presentan No Neurotismo, lo que quiere decir que a pesar de la violencia presente en sus vidas, tienen la fortaleza necesaria para afrontar las situaciones estresantes y violentas; las mismas que les motivaron a realizar la denuncia.

APLICACIÓN PRE-TRATAMIENTO

Cuadro 8: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACION PSICOLÓGICA	%
30-40	1	Autoestima elevada	6.7
26-29	5	Autoestima media	33.3
menos de 25	9	Autoestima baja	60
TOTAL	15		100

Tabla 4-8 Escala de Autoestima de Rosenberg Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 8: Escala de Autoestima de Rosenberg

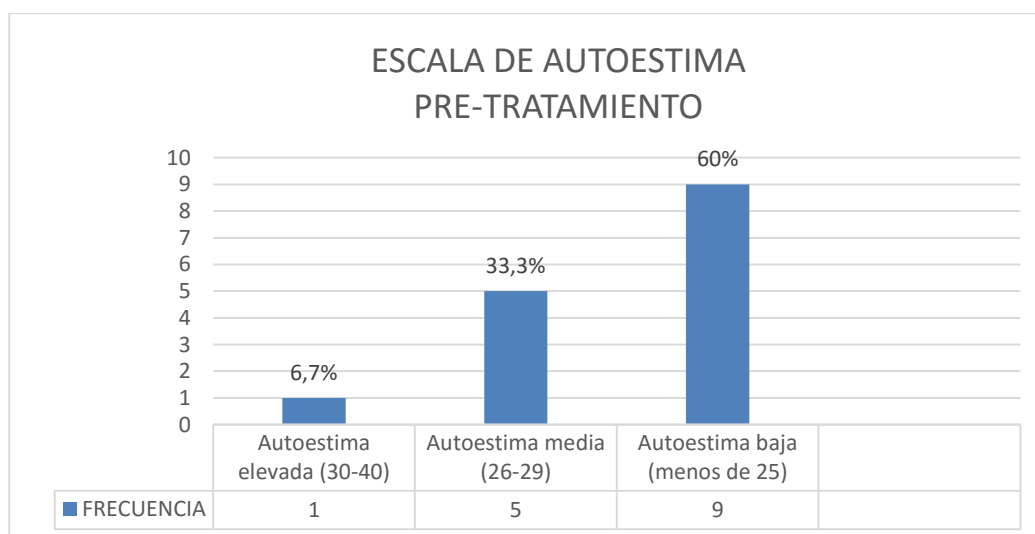


Figura 4-8 Escala de Autoestima de Rosenberg

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

Observamos en el gráfico que la mayoría de usuarias/os tienen una tendencia a una baja autoestima y solamente un 6,7% ha mantenido una alta auto estima; de esta manera se puede decir que la VP afecta directamente la auto estima de las víctimas.

Cuadro 9: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI

PUNTOS	FRECUENCIA	APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA	%
0 a 7	0	Ansiedad mínima	0
8 a 15	3	Ansiedad leve	20
16 a 25	3	Ansiedad moderada	20
26 a 63	9	Ansiedad grave	60
TOTAL	15		100

Tabla 4-9 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 9: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI

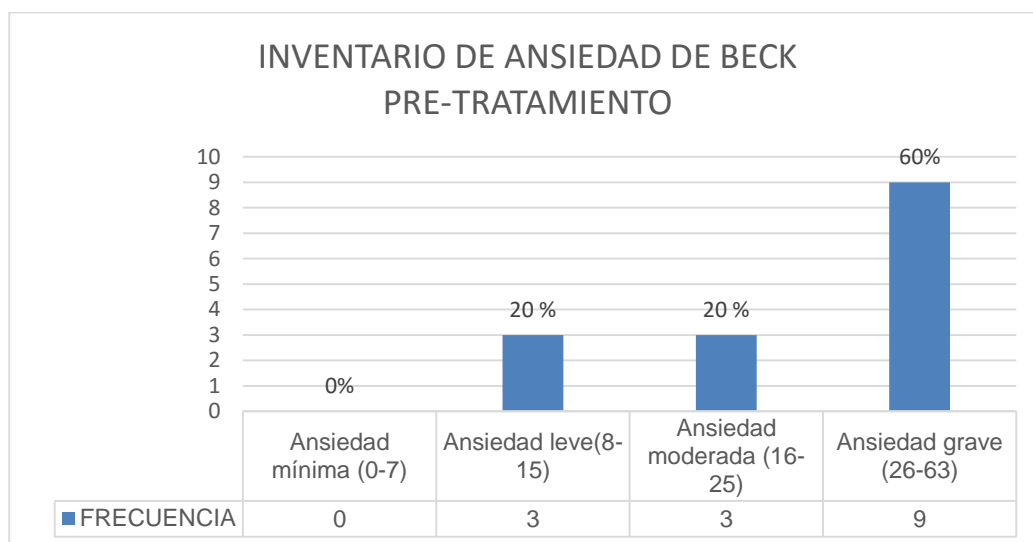


Figura 4-9 Inventario De Ansiedad De Beck- BAI

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

Las puntuaciones obtenidas ubican a la mayoría de las usuarias en un nivel de ansiedad grave por encima del punto corte (18) para la sintomatología diagnóstica; por lo tanto la ansiedad es una secuela de la VP que se va desarrollando con el paso del tiempo.

Cuadro 10: ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL)

PUNTOS	Frecuencia	Inadaptación	%
0	5	nada	33,3
1 a 6	0	casi nada	0
7 a 12	0	poco	0
13 a 18	1	bastante	6,7
19 a 24	3	mucho	20
25 a 30	6	muchísimo	40
TOTAL	15		100

Tabla 4-10 ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL) Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 10: ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL)

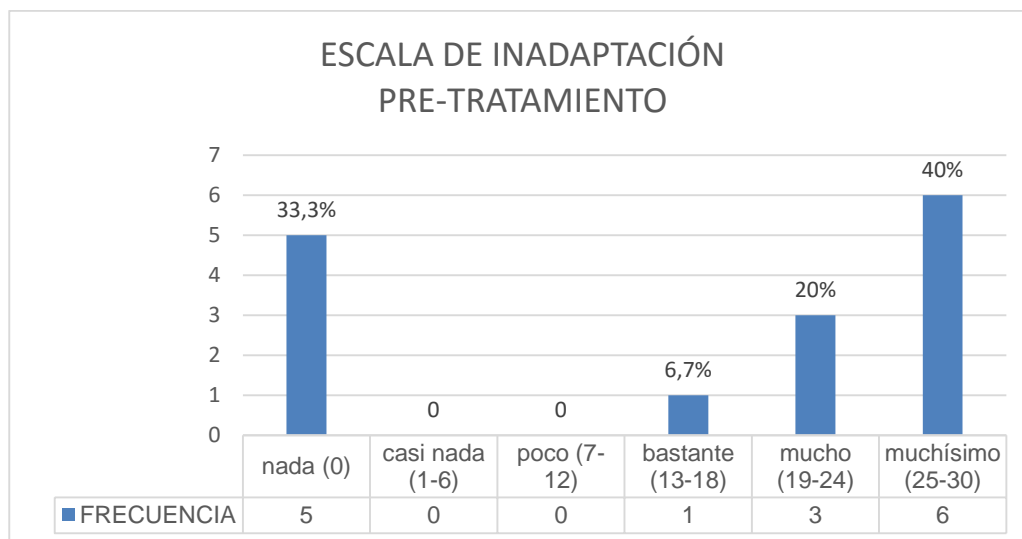


Figura 4-10 ESCALA DE INADAPTACIÓN (TOTAL)

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

En el gráfico se puede observar que la mayoría de las usuarias/os presenta inadaptación en la escala general pero hay 33,3 % que no manifiesta inadaptación por lo que se presume que este grupo ha potenciado sus propias capacidades para afrontar la inadaptación social generada por la VP.

