



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*“Evidencias de daño psicológico en víctimas de violencia presentadas en el centro de Salud Uncovía”*

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica

Autor:

Gabriel Horacio Bustamante García

Directora:

Mg. María Cecilia Salazar Icaza

Cuenca-Ecuador

2021

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo investigativo a mi familia, que me acompañó en todo el trayecto de mi formación profesional, permitiéndome seguir mi deseo de convertirme en psicólogo clínico, y servir a la sociedad con mis conocimientos adquiridos en esta prestigiosa institución universitaria.*

*De igual manera dedico este trabajo a la Mg. Cecilia Salazar, a quien admiro y agradezco infinitamente por todas y cada una de sus guías desde que fue mi profesora y ahora mi tutora, ya que gracias a ello he podido llegar a este último paso hacia la obtención de mi título profesional.*

*Gabriel Horacio Bustamante García*

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a todas aquellas personas que formaron parte de este camino de hermosas experiencias que me permitieron conocer a grandes amigos y excelentes profesores que cumplen un loable trabajo educativo, engrandeciendo el nombre de nuestra querida Universidad del Azuay.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
ÍNDICE DE ANEXOS.....	7
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
MARCO TEÓRICO.....	12
Capítulo I: Trastornos Psicológicos .....	12
1.1 Trastorno por estrés postraumático .....	13
1.2 Ataque de pánico.....	16
1.3 Ansiedad.....	17
1.4 Consecuencias por ansiedad en violencia psicológica .....	19
1.5 Depresión.....	21
1.6 Consecuencias depresivas por violencia física y psicológica .....	22
Capítulo II: Tipos de violencia para el estudio y sus consecuencias .....	25
2.1 Violencia de género .....	25
2.2 Violencia psicológica .....	27
2.3 Violencia intrafamiliar .....	29
2.4 Violencia sexual.....	31
Capítulo III: Metodología.....	35
3.1 Aplicación de entrevistas y escalas .....	37
3.2 Obtención de Datos .....	40
3.3 Análisis Estadístico .....	44
3.4 Resultados .....	62
CONCLUSIONES .....	76
DISCUSIÓN.....	80
RECOMENDACIONES .....	80
BIBLIOGRAFÍA .....	85
ANEXOS .....	87

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Violencia de Género 2018-----	11
<b>Tabla 2</b> Violencia de Género 2020-----	11
<b>Tabla 3</b> Tabla General de Resultados SCL-90-R-----	55
<b>Tabla 4</b> Tabla General de Resultados CAPS -----	59
<b>Tabla 5</b> Tabla General de Respuestas Entrevista Estructurada-----	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Incremento de casos Violencia de Género -----	11
Figura 2:Procedimiento de la investigación -----	38
Figura 3: Ficha Sociodemográfica 1 -----	44
Figura 4: Ficha Sociodemográfica 2 -----	44
Figura 5: Ficha Sociodemográfica 3 -----	45
Figura 6: Ficha Sociodemográfica 4 -----	45
Figura 7: Ficha Sociodemográfica 5 -----	45
Figura 8: Ficha Sociodemográfica 6 -----	46
Figura 9: Ficha Sociodemográfica 7 -----	46
Figura 10: Ficha Sociodemográfica 8 -----	46
Figura 11: Ficha Sociodemográfica 9 -----	47
Figura 12: Ficha Sociodemográfica 10 -----	47
Figura 13: Ficha Sociodemográfica 11 -----	47
Figura 14: Ficha Sociodemográfica 12 -----	48
Figura 15: Paciente 1 SCL-90-R -----	48
Figura 16: Paciente 2 SCL-90-R -----	49
Figura 17: Paciente 3 SCL-90-R -----	49
Figura 18: Paciente 4 SCL-90-R -----	49
Figura 19: Paciente 5 SCL-90-R -----	50
Figura 20: Paciente 6 SCL-90-R -----	50
Figura 21: Paciente 7 SCL-90-R -----	50
Figura 22: Paciente 8 SCL-90-R -----	51
Figura 23: Paciente 9 SCL-90-R -----	51
Figura 24: Paciente 10 SCL-90-R -----	51
Figura 25: Paciente 11 SCL-90-R -----	52
Figura 26: Paciente 12 SCL-90-R -----	52
Figura 27: Paciente 13 SCL-90-R -----	52
Figura 28: Paciente 14 SCL-90-R -----	53
Figura 29: Paciente 15 SCL-90-R -----	53
Figura 30: Paciente 16 SCL-90-R -----	53
Figura 31: Paciente 17 SCL-90-R -----	54
Figura 32: Paciente 18 SCL-90-R -----	54
Figura 33: Paciente 19 SCL-90-R -----	54
Figura 34: Paciente 20 SCL-90-R -----	55
Figura 35: Promedio de Coeficientes por Indicador SCL-90-R -----	56
Figura 36: Criterio A CAPS -----	56
Figura 37: Criterio B CAPS -----	57
Figura 38: Criterio C CAPS -----	57
Figura 39: Criterio C CAPS -----	57
Figura 40: Criterio E CAPS -----	58
Figura 41: Criterio F CAPS -----	58
Figura 42 Gráfica de Criterios CAPS Curso Actual -----	59
Figura 43 Gráfica de Criterios CAPS Curso Vital -----	60
Figura 44: Resultados CAPS -----	60
Figura 45: Incidencia de respuestas Entrevista Estructurada -----	61
Figura 46: Porcentaje de pacientes por Tipo de Violencia -----	77
Figura 47: Presencia de TEPT -----	78
Figura 48: Nivel de severidad TEPT -----	59
Figura 49: Nivel de incidencia de cada dimensión SCL-90-R -----	79

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS) -----	87
Anexo 2: Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estrés Postraumático -----	104
Anexo 3: Inventario de Síntomas SCL-90-R-----	108
Anexo 4: Ficha Sociodemográfica-----	118
Anexo 5: Consentimiento Informado -----	120
Anexo 6: Solicitud Uncovia -----	121
Anexo 7: Póster para Campaña de Prevención contra la Violencia Intrafamiliar -----	122
Anexo 8: Tríptico Informativo sobre la Violencia Intrafamiliar -----	123
Anexo 9: Tríptico Informativo sobre la Violencia Intrafamiliar -----	123
Anexo 10: Póster para Campaña de Prevención contra la Violencia Psicológica -----	124
Anexo 11: Tríptico Informativo sobre la Violencia Psicológica-----	125
Anexo 12: Tríptico Informativo sobre la Violencia Psicológica-----	125
Anexo 13: Póster para Campaña de Prevención contra la Violencia de Género -----	126
Anexo 14: Tríptico Informativo sobre la Violencia de Género -----	127
Anexo 15: Tríptico Informativo sobre la Violencia de Género -----	127
Anexo 16: Póster para Campaña de Prevención contra la Violencia Sexual-----	128
Anexo 17: Tríptico Informativo sobre la Violencia Sexual-----	129
Anexo 18: Tríptico Informativo sobre la Violencia Sexual-----	129