CUADRO 11: ESCALA INADAPTACIÓN (ÁREAS)

Inadaptación	Trabajo-académico %	Vida social %	Tiempo libre %	Relación de %	Vida familiar %	Vida en general %
Nada (0)	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
casi nada (1)	0	0	0	0	0	0
Poco (2)	6,7	0	0	0	20	6,7
Bastante (3)	20	26,7	26,7	6,7	0	20
Mucho (4)	0	0	0	20	26,7	0
Muchísimo(5)	40	40	40	40	20	40
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Tabla 4-11 ESCALA DE INADAPTACIÓN (ÁREAS) Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 11: ESCALA DE INADAPTACIÓN (ÁREAS)

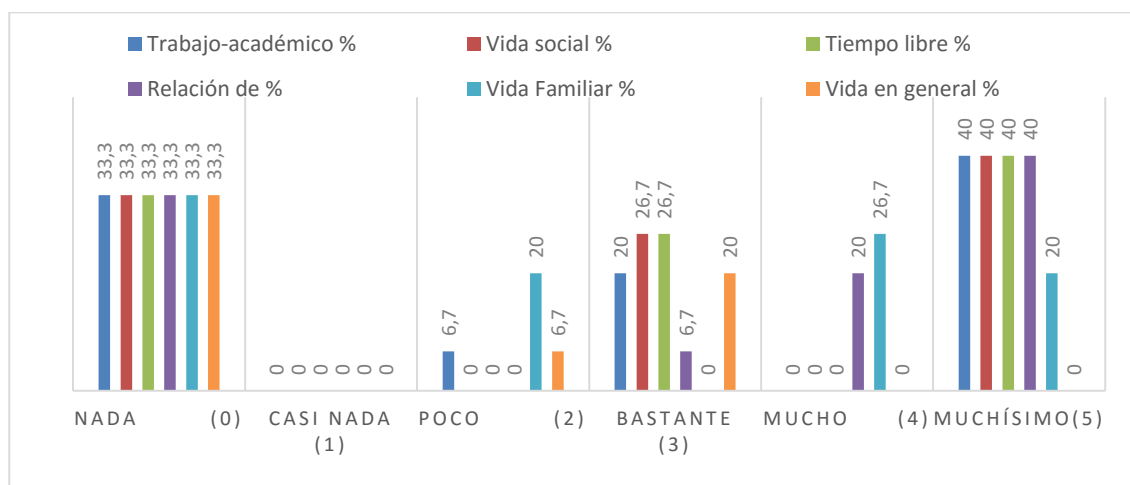


Figura 4-11 ESCALA DE INADAPTACIÓN (ÁREAS)

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

Se puede constatar que las víctimas de violencia manifiestan inadaptación en todas las áreas (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y vida en general) pero con mayor frecuencia se ven afectadas la relación de pareja y la vida familiar, deteriorando la convivencia y adoptando comportamientos inadecuados.

APLICACIÓN POST-TRATAMIENTO

Cuadro 12: ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG

Apreciación Psicológica	Pre-Tratamiento %	Post- Tratamiento %
Autoestima elevada (30-40)	6.7	66.7
Autoestima media (26-29)	33.3	33.3
Autoestima baja (menos de 25)	60	0
TOTAL	100	100

*Tabla 4-12 ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG POST-TRATAMIENTO
Autor: Karina Cáceres*

*Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la
Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo*

Gráfico 12: Escala De Autoestima Rosenberg Post-Tratamiento

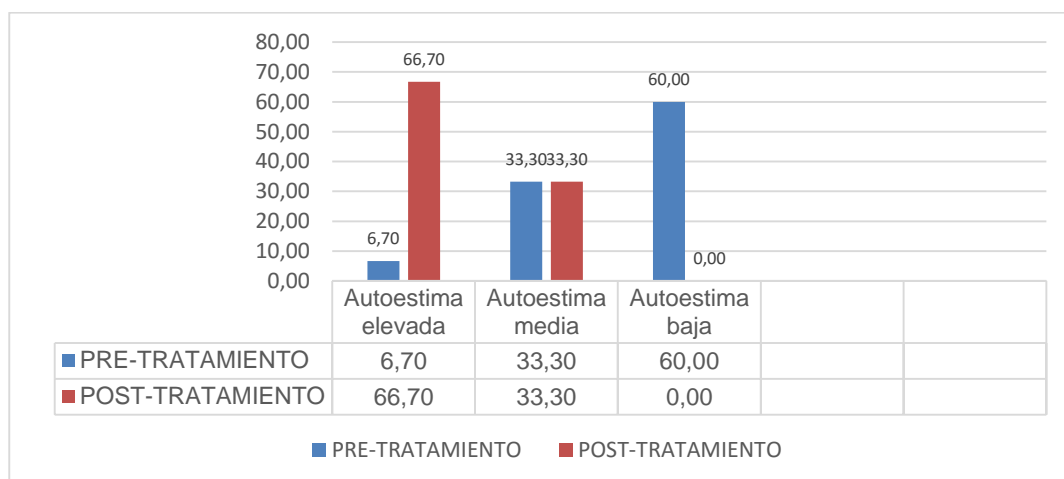


Figura 4-12 Escala De Autoestima Rosenberg Post-Tratamiento

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

En relación con la autoestima se comprueba que existen cambios significativos y se asume como consecuencia del tratamiento; y se puede observar que las víctimas de VP pasan de un nivel bajo de auto estima a un nivel medio y alto de autoestima.

Cuadro 13: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Apreciación Psicológica	Pre-Tratamiento %	Post-Tratamiento %
Ansiedad mínima (0-7)	0	20
Ansiedad leve (8-15)	20	80
Ansiedad moderada (16-25)	20	0
Ansiedad grave (26-63)	60	0
TOTAL	100	100

Tabla 4-13 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 13: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

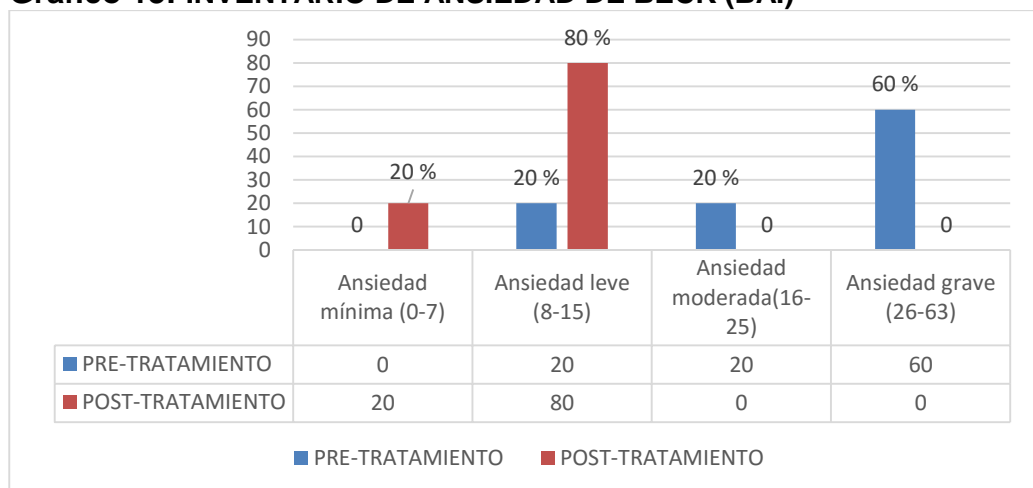


Figura 4-13 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

La escala de ansiedad muestra diferencias significativas entre el antes y después del tratamiento, las puntuaciones más altas están ubicadas en ansiedad grave y moderada; pero después del tratamiento los dos puntajes tienden a disminuir hasta ubicarse por debajo de 18 (punto corte) ubicándose en un nivel de ansiedad leve y mínima.

Cuadro14: ESCALA DE INADAPTACIÓN

Inadaptación	PRE-TRATAMIENTO %	POST-TRATAMIENTO %
Nada (0)	33,3	13,3
casi nada (1-6)	0	6,7
Poco (7-12)	0	13,3
Bastante (13-18)	6,7	66,7
Mucho (19-24)	20	0
Muchísimo (25-30)	40	0
TOTAL	100	100

Tabla 4-14 ESCALA DE INADAPTACIÓN Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Figura 14: ESCALA DE INADAPTACIÓN

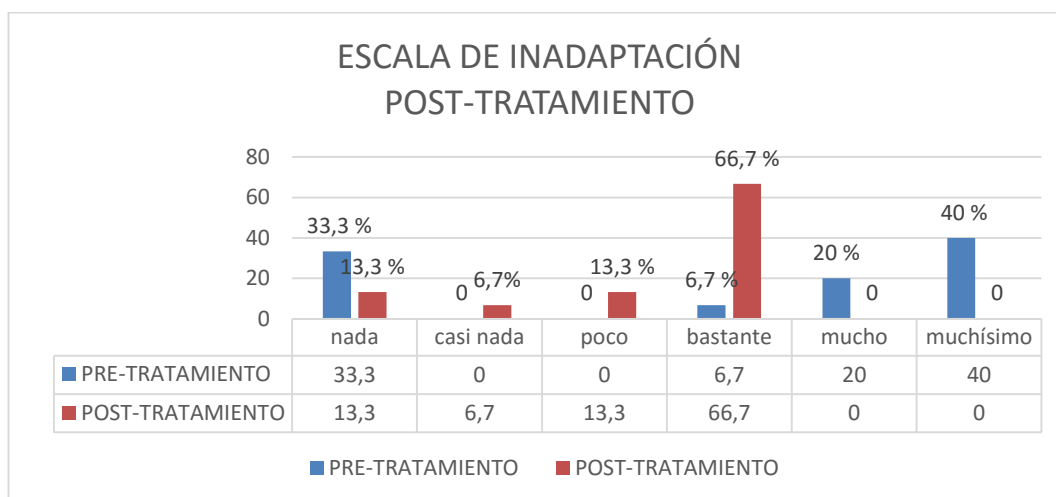


Figura 4-14 ESCALA DE INADAPTACIÓN

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

En relación con la inadaptación se confirmó que en las víctimas de VP antes del tratamiento presentaban inadaptación, y luego del tratamiento se demuestra que el nivel de inadaptación disminuye y el 13,3 % se mantiene en un nivel de inadaptación (0) debido a que han potenciado sus propias capacidades para afrontar la inadaptación social generada por la VP.

Cuadro 15: ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

(1) En general, ¿qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

Opciones	Frecuencia	%
(0) Completamente insatisfecha	0	0
(1) Muy insatisfecho	0	0
(2) Algo satisfecho	2	13,3
(3) Bastante satisfecho	9	60
(4) Muy satisfecho	4	26,7
(5) Completamente satisfecho	0	0
Total	15	100

Tabla 4-15 (1) En general, ¿qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 15: (1) En general, ¿qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

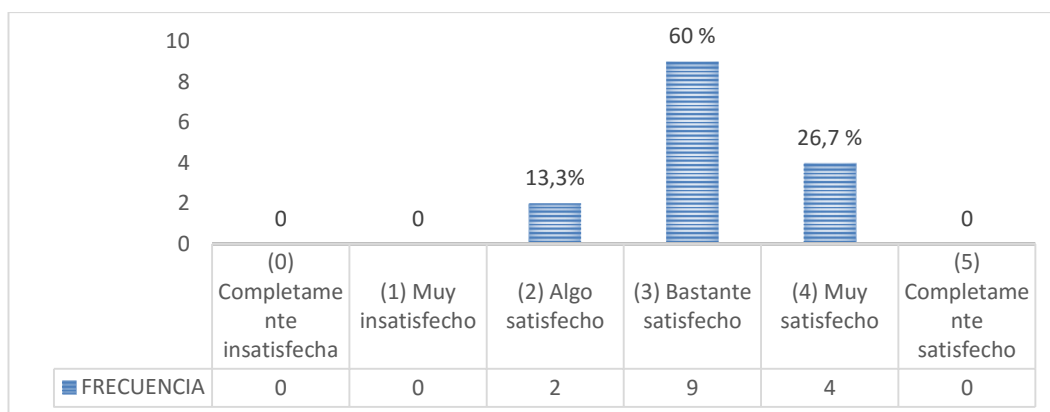


Figura 4-15 (1) En general, ¿qué tan satisfecho esta con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

Fuente: propia

Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

Se puede observar que después del tratamiento la mayoría de usuarias/os (86,7%) estuvieron satisfechos con la intervención recibida y el 13,3% algo satisfechos.

Cuadro 16: (2.) ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

Opciones	Frecuencia	%
(0) No estoy segura	0	0
(1) Hizo que las cosas empeorasen bastante	0	0
(2) Hizo que las cosas empeorasen poco	0	0
(3) No ha habido cambios	2	13,3
(4) Hizo que las cosas mejorasen algo	12	80
(5) Hizo que las cosas mejorasen mucho	1	6,7
Total	15	100

*Tabla 4-16 (2.) ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?
Autor: Karina Cáceres*

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 16: (2.) ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

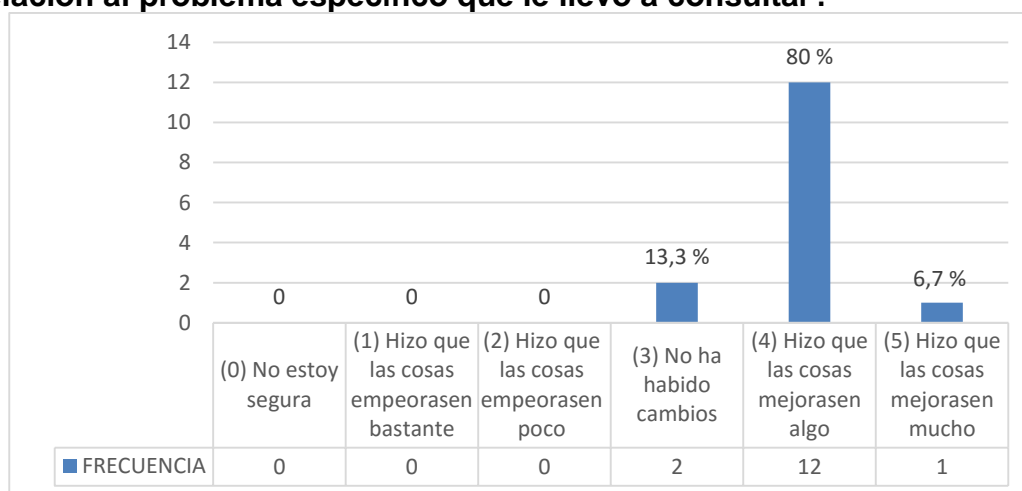


Figura 4-16 (2.) ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

La mayoría de usuarios/as (86,7%) manifiesta que el tratamiento ayudó a mejorar el problema sin embargo un 13,3 % revela que no ha habido cambios, se presume este resultado debido a la falta de adherencia al tratamiento por parte de las usuarias.

Cuadro 17: (3) ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

Opciones	Frecuencia	%
(0) Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas	0	0
(1) Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura	8	53,3
(2) Regular, tenía mis altibajos	7	46,7
(3) Estaba bastante bien, no tenía problemas graves	0	0
(4) estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba	0	0
Total	15	100

Tabla 4-17 (3) ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?
Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 17: ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

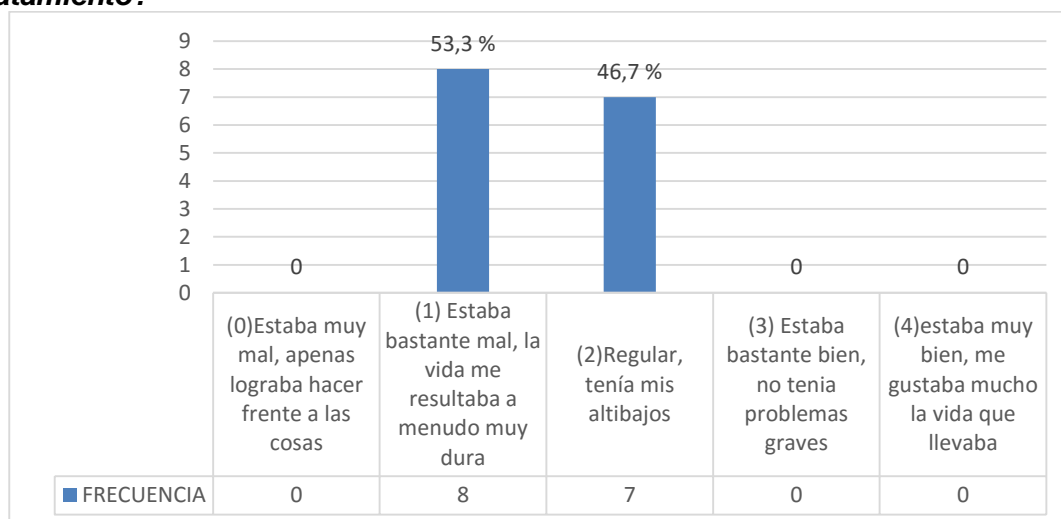


Figura 4-17 (3.) ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

Se puede observar que el estado emocional de la mayoría de usuarias/os estaba bastante mal (53,3 %) y en un 46,7 % manifiestan que su estado emocional era regular ya que tenían altibajos; esto demuestra que el estado emocional de las víctimas estaba afectada por los maltratos psicológicos recibidos.

Cuadro 18: (4) ¿Cuál es su estado general en este momento?

Opciones	Frecuencia	%
(0)Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas	0	0
(1) Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mi	0	0
(2)Regular, tengo mis altibajos	3	20
(3) Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	11	73,3
(4)Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo	1	6,7
TOTAL	15	100

Tabla 4-18 (4) ¿Cuál es su estado general en este momento?

Autor: Karina Cáceres

Fuente: Víctimas de Violencia Psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la Mujer y la Familia de Otavalo

Gráfico 18: (4) ¿Cuál es su estado general en este momento?