## RESUMEN

El eje principal de esta investigación se basa en exponer evidencias claras acerca de la presencia de alteraciones psicológicas en víctimas de violencia mediante estudios que presentan escalas y logran precisar con una determinada muestra de pacientes, las consecuencias de una exposición a sucesos traumáticos. Para esta investigación se requerirá de una base sólida los sucesos presenciados por los pacientes que han pasado por un trauma reciente, tomando en cuenta que la presencia de alteraciones psicológicas será determinada por la detección de sintomatología. El cuadro médico del paciente debe estabilizarse tomando en cuenta cualquier tipo de lesión física presente. Planteados estos puntos y con base teórica que respalda el objetivo de esta investigación, los resultados esperados son la obtención de criterios específicos que determinen la importancia de evidenciar el daño psicológico y promover una investigación previa a un tratamiento integral que el paciente requiera.

*Palabras clave: exposición, base, detección, evidenciar, promover.*

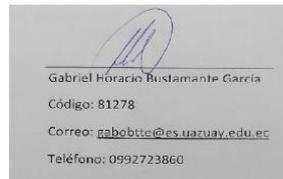
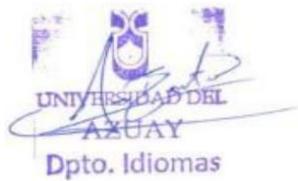
## ABSTRACT

### ABSTRACT

The central axis of this research was based on exposing clear evidence about the presence of psychological alterations in victims of various types of violence employing diagnostic evaluation instruments that present scales and manage to specify with a particular sample of patients the consequences of exposure to traumatic events. This research required a theoretical and practical basis that determined the events witnessed by patients who have undergone a recent traumatic event, taking into account that the presence of psychological alterations depended on the detection of symptomatology. The results obtained reflected the presence of specific criteria in psychological alterations that represented more than 50% of the sample, denoting compliance with the objectives of this research and promoting similar studies in the future.

**Key words:** *expose, base, detection, represent, promote.*

Translated by



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación surgió a partir del incremento de casos en violencia durante el período de cuarentena que afectó a toda la población, pero que, en regiones específicas, debido a diversos factores como la carencia de educación, la mala economía o la baja calidad de vida, se incrementaron exponencialmente los casos de violencia sexual, física y psicológica. Debido a falta de atención en emergencia para este tipo de sucesos, se reportaron casos con graves secuelas físicas y psicológicas, y casos que terminaron con el fallecimiento de las personas víctimas de violencia, alarmando a gran parte de la sociedad ecuatoriana. Uno de los principales factores precipitantes que presentan las personas víctimas de violencia, se presenta cuando se instaura un agudo daño psicológico que, al no presentar daños tangibles en evaluaciones médicas, puede ser desestimado de intervenciones que permitan tratar de forma integral al paciente y a su vez proveerlo de protección ante futuros conflictos con su agresor. Es a partir de esta problemática planteada que surge la necesidad de conocer sobre las consecuencias que genera un suceso traumático en el plano psicológico y poder trazar alternativas de acción que permitan generar cambios positivos y a tiempo.

A continuación, se presentan datos facilitados por el departamento de estadística del centro de salud Uncovia en donde se puede evidenciar el incremento de casos en violencia de género, tomando en cuenta que numerosos casos han llegado por denuncia, dando así una connotación de gravedad ante lo que presentan las víctimas que han sido atendidas en este período. De igual manera hay que tomar en cuenta que gran parte de estos casos se presentan por intervención externa como familiares o amigos que alertan a las autoridades para ser derivados al centro de salud, denotando así la existencia de un alto porcentaje de casos que no son atendidos por el temor de las víctimas a represalias de sus agresores.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
 DISTRITO 01D04 - SALUD  
 CENTRO DE SALUD UNCOVIA

**VIOLENCIA DE GÉNERO**

AÑO 2018					
MESES	VIOLENCIA DE GÉNERO				
	MESTIZA	INDIA	BLANCA	NEGRO	OTROS
ENERO	0	0	0	0	0
FEBRERO	0	0	0	0	0
MARZO	0	0	0	0	0
ABRIL	0	0	0	0	0
MAYO	0	0	0	0	0
JUNIO	2	0	0	0	0
JULIO	0	0	0	0	0
AGOSTO	4	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	1	0	0	0	0
OCTUBRE	0	0	0	0	0
NOVIEMBRE	2	0	0	0	0
DICIEMBRE	1	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabla 1 Violencia de Género 2018

AÑO 2020					
MESES	VIOLENCIA DE GÉNERO				
	MESTIZA	INDIA	BLANCA	NEGRO	OTROS
ENERO	18	0	0	0	0
FEBRERO	0	0	0	0	0
MARZO	0	0	0	0	0
ABRIL	0	0	0	0	0
MAYO	0	0	0	0	0
JUNIO	2	0	0	0	0
JULIO	5	0	0	0	0
AGOSTO	4	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	1	0	0	0	0
OCTUBRE	3	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabla 2 Violencia de Género 2020

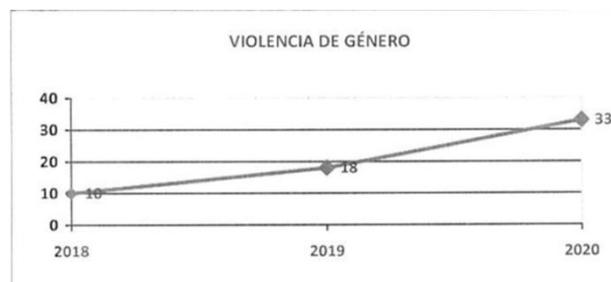


Figura 1 Incremento de casos Violencia de Género

## MARCO TEÓRICO

### Capítulo I: Trastornos Psicológicos

Este primer capítulo del trabajo de investigación está centrado en diferenciar los principales trastornos psicológicos que se prevén evidenciar en víctimas de violencia seleccionadas estratégicamente para una mejor obtención de resultados. La selección de cada uno de los desórdenes mentales de este capítulo está basada en los registros de atención que se han presentado con mayor frecuencia en el área de psicología del centro de salud Uncovia. Los datos son obtenidos del departamento de estadística del centro que recibe numerosos casos de violencia cada mes y eleva la necesidad de contar con una mayor eficacia a la hora de realizar las atenciones correspondientes para determinar cuál es plan terapéutico y lo que se espera obtener del mismo. La gravedad de las alteraciones especificadas engloba niveles de malestar moderados y graves o incapacitantes que reflejen contextos clínicamente significativos; estos desórdenes en salud mental (trastornos psiquiátricos o psicológicos) implican alteraciones en el pensamiento, en las emociones y/o en la conducta. Las alteraciones leves de estos aspectos vitales son frecuentes, sin embargo, cuando provocan una angustia intensa que interfiere en la vida diaria, se consideran enfermedades mentales o trastornos de la salud mental. Los efectos de cualquier alteración mental pueden ser temporales o de larga duración. (First, 2020).