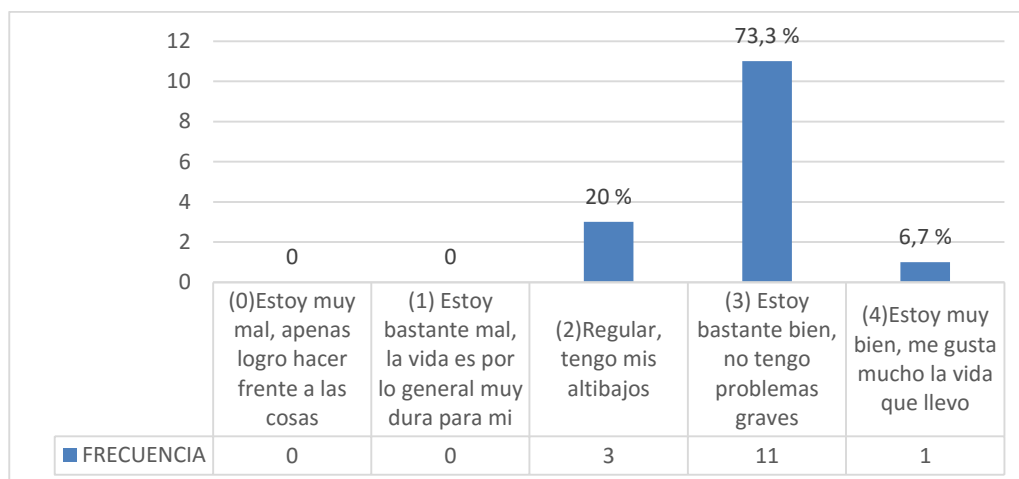


Figura 4-18 (4) ¿Cuál es su estado general en este momento?

Fuente: propia Autor: Karina Cáceres

Análisis e interpretación

El gráfico nos muestra que luego del tratamiento las víctimas de VP han mejorado su estado general considerablemente ya que el 80 % se encuentra bastante bien ya que tienen las herramientas necesarias para afrontar y llevar de una mejora manera la vida en general; y además el estado emocional regular ha disminuido en un 26,7 % luego del tratamiento.

5 CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1 CONCLUSIONES

- El porcentaje de denuncias de violencia doméstica contra el hombre en la ciudad de Otavalo fueron extremadamente bajos por lo que no se obtuvo participantes de este género.
- Se puede establecer que en todos los niveles de instrucción existe violencia psicológica de pareja, sin embargo en las víctimas que tienen menos nivel de instrucción se da con más frecuencia y en porcentajes más altos, pero es importante mencionar que es mínimo el número en usuarias que han culminado una carrera universitaria, por lo tanto se reconoce que en un mínimo porcentaje permiten agresiones ya que tienen una dependencia menor en todo sentido a sus parejas.
- Es preciso determinar que las consecuencias psicológicas más frecuentes en las víctimas de violencia de pareja son la autoestima baja, la ansiedad ; la inadaptación y aislamiento ocasionando en ellas una adaptación patológica que no es comprensible por otras personas ajenas a la situación e incluso por la sociedad en general, esto que explicaría la permanencia de las víctimas en las situaciones de maltrato y la incapacidad para protegerse a sí mismas frente a la violencia, ya que el acontecimiento traumático es ocasionado por la persona que la que víctima tiene una relación de afectividad dificultándose para ella el rompimiento del ciclo de violencia.
- Al aplicar el programa de intervención cognitivo-conductual desarrollado en el manual de violencia intrafamiliar publicado por

Enrique Echeburúa, se comprobó que se puede instaurar el mismo y obtener excelentes resultados en diferentes contextos culturales como lo es la cultura indígena en la ciudad de Otavalo.

- Los resultados confirman un nivel de cambio significativamente positivo en las mujeres que participaron en el programa de intervención ya que en la fase pre-tratamiento tenían índices altos de consecuencias emocionales, cognitivas y sociales; disminuyendo en un alto porcentaje luego del tratamiento. El programa ejerció un resultado positivo sobre las mujeres con problemas de ansiedad, baja autoestima, inadaptación y aislamiento determinando su eficacia.

5.1.2 RECOMENDACIONES

- Es imprescindible crear conciencia social para desarraigar la ideología patriarcal de estereotipos rígidos del hombre y permitir que los mismos denuncien a sus agresoras sin pensar que están rompiendo un “esquema social” establecido.
- Se deben formar grupos de auto ayuda con víctimas de violencia en relación de pareja que han decidido salir del ciclo de violencia y de esta manera sean apoyadas, informadas y direccionadas; para que así el silencio deje de ser uno de los cómplices que permiten que la violencia siga existiendo y así lograr que las futuras generaciones de mujeres y hombres no vean la violencia como algo normal dentro de la relación de pareja.
- Es relevante dar seguimiento a las víctimas, enfocándose en los cambios y su permanencia y considerar las recaídas con el objetivo de intervenir oportunamente.
- Se recomienda utilizar el formato de la terapia grupal por presentar numerosos elementos positivos en cuanto al desarrollo de las habilidades en grupo, ya que facilita el establecimiento de redes de apoyo, combate el aislamiento y la resistencia a involucrarse en otras actividades sociales, normaliza el comportamiento de las víctimas, mejora la expresión emocional y afectiva con otras personas en similares condiciones que permite evaluar su proceso, refuerza avances y motiva al cambio.
- Es importante contar con programas de tratamiento bien establecidos que puedan ser generalizados y estandarizados en diferentes contextos culturales.

5.1.3 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo identificar las causas que generan la violencia psicológica en la pareja?

A través de la entrevista semi-estructurada se pudo obtener la información necesaria acerca de la historia de la relación de pareja, años de convivencia, la forma de resolver los problemas, el tipo de comunicación que se mantenía y todas las situaciones que les llevaron al círculo de violencia en el que se encuentran,

- ¿Cómo determinar las consecuencias psicológicas y repercusiones en la relación de pareja de las víctimas de violencia psicológica?

Para determinar las repercusiones psicológicas de las víctimas de violencia psicológica se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg; el Inventario de ansiedad de Beck –BAI; la escala de Inadaptación de Echeburúa.

- ¿Para qué establecer un programa de intervención terapéutica para las víctimas de violencia psicológica?

Para mejorar el autoestima de las víctimas de violencia, eliminar pensamientos irracionales y adquirir herramientas necesarias que les servirá para mejorar su calidad de vida.

- ¿Cómo disminuir las secuelas cognitivo-emocionales producidas en las víctimas de violencia psicológica de pareja?

Aplicando el programa de intervención terapéutica cognitivo-conductual enfocado en el tratamiento grupal, el mismo que consta de los siguientes pasos: psico-educación, pues se impartirá información relevante acerca de la violencia de pareja y sus consecuencias; entrenamiento en relajación, ya que se enseñará técnicas de control de respiración con el objetivo de posteriormente

proveer este control de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas; Terapia Cognitiva en la cual se utilizará las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación, y solución de problemas.

6 CAPÍTULO VI

6.1 PROPUESTA ALTERNATIVA

6.2 Título de la propuesta

CREACIÓN DE UN GRUPO TERAPÉUTICO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA EN FUNCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA.

6.3 Justificación e importancia

Dentro de un marco contextual, es evidente en el Ecuador que la violencia psicológica es una problemática social de gran magnitud, más que la violencia física e incluso la violencia sexual; debido a que este tipo de violencia es invisible hacia las demás personas, se torna más peligrosa y nociva para la salud mental de la persona. Sin embargo se puede constatar que la violencia psicológica es un predictor relevante del maltrato físico, ya que muy rara vez ocurre maltrato físico sin que tenga lugar la violencia psicológica.

Es así que nace la propuesta “CREACIÓN DE UN GRUPO TERAPÉUTICO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA EN FUNCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA”, como una estrategia de intervención centrada en el apoyo social, buscando consolidar, ampliar y complementar la red social de las víctimas de violencia psicológica de pareja; las mismas que compartirán experiencias y se sentirán apoyadas por los demás ; recibirán información necesaria para una reestructuración cognitiva en función de su valoración

interna, y además busca estabilizar el autoestima de las personas víctimas de violencia psicológica de pareja, para que de esta manera instauren habilidades a su nueva forma de vida enfocada en la autonomía y en la realización personal.

Y de esta manera evitar las recaídas de violencia, ya que la mayoría de víctimas llegan a presentar indefensión aprendida, lo cual les crea ciertas características psicológicas que no les permite dejar ese círculo vicioso de la violencia y por ende siguen siendo maltratadas/os, para lo cual se espera que los resultados obtenidos permitan brindar una perspectiva más amplia acerca de las personas que sufren de violencia dentro de sus hogares y que realizan la denuncia en la Unidad Judicial de violencia contra la mujer y la familia, sirvan como fundamento para instaurar este tipo de psicoterapia en las Unidades Judiciales y nos lleve a buscar caminos que nos permitan brindarles una mejor atención no solamente en el ámbito jurídico sino también en el área psicológica, adoptando mejores técnicas, estrategias y metodología para el beneficio de este grupo de riesgo y así conseguir una atención integral y que ya no siga siendo invisibilizada su situación.

6.4 Fundamentación

La propuesta a realizar tiene un enfoque cognitivo- conductual ya que está enmarcada a aplicar técnicas psicoterapéuticas de Albert Ellis, como la Terapia Racional Emotiva Conductual que ayuda a las personas a maximizar su individualidad, aceptación incondicional y libertad, incluso para elegir su estado emocional y su compromiso social para así conseguir el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario.

Por lo tanto estas técnicas coadyuvaran a las personas víctimas de violencia psicológica de pareja a una reestructuración cognitiva y a la valoración del self; para así motivar la gestión de respuesta más adaptativas a la experiencia vivida.

TRATAMIENTO DE LAS VICTIMAS

Según varias investigaciones realizadas por Enrique Echeburúa en el ámbito de la violencia de pareja manifiesta que una intervención con técnicas cognitivo conductuales muestran una mayor eficacia en el tratamiento de víctimas de violencia ya que se han generado nuevas creencias racionales, la adquisición de habilidades que les permitan establecer una nueva vida orientada a una autonomía personal y a la recuperación del control, es decir se ha promovido una filosofía de vida saludable.

TÉCNICAS

Las técnicas más utilizadas, enmarcadas en un enfoque cognitivo-conductual, son la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas, encaminadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas en las víctimas de violencia y a facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato.

La expresión emocional, cuyo objetivo primordial es proveer comprensión y apoyo a la víctima, es decir radica en incitar a que cuente lo sucedido y relate todo lo que ha pensado y sentido. Se trata de facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

La reevaluación cognitiva, está enfocada a tres puntos fundamentales:

1. La explicación de la reacción normal ante una experiencia de maltrato, y la comprensión de ese proceso en el que se adquieren miedos y el mantenimiento de los mismos.
2. Discusión racional para eliminar los sesgos cognitivos relacionados con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad, y de esta manera ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima.
3. Reestructuras el acontecimiento traumático en los justos términos, a analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación de los hijos, y a prestar un apoyo a las víctimas para continuar adelante con sus vidas.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica:

1. La adopción, en los casos de peligro para la víctima, de medidas urgentes, como la denuncia, el abandono del domicilio conyugal y la búsqueda de una solución alternativa.
2. El entrenamiento en relajación muscular progresiva y en respiraciones profundas.
3. La enseñanza de habilidades de solución de problemas y de técnicas de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador.
4. La ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, así como la facilitación de redes de apoyo social y el fomento de conductas de independencia y de autonomía.

5. En los casos necesarios, el afrontamiento de las conductas evitadas, por medio de las técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas, por medio de las técnicas de distracción cognitiva.

El tratamiento dirigido a las víctimas de violencia psicológica en relación de pareja se lo hará de manera grupal, y consta de los siguientes pasos: psico-educación, pues se impartirá información relevante acerca de la violencia de pareja y sus consecuencias; entrenamiento en relajación, ya que se enseñará técnicas de control de respiración con el objetivo de posteriormente proveer este control de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas; Terapia Cognitiva en la cual se utilizará las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación, y solución de problemas.

Se realizarán 8 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de 60 minutos cada una. Al final del tratamiento psicoterapéutico se evaluará la efectividad del programa en las víctimas de violencia psicológica donde se aplicará a cada una de ellas la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido.

6.5 Objetivos

6.5.1 Objetivo general

Crear un grupo terapéutico para víctimas de violencia psicológica de pareja en función de la terapia cognitivo-conductual aplicada.

6.5.2 Objetivos específicos

- Ofrecer un espacio a las víctimas o sobrevivientes de violencia psicológica de pareja para la recuperación y restauración del bienestar psicológico.
- Instaurar las herramientas necesarias en las víctimas de violencia psicológica de pareja para que desarrollen habilidades de comunicación y de resolución de problemas.
- Facilitar la construcción de una red de apoyo emocional para las víctimas de violencia psicológica para evitar el aislamiento social en la que se sumergen.

6.6 Ubicación sectorial y física

Tanto la investigación previa y la elaboración de la propuesta se realizó en la Unidad Judicial contra la violencia a la mujer y a la familia ubicada en la Av. Doctor Eras y panamericana, Ciudadela 31 de Octubre del Cantón Otavalo, en la provincia de Imbabura.

Realizando una pequeña reseña histórica se pudo manifestar, que en el año de 1994 se crearon las Comisarías de la Mujer y la Familia como respuesta a las necesidades sociales de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y de sanción de este tipo de violencia para contribuir a su erradicación. Fueron las instancias responsables de velar por el cumplimiento y por hacer efectiva la Ley 103 contra la Violencia a la Mujer y la Familia.

El 15 de julio de 2013 entran en funcionamiento las Unidades Judiciales de Violencia contra la mujer y la familia, respondiendo a lo señalado en la Constitución de la República del Ecuador que establece que la competencia en administración de justicia es potestad exclusiva de la Función Judicial.

De esta manera el Pleno del Consejo de la Judicatura, resuelve el 15 de julio de 2013 (Resolución 077-2013), “crear Unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y miembros del núcleo familiar a fin de garantizar el acceso de los usuarios a la justicia y su aplicación eficiente y efectiva de esta materia”; que se fueron abriendo paulatinamente en todos los cantones del país.

6.7 Desarrollo de la propuesta

La propuesta de esta investigación está enmarcada la creación de un grupo terapéutico para víctimas de violencia psicológica de pareja como una estrategia de afrontamiento y prevención de la violencia intrafamiliar con el fin de propiciar un espacio de encuentro y reflexión grupal para las víctimas y reestablecer su bienestar emocional.

Cuando nos referimos a un tratamiento terapéutico para víctimas de violencia intrafamiliar es imprescindible la guía de un profesional, ya que ellas mantienen una carga emocional fuerte por el hecho de haber mantenido una vida de violencia que le hizo perder el rumbo de sus vidas; por lo tanto deben ser sostenidas y tuteladas por un psicólogo.

Sin embargo, este grupo terapéutico posteriormente puede transformarse en un grupo de auto ayuda para las víctimas de violencia

psicológica de pareja guiadas por ellas mismas, pues luego de un determinado proceso han adquirido las herramientas necesarias y habilidades para afrontar la violencia y enmarcarse en una vida autónoma, por lo tanto se encontrarán en una doble posición: recibiendo y dando; situación que proporciona el empoderamiento y la desvictimización. Teniendo como antecedente que todas son capaces de ayudar a otras.

Montaño, R (2004) manifiesta que los profesionales no deben participar en grupos de autoayuda con el objetivo de que todos sus participantes se sitúen en un mismo nivel y no sean dirigidos, pues un profesional aunque quisiera situarse en el mismo nivel que los demás miembros impediría el correcto funcionamiento del grupo; ya que los participantes piensan que sus aportaciones pesan más y tienen tendencia a dirigirse a él y no al grupo de asistentes.

Dentro del trabajo grupal es muy importante adoptar una técnica que servirá como guía para el tratamiento de las víctimas por parte del profesional, y que adjuntamente a la experiencia relacional del grupo permitirán desarrollar un soporte emocional afianzándose en vínculos afectivos y de comunicación que funcionarán como el motor que las víctimas necesitan para avanzar y romper el círculo de violencia en el que se hallan sumergidas.

Tenorio, M (2012) recomienda que en el trabajo en grupo se debe tener presente:

El clima de grupo: es imprescindible que sea de aceptación, respeto, confidencialidad y libre de juicio, condiciones que es preciso trabajar en cada sesión.

La dinámica: Se desarrolla en un proceso paulatino de profundidad creciente, la idea es conducir en forma gradual este proceso. Los grupos de trabajo serán cerrados es decir, una vez que inicia continuará con las mismas integrantes, no permitiendo el ingreso de participantes nuevas en las diferentes etapas del mismo.

Sesiones: Cada una tiene sus propios objetivos y actividades de acuerdo a ellos, pero también tomando en cuenta a las participantes. Se trabajan diferentes temas vinculados a las mujeres y a la violencia familiar.

Se realizarán 8 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de 60 minutos cada una. Al final del tratamiento psicoterapéutico se evaluará la efectividad del programa en las víctimas de violencia psicológica donde se aplicará a cada una de ellas la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido.