Para determinar que sucesos logran desencadenar las alteraciones psicológicas propuestas en este capítulo, es necesario diferenciar en qué tipo de trauma se puede desarrollar un trastorno y sus secuelas cognitivas reflejadas en la sintomatología presentada. Para ello

existen los traumas que reflejan la exposición a un suceso traumático único; dentro de este apartado se encuentran los accidentes, desastres naturales y experiencias de guerra. Para el enfoque investigativo de este trabajo de tesis, es imprescindible determinar la importancia de los traumas que reflejan la exposición constante a un suceso traumático, que representa el punto de partida para evidenciar si las personas víctimas de violencia generan secuelas psicológicas. El riesgo de presentar secuelas cognitivas es potencial en este tipo de traumas, ya que los sucesos son secuenciales y aumentan la probabilidad en la aparición de un trastorno al estar en constante exposición a maltrato, abandono, o abuso sexual. El número de factores que intervienen en este tipo de traumas varía, siendo la frecuencia de los sucesos, e intensidad de los mismos, los que van a causar que la persona víctima de violencia perciba su realidad como un callejón sin salida que la aparta de toda posibilidad de pedir ayuda o enfrentarse al agresor, el cual en la mayoría de casos es una persona cercana que ejerce su dominio mediante manipulación e intimidación. La violencia y el trauma son problemas de salud pública generalizados, dañinos y costosos, ya que no tienen límite en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual. El vivenciar un hecho traumático es una experiencia recurrente que atraviesan personas de todas las edades en las poblaciones de todo el mundo y es especialmente visto en casos de personas con trastornos mentales por uso de sustancias. Por esta razón, es necesario abordar el trauma como un antecedente importante dentro de la atención integral en salud y en los procesos de recuperación y rehabilitación. (Sara Orrego, Gloria Sierra y Diana Restrepo. , 2019)

## **1.1 Trastorno por estrés postraumático**

Hablamos de un suceso traumático cuando nos referimos a aquellas experiencias vitales que pueden ser directa o indirectamente vivenciadas, desencadenantes de un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que, dependiendo del nivel de afrontamiento pueden llegar a generar alteraciones como el trastorno de estrés postraumático. Entendido el estrés como una condición circunstancial en la que se puede afrontar o no, dependiendo de los recursos personales como el manejo emocional y afrontamiento del problema, esta reacción genera respuestas fisiológicas particulares como: aumento en la sudoración, aumento de palpitaciones, nudo en la garganta, sentimiento de angustia, y sudoración excesiva al tener que afrontar la situación que dispara dicho estado (Amaris, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

La escasez de estrategias de afrontamiento impide la formación de una respuesta óptima a nivel físico y conductual, lo cual genera un desequilibrio causante de las alteraciones psicológicas, ya sea por la etapa de desarrollo en la cual se encuentra la víctima o la falta de experiencia en vivencias de igual o mayor magnitud. Otro factor desencadenante es la presencia de autoevaluaciones negativas que influyen directamente a la mantención de un nivel elevado de estrés agudo o crónico de tipo traumático, que generará cambios a nivel fisiológico y predispondrán al desarrollo de enfermedades y trastornos en la salud mental. (Gómez, 2013)

Si bien hay dos posibilidades (directa-indirectamente) para la generación de un trauma y posteriormente un trastorno, hay que tener en consideración que el vivenciar un suceso traumático directamente, aumenta la probabilidad de producir alteraciones cognitivas a acorto y largo plazo. En un hecho traumático directamente vivenciado, generalmente el agresor actúa en contra de sus víctimas de forma violenta mediante agresiones físicas o acciones

denigrantes por razones específicas como infidelidad, resistencia al robo, celos, venganza, disputas, etc. Ninguna de las llamadas “razones” por las cuales se producen los hechos violentos tienen una justificación para evadir las consecuencias; es por eso que no solo es importante el conocer el desequilibrio evidenciado en el contexto personal de una persona víctima de violencia, sino que también exista prioridad a identificar el porqué de la presencia de sintomatología posterior a un hecho traumático. Tanto el desequilibrio fisiológico como el cognitivo, causantes de alteraciones como el trastorno de estrés postraumático, tienen un factor desencadenante que es determinado por vivencias de carácter traumático como las asociadas en violencia, que logran desestructurar la dinámica familiar, social o individual de los sujetos que la padecen, situaciones que han llevado a que las personas se encuentren en estados disociativos de su personalidad, los cuales vienen acompañados de desbalances neurocognitivos que desmejoran su calidad de vida. (González, 2012)

Al vivenciar una situación de violencia, se produce un malestar por el estrés continuo, que, dependiendo de la frecuencia e intensidad de los actos recibidos, puede llegar a presentar un cuadro de pasividad e ineficiencia en el enfrentamiento y búsqueda de alternativas que impidan la formación de un círculo de violencia y victimización, lo cual permite que ese estrés y sus efectos se mantengan. Esta ineficacia puede generarse por distintos motivos, que en mayor medida se dan por el temor de las víctimas de violencia a enfrentar a su agresor ya sea por medios personales o mediante la solicitud de ayuda a terceros. Los factores de mantenimiento del estrés pueden producir cambios en el sistema nervioso y su respuesta ante estímulos. Debido a este impacto, si la situación generadora de estrés se puede resolver o se aprende a afrontar, la persona recupera un estado de bienestar y de respuestas fisiológicas diferentes a las reportadas ante el estrés, lo que indica que el sistema nervioso se estabiliza, mejorando futuros enfrentamientos, logrando una buena salud mental y física. (Amaris, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013)

## 1.2 Ataque de pánico

La génesis de los ataques de pánico ha constituido un tema de estudio importante a lo largo de los años debido al tipo de malestar focalizado y efímero que se presenta en comparación a otros trastornos, ya que las funciones sensorceptivas se pierden por breves lapsos de tiempo ante estímulos que activan mecanismos de defensa, con un grado de intensidad considerable y de impacto, que produce malestar por la presencia abrupta de síntomas como ahogo, palpitaciones, temblores, sacudidas, e incluso temor a morir. Se diferencia con el trastorno por estrés postraumático debido a que este se presenta como respuesta progresiva a la generación de estrés constante por un suceso que puede llegar a su punto máximo de malestar en semanas o meses. Para encontrar la causa específica en la aparición de sintomatología del trastorno de pánico no se recomienda considerar vivencias aisladas o recientes, ya que los episodios no se asocian con un evento específico, sino que lo que hacen con un conjunto de factores endógenos y exógenos que se asocian generando un cuadro sintomatológico; sin embargo, los recuerdos y las secuelas que fueron evitadas por años, aparecen sin razón aparente en la actualidad como síntomas. “El ataque de pánico se caracteriza por la aparición súbita de un miedo intenso, de corta duración, auto limitado, recurrente y progresivo. La persona puede estar perfectamente y de repente sentir una angustia sin explicación aparente” (Revuelta, 2011).