Estas sesiones se realizaron con la información obtenida del Manual de Terapeutas escrito por Enrique Echeburúa en cooperación con la Universidad Complutense de Madrid, el mismo que es validado en España y México; este fue desarrollado con la finalidad de guiar a profesionales que están en contacto directo con víctimas de violencia para apoyarlas, hacerlas sentirse valoradas, útiles y sobre todo que luchen por salir adelante con sus familias amándose y respetándose a sí mismas.

Sesión 1

En la primera sesión se hace una introducción a la Terapia, se describen los objetivos, se establecen las normas de trabajo y se desarrolla la información correspondiente a lo que es violencia. Sus formas y consecuencias. Se hace la introducción a la práctica de la técnica de respiración.

- Psico educación: la violencia y sus consecuencias
- Técnicas de control de respiración

Sesión n° 2

En esta segunda sesión, se da información sobre el manejo de la ansiedad y su sintomatología, se explica la técnica de detención de pensamientos y se refuerza en la técnica de control de respiración.

- Psico educación: la ansiedad
- Detención de pensamientos irracionales
- Técnicas de detención de pensamientos irracionales

Sesión n° 3

En esta sesión se explica la forma como procesamos la información que nos llega a la mente, explicamos el esquema ABCD, se instruye en la técnica de reevaluación cognoscitiva, y se refuerzan las técnicas de detención del pensamiento y control de la respiración.

- Psico educación: reestructuración cognitiva

- Técnica de reevaluación cognitiva
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

Sesión n° 4

En la cuarta sesión se refuerza la técnica de reestructuración cognitiva, se discute con las participantes la relación causal y directa que existe entre el número de actividades gratificantes que las personas realizan y la calidad de su estado de ánimo, se contextualizan los pasos que orientan una buena solución a los problemas, y se explica la técnica de solución de problemas.

- Psico educación: actividades gratificantes, solución de problemas
- Técnica de actividades gratificantes
- Técnica de solución de problemas
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

Sesión n° 5

En la sesión 5 se continúa entrenando a las mujeres en la técnica de solución de conflictos, se comparte y se reflexiona los contenidos sobre autoestima y su importancia, se orienta en el manejo de la técnica de autoestima.

- Psico educación: Autoestima
- Técnica de mejora de autoestima
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

Sesión n° 6

En la sexta sesión se retroalimenta la técnica de autoestima, se contextualiza la técnica de exposición o re-experimentación y se explica el aporte que esta tiene para contrarrestar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, al finalizar la sesión se realizan ejercicios de control de la respiración.

- Psico educación: Técnica de exposición
- Se aplica la Técnica de exposición
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

Sesión n° 7

En esta etapa del tratamiento se continúa trabajando con las víctimas en el entrenamiento de la técnica de re-experimentación, se debate la importancia del manejo de la comunicación y se explica la técnica de la comunicación.

- Psico educación: Estilos de comunicación (pasivo, agresivo y asertivo)
- Técnica de comunicación
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

Sesión n° 8

En esta última sesión de tratamiento se inicia con el entrenamiento en la técnica de re-experimentación, se resalta la importancia de desarrollar

habilidades para mejorar la calidad de vida y adaptabilidad, se hace un repaso de las técnicas aprendidas durante todo el proceso y se planean estrategias para la prevención de recaídas.

- Psico educación: repaso de las Técnicas aprendidas, Calidad de vida y adaptación, prevención del riesgo.
- Aplicación de la Escala de cambio percibido.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
SESIÓN 1			
Cohesión grupal	Presentación de los participantes. Explicación de las ventajas de trabajar en grupo.	Carpetas Esferos	10 minutos
Motivación para el tratamiento	Explicación de los objetivos específicos del tratamiento.	Pizarra Marcadores	10 minutos
Psico educación	Explicación de la violencia, tipos de violencia, ciclo de la violencia doméstica y consecuencias.	Tríptico informativo sobre la violencia	20 minutos
Control de los niveles de activación	Entrenamiento en la Técnica de control de la respiración	Laptop. Música de relajación. Mantas.	15 minutos
Asignación de tareas para la casa	Entrenamiento en el control de la respiración. Auto-registro de síntomas de re-experimentación	Hoja Resumen ejercicios de respiración Hoja de auto-registro de re-experimentación	5 minutos
SESIÓN 2			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	10 minutos
Psico educación	Explicación sobre la ansiedad, su curso y manifestación	Hoja informativa sobre ansiedad	15 minutos

Reducir pensamientos intrusivos	Entrenamiento en la técnica de Detención de pensamientos.	Pizarra Marcadores Cuadernos Lápices	20 minutos
Control de los niveles de activación	Ejercicios de control de la respiración	Laptop. Música de relajación. Mantas.	5 minutos
Asignación de tareas para la casa	Práctica de la Técnica de detención de pensamientos. Auto-registro A-B-C Entrenamiento en el control de la respiración.	Hoja auto-registro de detección de pensamientos. Hoja de auto registro A-B-C Hoja de auto-registro de control de la respiración.	10 minutos
SESIÓN 3			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	5 minutos
Psico educación	Identificación de las ideas irracionales	Hoja informativa ideas irracionales	15 minutos
Re-evaluación Cognitiva	Entrenamiento en la Técnica de Re- evaluación Cognitiva	Pizarra Marcadores Hoja A-B-C-D	25 minutos
Control de los niveles de activación	Ejercicios de control de la respiración	Laptop. Música de relajación.	10 minutos
Asignación de tareas para la casa	Entrenamiento en la Técnica de re-evaluación Cognitiva Identificación y registro de situaciones problemáticas Auto registro de actividades gratificantes Entrenamiento en el control de la respiración	Hoja de auto registro A-B-C-D Hoja de auto-registro de situaciones problemáticas Hoja de auto-registro de actividades gratificantes Hoja de auto-registro de control de respiración	10 minutos
SESIÓN 4			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	5 minutos

Re- evaluar los pensamientos	Repaso en el entrenamiento de la Técnica de Re-evaluación cognitiva	Pizarra Marcadores	15 minutos
Psico educación	Afectividad y solución de problemas	Pizarra Marcadores	20 minutos
Técnica de solución de problemas	Entrenamiento en las dos primeras fases de la Técnica de solución de problemas	Hoja informativa Pizarra Marcadores Cuadernos Lápices	20 minutos
Control de los niveles de activación	Entrenamiento en la Técnica de control de la respiración	Ninguno	5 minutos
Asignación de tareas para la casa	Entrenamiento en Re-evaluación Cognitiva <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en las dos primeras fases de solución de problemas. • Práctica de la respiración • Registro de actividades placenteras. 	Hoja de esquema A-B-C-D Auto-registro de definición de problemas Hoja de registro de actividades placenteras	10 minutos
SESIÓN 5			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	5 minutos
Entrenamiento en la Técnica de Solución de Problemas	Entrenamiento en las tres últimas fases de la Técnica de Solución de Problemas	Pizarra Marcadores Cuadernos Lápices	20 minutos
Psico educación	Mejora de la autoestima Proyección hacia el futuro	Hoja informativa de autoestima Inventario de autoestima	25 minutos
Asignación de tareas para la casa	Entrenamiento en Solución de Problemas Leer el material de autoestima Programación de actividades gratificantes Control de la Respiración	Auto –registro de Solución de Problemas	10 minutos
SESIÓN 6			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	10 minutos
Psico educación	Exposición		

Exposición	Entrenamiento en la Técnica de exposición en imaginación a un episodio de Maltrato	6 tarjetas y lápiz por participante	30 minutos
Control del nivel de Activación	Entrenamiento en la Técnica de respiración	Ninguno	5 minutos
Asignación de tareas para la casa	Auto exposición en imaginación Registro de situaciones evitadas Programación de actividades gratificantes Control de la Respiración	Auto-registro de tareas de exposición al relato de la experiencia de VP Auto-registro de situaciones evitadas	10 minutos
SESIÓN 7			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	10 minutos
Exposición	Exposición en imaginación a un episodio de Maltrato	6 tarjetas y lápiz por participante	20 minutos
Psico educación	Entrenamiento en el Estilo asertivo de comunicación	Hoja informativa sobre los estilos de comunicación	20 minutos
Asignación de tareas para la casa	Auto exposición en imaginación Práctica del estilo asertivo de comunicación Auto exposición en vivo	Auto-registro de tareas de exposición al relato de la situación vivida Auto – registro del estilo asertivo de comunicación Auto- registro de exposición en vivo	5 minutos
SESIÓN 8			
Apertura de la sesión	Revisión de lo acontecido en la semana Revisión de las tareas asignadas y refuerzo por su cumplimiento	Ninguno	5 minutos
Técnica	Exposición al Acontecimiento Traumático y Resignificación del mismo	Hoja para el registro de una situación de maltrato Esferos	30 minutos

Psico educación	Calidad de vida y adaptación	Hoja informativa	10 minutos
Control de los niveles de activación	Entrenamiento en la Técnica de respiración	Ninguno	10 minutos
Evaluación Postratamiento	Prevención de recaídas Evaluación de satisfacción con el tratamiento	Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido	5 minutos

6.8 Impactos

Fundamentalmente esta investigación genera herramientas para las víctimas de violencia psicológica facilitando la capacidad de respuesta frente a una situación de violencia.