Cuando una persona víctima de violencia ha convivido con su agresor por un largo período de tiempo en donde los abusos o amenazas se repiten, se desarrolla una indefensión

aprendida, que limita el enfrentamiento en el momento que se produce un suceso violento en su contra o luego de sufrir sus consecuencias físicas y psicológicas. Esta indefensión aprendida genera un estado pasivo constante, ya que bloquea las capacidades de quien la sufre, permitiendo el desarrollo de signos de pánico de larga duración. Las respuestas más comunes a estos factores estresantes que supone la violencia, consisten en la alternancia de fases intrusivas de respuesta expresa y fases de adormecimiento tanto física como psicológicamente. Durante las fases de respuesta aparecerán rasgos como el comportamiento hiperactivo, respuesta de sobresalto, o arranques agresivos; mientras que la etapa de estabilización se presentará con la aparición de conductas antagónicas y de latencia. Torres (2015) nos habla de los factores asociados a la permanencia con el maltratador, en los que incluye las estrategias de afrontamiento, la dependencia económica y las creencias de las víctimas; también se menciona el compromiso de cambio y la ausencia de rasgos psicopatológicos del agresor. Refiere que las estrategias de afrontamiento asociados a la permanencia son, la atribución interna de los episodios de violencia, menor tiempo en centros de acogida y menos separaciones previas.

### **1.3 Ansiedad**

Las lesiones psíquicas más frecuentes en personas víctimas de violencia son los trastornos adaptativos, el trastorno de estrés postraumático o los trastornos de la personalidad. En particular, el estado de ansiedad genera cambios a nivel cognitivo, ya que la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones al producir una percepción profunda de estar a merced de todo tipo de peligros y de carecer de manejo sobre su propia

vida y su futuro. A nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos; por último, a nivel conductual, puede mostrarse cierta dificultad para volver a la normalidad en actividades cotidianas. El estado ansioso en el sujeto, lo hace navegar en un mundo de temores, dudas, desasosiegos, e inseguridades, lo que genera dificultades para adaptarse a la vida diaria; de la misma manera cree que cualquier situación, grande o pequeña, le provocará dificultades, esto debido a la instauración de un pensamiento anticipatorio irracional que produce un estado permanente de hipervigilancia. Se da la característica que este tipo de personas no son conscientes de que el desasosiego y la intranquilidad que experimentan resulta excesivo, siendo evidente que tienen dificultad para controlarlo, lo cual provoca un malestar inconsciente y por ende un desgaste laboral, social, familiar, también en otras esferas relevantes a la vida cotidiana. (Ramírez, 2013)

Para llegar hacia el punto de vista que permita identificar el origen de la ansiedad en personas que han sufrido ataques por cualquier tipo de violencia, es necesario comprender el contexto en el cual se desenvuelven, ya que la negación se instaura con relativa facilidad en muchos de los casos, lo cual representa el primer obstáculo para el enfrentamiento y la sanación de las secuelas psicológicas. El aceptar o reconocer la presencia de un problema conlleva echar mano de los recursos personales a disposición para combatir recuerdos y heridas que no sanan después de muchos años evitando buscar alternativas. Si bien un trastorno de ansiedad se hace presente de forma contundente en períodos de profunda indefensión e incapacidad para controlar la generación de síntomas, el trauma constituye la base por la que se destruyen los mecanismos de defensa y vulneran las capacidades e incluso los principios para dejar que una situación de violencia avance sin presentar una reacción. Beck describe como se citó en (Dan J. Stein, Eric Hollander , 2010) que, dentro de los factores causales se encuentran los traumas psicológicos, que son de gran importancia en la influencia de ansiedad, y que abarca desde la etapa del desarrollo, hasta la estructura actual de

los individuos. Un trauma vivido en etapas de crecimiento vulnera a la persona ante nuevas experiencias de impacto, sin embargo, una situación traumática vivida durante la adultez, también va a generar ansiedad consecuente de una elevada activación emocional que genera esquemas individuales específicos.

#### **1.4 Consecuencias por ansiedad en violencia psicológica**

Una vez identificados los efectos por los cuales atraviesa una persona víctima de violencia al generar un cuadro de ansiedad, es importante resaltar que, de los diferentes escenarios de violencia, solo llega a la luz pública un pequeño porcentaje de casos, y son aquellos que se presentan como extremadamente graves, en los que se evidencian lesiones generalmente de tipo físico o sexual que requieren una intervención médica y legal, pero, ¿qué está pasando con el resto? Siguen apareciendo en la dinámica familiar o en las relaciones de pareja, pero de forma disimulada, y aceptada, porque sencillamente se tiene el esquema cognitivo de que golpear, celar, gritar, controlar, prohibir e insultar es parte de demostrar amor. (Vélez, 2015)

Por lo tanto, en este punto es necesario dar relevancia en primer lugar a los abusos no denunciados, dado que se está dejando de lado las víctimas que enfrentan silenciosamente este tipo de maltrato y en segundo lugar, los agravios que no son tangibles u observables públicamente, que son encubiertos por las mismas víctimas, y que causan daños muy graves de tipo psicológico, patrimonial, económico, moral, personal; aquello que afectan la autoestima, el auto concepto, la autoeficacia, la autoimagen, y generan angustia, ira, estrés, inadaptación y en algunos casos trastornos como lo son la depresión, ansiedad, problemas de

personalidad, fobias y malestares de tipo somático, los cuales se verán reflejados tanto a corto, como a largo plazo con algunas enfermedades. (Moreno, 2013 )