Esta investigación promueve un cambio en torno a la importancia de la intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo conductual a las víctimas de violencia psicológica ya que se ha demostrado la eficacia en la disminución de síntomas específicos presentados por las mismas y a mantener un estilo de vida equilibrado desarrollando la autonomía personal y la recuperación del control de su vida.

Mediante esta investigación se demuestra que la terapia grupal con víctimas de violencia psicológica de pareja presenta diversos aspectos positivos ya que ayuda a desarrollar habilidades en grupo, facilita el establecimiento de redes de apoyo, mejora la liberación y expresión emocional y afectiva con otras víctimas en similares condiciones, evaluándose a sí mismas y motivándose al cambio.

6.9 Difusión

El trabajo de investigación será divulgado mediante un ensayo que mostrará los resultados obtenidos y proveerá herramientas para trabajar en función de la modificación de conductas originadas en torno a la violencia

6.10 Bibliografía

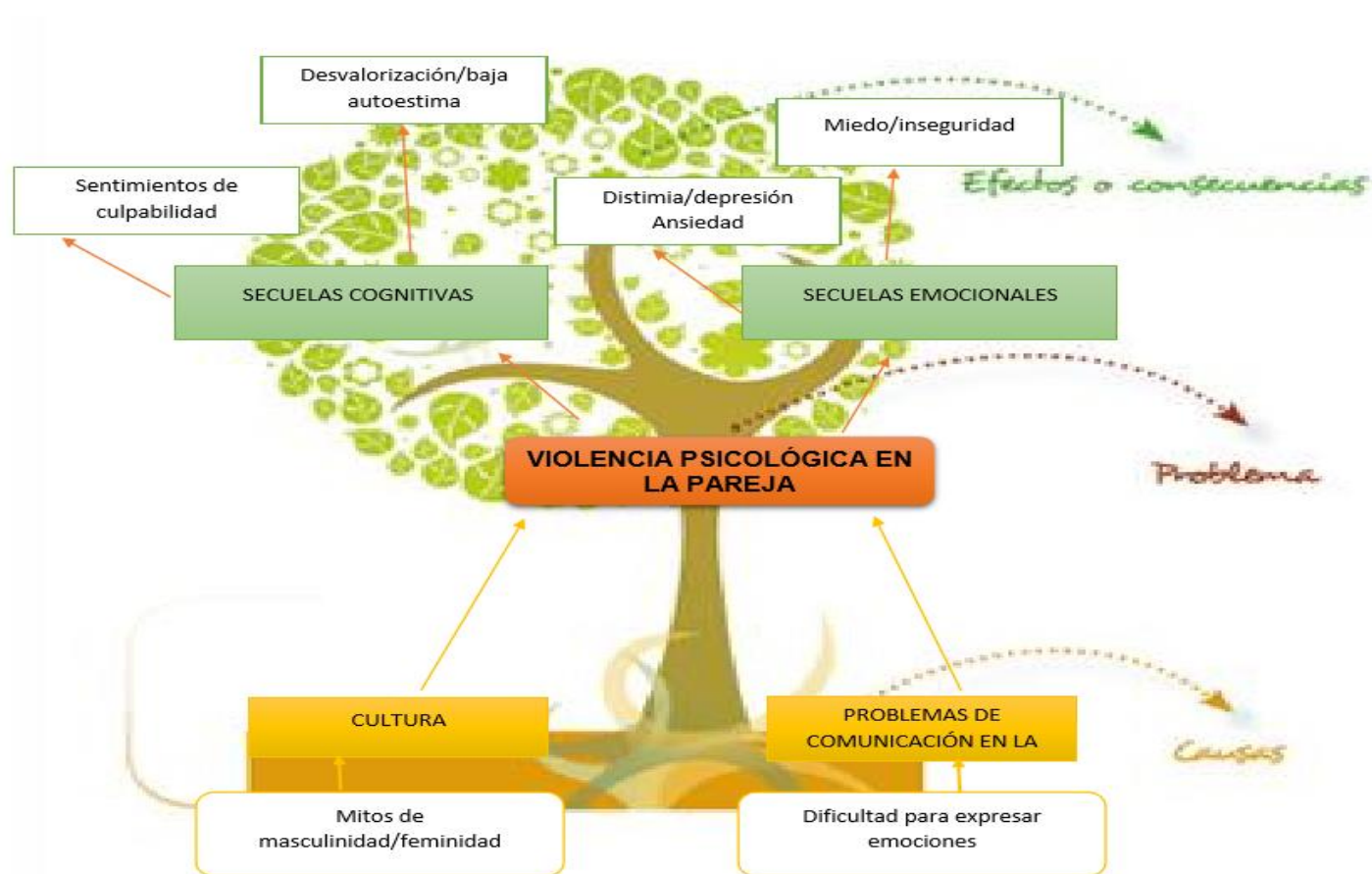
1. Cárdenas, J.E., (2010) La mediación en conflictos familiares: Lo que hay que saber. Argentina: Lumen
2. Cárdenas, J.E., (2011) Violencia en la pareja: Intervenciones para la paz desde la paz. Buenos Aires: Granica.
3. Castillo, F. C. M. D. (2008). Malos tratos habituales a la mujer. España: J.M. BOSCH EDITOR. Retrieved from <http://www.ebrary.com>}
4. Colegio, O. D. P. D. M. (2003). La psicoterapia como disciplina psicológica. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
5. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA del Ecuador. Publicada en el R. O. No. 449: 20 de octubre del 2008, Corporación de estudios y publicaciones, Quito – Ecuador, 2008
6. Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. Análisis y Modificación de Conducta.
7. Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1996). Tratamiento Cognitivo-Conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. Análisis y Modificación de Conducta. Obtenido en http://www.ehu.es/Echeburúa/pdfs/6-ttoptsd_en_maltrato_domestico.pdf
8. Echeburúa, E., y Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid. SIGLO XXI.
9. Fairman, S.C., (2005) El hombre maltrato por su mujer: una realidad oculta. Buenos Aires: Lumen.
10. Gil-Fortoul Bucheli, José Daniel. 2014 "El establecimiento de límites personales durante la infancia y adolescencia y los niveles de autoestima de las mujeres maltratadas que acuden a la comisaría de la mujer"(Tesis inédita previo para optar por el Título de

- Psicólogo Clínico; Universidad Técnica de Ambato) Obtenido en <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/6623/Gil-Fortoul%20Bucheli,%20Jos%C3%A9%20Daniel.pdf?sequence=1>
11. González, F. M. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Ciencias Médicas. Obtenido en <http://www.freelibros.org/psicologia/instrumentos-de-evaluacion-psicologica-felicia-miriam-gonzalez-llaneza.html>
 12. Jung, C. G. (2013). La práctica de la psicoterapia. España: Editorial Trotta, S.A.. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
 13. Keegan, E. (2008). Escritos de psicoterapia cognitiva. Argentina: Eudeba. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
 14. Oblitas, B.B., (2006) Trabajo social y violencia familiar: una propuesta de gestión profesional. Buenos Aires: Espacio Editorial
 15. Páez, C. L. D. (2011). La violencia de género: una sistematización técnico-jurídica. España: B - EUMED. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
 16. Pérez, Keyla. 2011 “Efectos de la dependencia emocional en la autoestima de mujeres de veinte y cinco a cincuenta y cinco años de edad que tienen una relación de pareja” (Tesis inédita previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, Universidad Central del Ecuador). Obtenido en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/472>
 17. Pipes, R. B., & Davenport, D. S. (2004). Introducción a la psicoterapia: el saber clínico compartido. España: Editorial Desclée de Brouwer. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
 18. Rincón, G. P. P. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. España: Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

19. Ruiz, F. M. Á., Díaz, G. M. I., & Villalobos, C. A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. España: Editorial Desclée de Brouwer. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
20. Taverniers, K., (2012) Abuso emocional en la pareja: construcciones y desconstrucciones de género. Buenos Aires: Biblos.
21. Villavicencio, P. (2003). Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. Revisión teórica. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

ANEXOS

Árbol de problemas



MATRIZ DE COHERENCIA

Formulación del problema	Objetivo general
<p>Incidencia de la Terapia Cognitivo Conductual en las víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la unidad judicial contra la violencia a la mujer y a la familia del cantón Otavalo, du los meses marzo-agosto 2015</p>	<p>Aplicar terapia cognitivo-conductual a las víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la Unidad de Violencia contra la mujer y la familia del Cantón Otavalo</p>
Sub-problema, Interrogantes	Objetivos específicos
<p>¿Cómo identificar las causas que generan la violencia psicológica en la pareja?</p> <p>¿Cómo determinar las consecuencias psicológicas y repercusiones en la relación de pareja de las víctimas de violencia psicológica?</p> <p>¿Cómo disminuir las secuelas cognitivo-emocionales producidas en las víctimas de violencia psicológica de pareja?..</p> <p>¿Para qué establecer un programa de intervención terapéutica para las víctimas de violencia psicológica basado en el Enfoque Cognitivo- Conductual?</p>	<p>Identificar las causas que generan la violencia psicológica en la pareja.</p> <p>Determinar las consecuencias psicológicas y repercusiones en la relación de pareja de las víctimas de violencia psicológica.</p> <p>Disminuir las alteraciones emocionales-cognitivas producidas en las víctimas de violencia psicológica de pareja.</p> <p>Establecer un programa de intervención terapéutica para las víctimas de violencia psicológica basado en el Enfoque Cognitivo-Conductual.</p>

**ESCALA DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA PAREJA
(ECHEBURÚA Y OTROS, 2005)**

Nombre: _____

Fecha: _____

Estas preguntas están relacionadas con las maneras de actuar de su pareja o ex pareja, las hacemos con el propósito de determinar el grado de riesgo en el que se puede encontrar usted o su familia, por favor sea sincera y conteste pensando que va a ser para su bienestar.

I Datos Personales

1. ¿Es desplazada/ inmigrante? a) Si b) No

II Situación de la Relación de Pareja

2. Actualmente: a) conviven juntos b) en trámites de separación c) separación reciente

d) separación no reciente No ____ años

3. Usted ha sufrido de acoso reciente por parte de su pareja, o él no ha cumplido con las medidas de protección a) Si b) No

III Tipos de Violencia.

4. ¿Ha sufrido violencia física susceptible a causar lesiones? a) Si b) No

5. ¿La violencia física se realiza en presencia de los hijos u otros familiares? a) Si b) No

6. ¿Los incidentes violentos han aumentado de frecuencia y de gravedad el último mes? a) Si b) No

7. ¿Su pareja o ex pareja la ha amenazado de forma grave o de muerte el último mes? a) Si b) No

8. ¿Su pareja o ex pareja la ha amenazado con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo? a) Si b) No

9. ¿Observa en su pareja o ex pareja la Intención clara de causar lesiones graves? a) Si b) No

10. ¿Se presentan o se han presentado agresiones sexuales en la relación de pareja? a) Si b) No

IV. Perfil del Agresor

11. ¿Percibe celos muy intensos o conductas controladoras por parte de su pareja o Ex pareja? a) Si b) No

12. ¿Historial de conductas violentas con parejas anteriores? a) Si b) No

13. ¿Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo,)? a) Si b) No

14. ¿Consume SPA? a) No b) Alcohol c) Marihuana b) Bazuco e) varias

15. ¿Su pareja o ex pareja ha vivido trastorno psicopatológico Previo?: a) Si b) No
16. ¿Muestra conductas de crueldad, de desprecio y de falta de arrepentimiento?
a) Si b) No
17. ¿Justifica las conductas violentas por su propio estado (Alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima? a) Si b) No

V. Vulnerabilidad de la Víctima

18. ¿Ha percibido durante el último mes que la violencia puede agravarse e incluso llevar a la muerte? a) Si b) No
19. ¿Ha retirado o intentado retirar la denuncia? a) Si b) No
20. ¿Usted ha sentido problemas de salud, soledad o dependencia que la hacen vulnerables? a) Si b) No

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK-BAI-

(Beck, A; Brown, G Epstein, N & Steer, R (1988)

Instrucciones:

Lea cuidadosamente e indique. Para cada uno de los siguientes síntomas de ansiedad, el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Para ello debe elegir de entre las siguientes repuestas la que mejor corresponda con la intensidad de cada uno de sus síntomas:

- (0) En absoluto
- (1) Levemente, no me molesta mucho
- (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- (3) Severamente, casi no podía soportarlo

Lista de Ítems

- 1. Hormigueo o entumecimiento _____
- 2. Sensación de calor _____
- 3. Temblor en las piernas _____
- 4. Incapacidad de relajarse _____
- 5. Miedo a que suceda lo peor _____
- 6. Mareo o aturdimiento _____
- 7. Palpitaciones o taquicardia _____
- 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física _____
- 9. Terrores _____
- 10. Nerviosismo _____
- 11. Sensación de ahogo _____
- 12. Temblor de manos _____
- 13. Temblor generalizado o estremecimiento _____
- 14. Miedo a perder el control _____
- 15. Dificultad para respirar _____
- 16. Miedo a morir _____
- 17. Sobresaltos _____
- 18. Molestias digestivas o abdominales _____
- 19. Palidez _____
- 20. Rubor facial _____
- 21. Sudoración (No debido al calor) _____

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Nombre.....

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada:

- A. MUY DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. EN DESACUERDO
- D. MUY EN DESACUERDO

FRASE	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo varias cualidades buenas.				
3. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
6. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
7. Me inclino a pensar que en conjunto soy una fracasada.				
8. Desearía valorarme más a mí misma.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa, coral y Fernández-Moltalvo, 2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual respecto a los aspectos de su vida cotidiana que se señalan a continuación.

A causa de mi experiencia de malos tratos, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se visto afectado:



A causa de experiencia de malos tratos, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



A causa de mi experiencia de malos tratos, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) Se han visto afectadas:



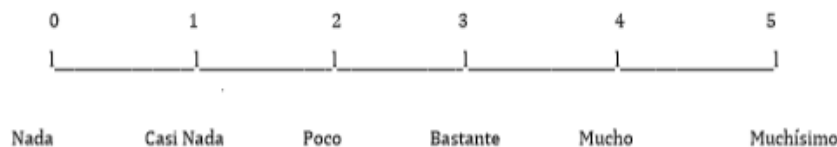
A causa de mi experiencia de malos tratos, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



A causa de mi experiencia de malos tratos, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



A causa de mi experiencia de malos tratos, mi vida en general se ha visto afectada:



**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo



CERTIFICACIÓN

A petición verbal de la Señorita CÁCERES ARÉVALO KARINA MARISOL portadora de la Cédula de Ciudadanía N° 100288866-5, tengo a bien indicar que se aprobó la realización del Tema de Tesis **“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VICTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTON OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015”**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Autorizo a la Srta. Cáceres hacer uso del presente certificado en los trámites que amerite necesarios.

Otavaló, 23 de noviembre de 2015

Psc. Fernando Ordoñez



PSICÓLOGO DE LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA- OTAVALO



CERTIFICACIÓN

A petición verbal de la Señorita CÁCERES ARÉVALO KARINA MARISOL portadora de la Cédula de Ciudadanía N° 100288866-5, tengo a bien indicar que SOCIALIZÓ EL TEMA DE TESIS “**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VICTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTON OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015**”

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Autorizo a la Srta. Cáceres hacer uso del presente certificado en los trámites que amerite necesarios.

Otavaló, 23 de noviembre de 2015

Psc. Fernando Ordoñez



PSICÓLOGO DE LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA- OTAVALO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	100288866-5	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Cáceres Arévalo Karina Marisol	
DIRECCIÓN:		Ilumán, Edmundo Grijalva y Luis Mejía	
EMAIL:		karylu777@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	(06) 2 946-491	TELÉFONO MÓVIL	0999142031

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VICTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTON OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015”
AUTOR (ES):	KARINA MARISOL CÁCERES ARÉVALO
FECHA: AAAAMMDD	2015-12-15
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Título de Psicóloga
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Alexis Galindo

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Karina Marisol Cáceres Arévalo, con cédula de identidad Nro. 100288866-5, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 15 días del mes diciembre de 2015

EL AUTOR:

(Firma)..........

Nombre: Karina Marisol Cáceres Arévalo
C.C. 100288866-5




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Karina Marisol Cáceres Arévalo, con cédula de identidad Nro. 100288866-5, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado titulado: "TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE PAREJA ATENDIDAS EN LA UNIDAD JUDICIAL CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA DEL CANTÓN OTAVALO, DURANTE LOS MESES MARZO-AGOSTO 2015"; que ha sido desarrollada para optar por el Título Psicóloga en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 15 días del mes de diciembre de 2015

(Firma).....
Nombre: Karina Marisol Cáceres Arévalo
Cédula de identidad Nro.: 100288866-5