La violencia psicológica es catalogada como invisible, ya que las personas que viven un maltrato de este tipo suelen creer que tienen el control de las acciones de su agresor y no se sienten completamente vulneradas por insultos, amenazas o acusaciones. El problema surge cuando existen factores detonantes como problemas de alcohol, sospechas de infidelidades, mal comportamiento, o cuestionamientos hacia la falta de responsabilidad; es en este punto que el motivo para explotar en contra de la víctima se suma a la inconformidad ya demostrada, provocando que se anule cualquier reacción en modo de defensa. Los especialistas en psicología, estiman que esta clase de violencia es una de las más feroces formas de violencia, ya que significa una agresión a la psiquis de la persona. En este sentido, si bien es cierto que un golpe puede dejar marcas visibles, una agresión verbal puede herir mucho más profundo en la razón o juicio de esa persona. Muchas víctimas de maltrato psicológico no son conscientes de que lo son al no asumir que las actuaciones de humillación permanente de su agresor puedan ser un ilícito penal, sino que en muchos casos lo atribuyen a que ése es su carácter normal, o intentan minimizar su trascendencia, pese a lo cual ello va minando la psique de la víctima, que no es consciente de que la permanente actitud de su pareja es la que le produce esa afectación a su bienestar personal y a sus relaciones con los demás. De esta manera se convierte al maltrato psicológico en algo más dañino y perverso que el físico, produciendo un daño interno que es mayor al externo de la víctima, ya que se dificulta la forma de evidenciarlo porque muchas víctimas no saben de sus efectos al no tener impacto inmediato y por ello desestimar su denuncia. (Carmelo Hernández, Vicente Magro, José Cuellar, 2014)

## 1.5 Depresión

Para que una persona víctima de violencia desarrolle un trastorno como la depresión, existen factores precipitantes como vivenciar un contexto marcado por el maltrato y baja calidad de vida, lo que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos, e interfiere significativamente el funcionamiento personal y social del individuo. (Zarragoitía, 2011)

El trastorno depresivo se desarrolla comúnmente por factores de riesgo como baja autoestima, tener familiares consanguíneos con antecedentes depresivos, abuso de sustancias, entre otros; en el caso de las personas víctimas de algún tipo de violencia, el principal factor de riesgo se da por situaciones traumáticas o estresantes, como maltrato físico o abuso sexual, la muerte o la pérdida de un ser querido, una relación difícil o problemas económicos. A pesar de las creencias populares y los mitos, los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente. Una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuyen y desempeñan una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión. (Zarragoitía, 2011)

Al vivenciar una situación de violencia que constantemente se repite, se vulneran los recursos personales como la autoestima, la dignidad, el sentido de pertenencia y en muchos casos la capacidad para encontrar una salida a sus problemas como víctima. Probablemente, la tristeza patológica sea una consecuencia de esta incapacidad para defenderse, pero no hay que olvidar la dificultad que las personas experimentan para contar sus vivencias y sus sentimientos e incluso negar sentirse tristes. Cuando una persona que vive una situación

estresante con signos de profunda tristeza, no logra expresar sus sentimientos, debido a que difícilmente se siente comprendida por otras personas al no encontrar situaciones equivalentes a sus propias vivencias y experiencias, por este motivo alegan que nadie comprende su estado; esta incompreensión se explica cuando las personas en estado melancólico no pueden comunicar su tristeza a otras personas que están pasando por el mismo e incluso peor estado. Las personas en este punto hacen una interpretación fatalista y absoluta de los problemas que les ocurren, pensando que no tienen solución, que no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación y que las consecuencias son inevitables. Además, se culpabilizan de lo que les sucede y piensan que les seguirá pasando siempre. Para entender este comportamiento está la teoría de la depresión por desesperanza, que es uno de los diferentes modelos explicativos dirigidos a intentar proporcionar una explicación al motivo o a los factores que inciden en la aparición de la depresión. Este modelo fue propuesto por Abramson, Metalsky y Alloy, quienes parten de una concepción cognitivista de la depresión semejante pero diferente de la de Aaron Beck. En la teoría de la depresión por desesperanza se establece la existencia de una vulnerabilidad de base que facilitaría que, al afrontar una situación estresante, la persona pueda caer en una depresión al atribuirse la responsabilidad de todo lo negativo y la ausencia en la creencia de poder solucionarlo. (Mimenza, 2021)

## **1.6 Consecuencias depresivas por violencia física y psicológica**

Para determinar el daño que la depresión causa en víctimas de violencia, es necesario identificar el origen de los factores que predisponen a una persona a este trastorno; para ello se debe tomar en cuenta las dificultades que conlleva vivir un ciclo de maltratos que a

menudo se repite en familias disfuncionales, problemas de pareja o bullying en la escuela. Este tipo de contextos adversos impide un normal desarrollo personal y familiar, truncando objetivos y generando resentimiento que puede llegar a deprimir a la persona con percepciones como pensar que no cuenta con nadie o que su propia familia está en su contra. Para explicar este origen y sus consecuencias (Gina Cárdenas y Luis Polo, 2018) realizaron una investigación en donde determinan un ciclo llamado “Ciclo Intergeneracional de la Violencia”, donde describen que “la agresividad o victimización que se observa en el hogar, pasa de padres a hijos, transmitiendo y perpetuando la violencia de una generación a otra”.

Siguiendo en la línea de un ciclo de violencia causante de los signos depresivos, las consecuencias de la exposición constante, sobre todo en etapas de desarrollo se torna como determinante en la aparición de conflictos personales y posteriormente familiares que llegan a polarizar la consciencia de quien fue víctima de violencia y a generar que el círculo se repita con su propia familia. Este patrón fue descrito por (Oram, Howard, Louise M, Galley y Trevillion, 2013) en su investigación, en la cual afirman que “la violencia doméstica se ha relacionado con muchos trastornos mentales, incluyendo ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos de la alimentación y psicosis”.

Las secuelas de la violencia física y psicológica perjudican significativamente el bienestar emocional, y estos pueden perdurar durante el resto de la vida si no se intervienen a tiempo, impidiendo el desarrollo personal y social, provocando dificultades psíquicas como el trastorno de estrés postraumático, inadaptación y depresión. (Ocampo, Elena, Amar y José, 2011).

Una persona que ha vivenciado etapas de maltrato en su vida, tiende a repetir conductas agresivas con sus cercanos; este comportamiento no es del todo consciente y provoca el desahogo constante. Si bien estas vivencias no justifican el comportamiento violento, si

explican la predominancia de una profunda confusión y desvalorización de sí misma, que lleva a repetir comportamientos padecidos desde los orígenes de su infancia. Se trata de una percepción patológica que se proyecta en su realidad al no sentirse valorizado por nadie. La diferencia es que el violento pudo proyectar hacia fuera, un ser como el que causó sus traumas, convirtiéndose en un personaje desvalorizado y despótico que irá en búsqueda de su presa. (Britti, La violencia en la Conyugabilidad. , 2011)

### **Conclusiones del capítulo**

Como conclusiones de este capítulo se puede determinar que las alteraciones psicológicas seleccionadas para evidenciar las consecuencias que atraviesan las personas víctimas de violencia, reflejan un impacto multifactorial que desencadena un conjunto de síntomas que como veremos más adelante, muchas de las personas que han sufrido de vivencias violentas dentro de su propio hogar, prefieren no pedir ayuda y evitan tratar su malestar; esta constante es una problemática silenciosa, ya que vivir con sentimientos de culpa, abandono, inferioridad, e incluso de pérdida en el interés por vivir, va a repercutir en comportamientos erráticos causantes de mayores conflictos. Si bien los efectos de un suceso traumático varían en intensidad y frecuencia para cada paciente, este capítulo demuestra que la exposición a cualquier tipo de violencia puede repercutir en distintas alteraciones con las que la víctima puede convivir si su sintomatología es leve pero que, en casos como los clasificados para esta investigación se reflejan en la generación de trastornos.

## **Capítulo II: Tipos de violencia para el estudio y sus consecuencias**

El segundo capítulo de este trabajo de investigación se centra en diferenciar los principales tipos de violencia que se registran con mayor frecuencia en el centro de salud Uncovía, con la finalidad de evidenciar la incidencia que estos conflictos causan en la vida de las víctimas que acuden a atención médica y psicológica. El contexto social y geográfico en donde se encuentra el centro de salud Uncovía, genera una tendencia que puede llegar a convertirse en factor común para la mayoría de casos de violencia; y es que factores como la mala situación económica, falta de educación o ser parte familias disfuncionales, forman parte de la base en donde se asientan los hechos violentos que llevan al agresor a actuar en contra de su propia sangre. Es por este motivo que la evaluación clínica debe tomar en consideración las experiencias vicarias de violencia, especialmente en contextos de exclusión social. Debe prestarse especial atención a los barrios desfavorecidos, donde son más probables este tipo de problemas, lo cual aumenta la probabilidad no sólo de ser víctima directa sino de ser testigo de incidentes violentos o incluso estar expuesto a la normalización de la violencia. (Javdani, S., Abdul-Adil, J., Suarez, L., Nichols, S.R., Farmer, A.D., 2014)

### **2.1 Violencia de género**

La violencia de género es un problema recurrente que surge a partir de la denigración y sumisión ejercida sobre una persona en condición de indefensión y vulnerabilidad generada por su rol, lo cual atenta a su identidad como parte de un sector al que pertenece, que, en la

mayoría de casos, es el sexo femenino, personas de orientaciones homosexuales, bisexuales, asexuales, transexuales entre otros. Si bien la lucha constante de este sector ha logrado avances en su reconocimiento y su participación en comunidades y trabajos, en contextos como el que se encuentra el centro de salud Uncovia, la falta de identidad de estas personas, produce conflictos constantes con la sociedad que cuenta con estereotipos marcados, y formas de pensar que influyen en la desvalorización del género minoritario. La identidad de género determina la conciencia y sentimientos íntimos de ser hombre, mujer, masculino, femenino o ambivalente. El rol de género se refiere a las normas de conducta que una sociedad concreta asigna a determinadas personas y cómo ellas asumen y expresan esas asignaciones en su vida cotidiana. Los estereotipos de género constituyen simplificaciones e ideas preestablecidas, socialmente generados, se generalizan y atribuyen a las personas por el hecho de pertenecer a uno u otro sexo. (Yaima Guitiérrez, Enrique Hernández, Vicente Hernández , 2016)

El odio y repudio existente se caracteriza por la presencia de estructuras rígidas, que pueden ser prejuicios con los que esta identidad de género choca en nuestra sociedad. Estas estructuras están dadas por sectores como la iglesia, la educación dentro y fuera del hogar y la cultura en general; crecemos en un mundo en el cual tenemos la firme creencia de que un hombre y una mujer es la única ecuación funcional y simbiótica, y no damos paso a las personas que a pesar de sentirse diferentes y tener pensamientos diferentes, tengan la capacidad de elegir y ser parte de una sociedad. De acuerdo con el Informe Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales en América de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH-OEA, 2015), la violencia contra las personas LGBTI se puede calificar como una violencia de género, motivada por prejuicio. Independientemente de qué tipo de violencia sea ejercida sobre una persona con identidad de

género distinta, el hecho de que existan prejuicios o calificativos que denigren la integridad y eliminen el respeto por su forma de pensar y actuar, constituye el punto de partida para que un agresor se aproveche de su supuesta superioridad. Esta superioridad es la causante de la violencia por motivos de género que es una práctica estructural que viola contra los derechos y libertades de una persona mediante todo tipo de discriminación, agresión, hostigamiento o degradación de su identidad de género u orientación sexual.

Muchos de los casos que se presentan ante la justicia, llegan a tener repercusión debido a la evidencia que se presenta por las lesiones físicas provocadas por el abuso de los agresores. El maltrato físico deja secuelas evidentes, pero ¿qué pasa con los otros efectos de la violencia de género y el deterioro emocional que sufre la víctima durante la relación e incluso tiempo después de haber roto con la situación de violencia a la que se ve sometida? Desde el punto de vista de la salud mental de la víctima, la exposición a una violencia o abuso emocional continuo, aun cuando no exista violencia física, provoca consecuencias muy graves y requieren de tratamiento terapéutico adecuado para superarlas. (Alonso, 2019)

## **2.2 Violencia psicológica**

Con el objetivo de evidenciar el impacto de la violencia psicológica en las personas víctimas de este tipo de maltrato, es necesario definirla con claridad; se considera violencia psicológica a toda agresión recibida mediante la vía verbal sin la intervención de contacto físico entre el agresor y la víctima. Los medios por los cuales se produce y se ejerce son de suma importancia, ya que es difícil comprobar con facilidad el acoso, las burlas, las

amenazas, los insultos, las faltas de respeto, o las denigraciones. Estas agresiones verbales ocasionan daño en la víctima a nivel emocional y pueden darse en todos los ámbitos: familiar, escolar, social, o laboral. Además, en muchas ocasiones este tipo de violencia puede empezar de forma sutil e ir incidiendo poco a poco en la persona, de forma que esta no percibe el daño real hasta que ya se encuentra bajo el control del otro de forma dependiente, con miedo, con coacción. (Fernández, 2020)

Tomando como base la pandemia por la cual ha atravesado el Ecuador, se puede denotar el incremento exponencial de este tipo de violencia, lo cual demuestra la existencia de este problema de interés público, ya que se evidenció mediante el contexto desfavorable de las víctimas, que, al encontrarse en constante contacto con sus agresores debido a el aislamiento, se produjo un estrés insoportable que obligó a pedir ayuda. Las víctimas de violencia psicológica, durante los meses de la emergencia sanitaria, se cuentan por miles. Datos de la Fiscalía muestran que, desde el 16 de marzo, fecha que se declaró el estado de excepción en el país, hasta el 14 de septiembre del 2020, en Ecuador hubo 11 323 reportes de agresiones psicológicas. Esa cifra es superior a las denuncias por violencia física. (Medina, 2020)

Las personas que sufren de este tipo de violencia, no solo enfrentan las agresiones verbales, amenazas, humillaciones o el desprecio de sus agresores, sino que también luchan silenciosamente con ellas mismas, ya que se culpabilizan e incluso llegan a creer que merecen este tipo de maltrato. La violencia psicológica implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre la víctima. La víctima no se da cuenta hasta que el abuso, la manipulación y el maltrato se han instaurado crónicamente en la relación. Por lo general la toma de conciencia y la búsqueda de ayuda llegan cuando la

autoestima ya se encuentra disminuida y gravemente lesionada. (Yaima Guitiérrez, Enrique Hernández, Vicente Hernández , 2016)

### **2.3 Violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar es un problema de carácter social, que constituye el origen de los problemas que las personas suelen presentar en ambientes externos al venir de familias disfuncionales y de años de maltratos y negligencias; estos problemas surgen en consecuencia al maltrato, e incluso al abandono, que, sumado a la ausencia de reglas y límites, ocasiona un descarrilamiento de sus miembros. Se considera un problema de interés social por las repercusiones que pueden llegar a tener sus víctimas al sufrir la desestructuración de sus familias y caer en la delincuencia, la drogadicción, la prostitución, el desempleo o la pobreza que lleva a estas personas a coexistir en un mundo desfavorable desde su niñez. Sin embargo, los sectores desfavorecidos económica o educacionalmente no son exclusivos de la violencia intrafamiliar, ya que también se presenta en contextos con los medios idóneos para el desarrollo normal que terminan por desestabilizarse desde el núcleo familiar por diversas razones. Este tipo de violencia se expresa en todo acto que causa perjuicio o sufrimiento a una o varias personas en el ámbito familiar y en muchas ocasiones los medios externos como malas influencias, familia no nuclear conflictiva, o terceros que afectan la convivencia y la confianza como amantes; este tipo de medios colaboran con el fortalecimiento de actitudes negativas que van convirtiendo al hogar en el núcleo de las

peleas, discusiones y desacuerdos continuos que llevan al maltrato y posterior resentimiento social.

Cualquier persona puede ser víctima de violencia intrafamiliar, no importa el estatus social, económico, raza, edad y otros factores como ser mujeres, niños, niñas, ancianos, ancianas, discapacitados y en algunos casos hombres adultos. Hacer sufrir a otros, sobre todo a mujeres, niños y niñas, en su integridad física y/o moral ha sido una constante conocida en lo más íntimo, más querido y seguro: el entorno familiar. Es un hecho comprobado que los padres y las madres marcan para siempre la existencia de sus hijos e hijas, gracias a lo determinante que resulta tanto lo que hagan como lo que dejen de hacer las personas llamadas a cuidarles, amarles y orientarles en la vida. (Rivera, 2017)

Para la persona víctima de la violencia, la percepción del mundo real es casi inexistente. El suyo es un mundo de aturdimiento y dolor. No dispone de un yo que logre enfrentar dicha realidad para poder actuar con ella en su beneficio. Sus conductas son frágiles e infantiles porque están en concordancia con la regresión que sufre el yo en estos vínculos. El contexto se les presenta enturbiado por la intoxicación que sufren en el seno del grupo familiar. Desde la crianza ha sido formada su personalidad como parte de un clan dentro del cual no se permiten las diferencias individuales, por lo tanto, todos deben tener una percepción idéntica de la realidad. Esta constitución de un contexto nocivo le impide encontrarse a sí misma y asumir el sentimiento de sí y la subjetividad. Son familias en las cuales no está determinada la subjetividad de sus miembros, son como pedazos uno del otro: pueden tomar la posición de objeto, ayudante o asistente del otro, pero no se insertan como protagonistas de una vida plena y pensada para sí mismos. (Britti, La violencia en la conyugalidad, 2011)

El impacto de este tipo de violencia afecta a todos los miembros del hogar, independientemente de cómo se perciba desde un punto de vista externo que suele señalar al agresor sin contemplaciones. Para dimensionar ese impacto, es necesario identificar la vulnerabilidad de las víctimas, y su incapacidad de defenderse o luchar ante vivencias desfavorables. Es por este motivo que las víctimas de violencia intrafamiliar al encontrarse en etapas de desarrollo, generan un mayor riesgo de secuelas o alteraciones psicológicas. Si bien toda violencia contra los niños, niñas y adolescentes origina secuelas importantes cuando el menosprecio y el irrespeto se producen en la casa, la marca es más grave por el origen, por la importancia afectiva del agresor o agresora, lo cual, entre otras consecuencias para la salud física y/o mental, revierte en una baja autoestima que les transforma en personas vulnerables frente a las agresiones en otros ámbitos; dicho de otra manera, si los progenitores respetan a su hijo o hija, es poco probable, por ejemplo, que estos permitan que en la escuela se les castigue. (Eljach, 2011)

## **2.4 Violencia sexual**

Este tipo de violencia se ejerce en contacto físico coital no consensuado y abarca actos como el acoso verbal y la penetración forzada que se aplica por la intimidación a la fuerza física. Un hecho de violencia sexual puede ser cometido por uno o varios individuos mediante coerción, amenaza o sorpresa, es decir sin el consentimiento de la víctima. Los abusos sexuales son graves, y pueden compararse con las torturas, ya que está entre la violencia más destructiva y la menos denunciada.

En la mayoría de los casos predomina el silencio de los abusos, que son cometidos muy frecuentemente por personas cercanas y sobre menores de edad. La violencia sexual tiene las consecuencias más durables e importantes sobre la salud psíquica y física; pueden hacer correr un riesgo vital en las víctimas, que muchas veces atentan con su propia vida en consecuencia por las secuelas que dejan estos sucesos. Los abusos sexuales forman parte de los traumas que da origen a un alto porcentaje de trastornos psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático. Estos trastornos generados pueden durar de meses hasta años, o toda la vida de no ser atendidos apropiadamente. Además, los abusos sexuales tienen un impacto en la personalidad, sobre la vida social, escolar, profesional, personal, familiar y, sobre todo, amorosa. (R&A Psicólogos , 2021)

Uno de los problemas más grandes en torno a la violencia sexual, es su normalización, tal y como argumentó (Maldonado, 2011) en su trabajo de tesis: “la normalización del abuso sexual es descrita como un efecto que se produce cuando la situación abusiva no ha sido interrumpida por la intervención de algún adulto cercano a la víctima que señale la prohibición que recae sobre estos actos y que además indique que no deben ser permitidos ni aceptados bajo ninguna excepción; esto asociado con el silencio que la víctima es inducida a guardar, en la mayor parte de los casos, con el tiempo de duración de los abusos sexuales, con la edad y etapa de desarrollo de la víctima y con la información por parte de los medios de comunicación, la llevan a valerse de ciertos mecanismos de defensa como la negación, la disociación y la identificación con el agresor para soportar el dolor y la confusión que vive al ser abusada sexualmente lo que la conduce a su vez a normalizar este evento, es decir, percibirlo como una experiencia habitual”. Las consecuencias de la normalización del abuso sexual le dificultan a la víctima crear relaciones sociales, sentirse parte de una realidad compartida con quienes la rodean, y vivir una sexualidad sana y segura.

En Ecuador, muchas familias constituyen, lamentablemente, espacios, ambientes generadores y perpetradores de violencia contra niñas, niños y adolescentes mujeres y hombres. También, en esta condición puede ubicarse a numerosas instituciones educativas cuyos estudiantes se encuentran con ambientes inseguros. Tanto en familias como en escuelas se ha fraguado con el paso de los años “una cultura de violencia”, al reproducir determinados patrones de comportamiento, pautas de crianza, formas de educar y disciplinar a los hijos e hijas, y prácticas de discriminación en cuya vigencia se sostienen diversas formas de violencia, y disparan algunas de ellas el cometimiento de delitos de violencia sexual. (Hernández, 2018)

Es en este punto que recae la importancia de evidenciar los efectos que este tipo de violencia causa en sus víctimas, ya que su detección temprana ayudará a que las secuelas puedan ser tratadas. En el 90% de las veces, el abuso sexual inicia con un acercamiento del agresor, que intenta crear un ambiente de confianza, por lo cual las víctimas carecen de lesiones o marcas, ya que el agresor se acerca de modo “amoroso” y “afable” (factor que aumenta la confusión de la víctima). Posterior a generar este vínculo, el abusador instaura el secreto, la amenaza, la intimidación y la vergüenza para que la víctima no diga nada, calle. (Hernández, 2018)

Para determinar cuál es el camino adecuado a tomar por un especialista con éstas víctimas, el abordaje debe ser multidisciplinario, pues rara vez las víctimas expresan su temor o sus dudas con palabras, porque temen que no les crean o recibir castigos, elemento que el abusador aprovecha para presionarle si siente que lo puede delatar. Sin embargo, hay signos que apuntan al abuso en cualquier edad: trastornos del sueño, enuresis (orinarse en la cama), temores nocturnos, aislamiento, melancolía, rechazo al propio cuerpo e incluso consumo de drogas o alcohol e instinto suicida. (Dávila, 2021)

Para lograr una mayor comprensión sobre estos casos multifactoriales, es necesario plantarse puntos de vista estratégicos sobre incógnitas como el porqué del silencio de las víctimas, que, a pesar de vivir experiencias traumáticas, esconden su sintomatología. Es así que para explicar este comportamiento que se evidencia en este tipo de violencia, es importante mencionar el Síndrome de Estocolmo, que es un cuadro psicológico en que la víctima establece lazos emocionales con su victimario y decide protegerlo a pesar del daño recibido. Se da sobre todo cuando el ejercicio de poder se prolonga mucho tiempo y el agresor hace ver que es una víctima necesitada de compasión. (Dávila, 2021)

### **Conclusiones del capítulo**

La selección de alteraciones psicológicas que incluye este capítulo se basan en el número de casos que el departamento de psicología de centro de salud Uncovia presentó en los períodos septiembre-febrero del año 2020 y el periodo agosto-noviembre del 2021. En primer lugar, la etapa de evaluación cuantitativa reflejó el incremento de casos en violencia con respecto al área de intervención del centro de salud, el cual recibe pacientes enviados por la junta cantonal producto de disputas familiares y hechos violentos como agresiones sexuales. Posteriormente, para la selección de tipos de violencia que incluye este capítulo, se realizó la evaluación cualitativa que determinó la importancia de esta investigación al evidenciar el impacto que cada experiencia traumática causa en sus víctimas. El principal objetivo de este capítulo es el realizar una aproximación hacia los datos conclusivos de este trabajo investigativo, ya que cada ítem representa una base teórica que debe ser respaldada mediante estudios cuantitativos, los cuales pueden ser mejor comprendidos si se resalta lo que incluye esta sección.

### **Capítulo III: Metodología**

Dentro de este tercer capítulo se especificará el método empleado para la obtención de resultados que lleven a esta investigación a cumplir con los objetivos planteados y determinar la fiabilidad de los instrumentos seleccionados que se emplearon en la muestra seleccionada de pacientes. Para evidenciar si los resultados obtenidos fueron de total utilidad, se planteó un objetivo general a evidenciar como el factor común en todas las víctimas de violencia. En cuanto a los objetivos específicos, se determinó una herramienta para cumplir con cada uno de ellos. Para el primer objetivo específico, se empleará el inventario de síntomas de Derogatis, el cual, dependiendo del contexto de la experiencia de la víctima, el tiempo transcurrido desde el suceso, y sus mecanismos de defensa, determinará qué tipo de alteración psicológica predominará mediante la apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Para el segundo objetivo específico, se empleará la escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por el clínico, el cual consta de 30 ítems que evalúan cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-V. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre los actos cometidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización. Sumado a este instrumento, se empleará una entrevista estructurada que evalúe la presencia del trastorno por estrés postraumático mediante 15 preguntas de respuestas dicotómicas que otorguen una aproximación diagnóstica.

Objetivo general:

- Evidenciar el daño psicológico en víctimas de violencia presentados en el centro Uncovia.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de daño psicológico que presentan las víctimas de violencia
- Evidenciar la posible presencia del trastorno de estrés post traumático en víctimas de violencia presentadas en el centro Uncovia.
- Determinar qué población es la que presenta mayor daño psicológico en víctimas de violencia presentadas en el centro Uncovia.
- Socializar los resultados en el centro de Salud Uncovia.
- Presentar un plan de prevención

Tipo de investigación

Esta investigación es no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo prospectivo; y con un alcance descriptivo.

Población

Se calculará una muestra representativa de pacientes víctimas de violencia con un rango de edad de 12 a 40 años que soliciten asistencia psicológica en el centro de salud Uncovia y que deseen participar en la investigación dentro del austro ecuatoriano. Este rango de edad

fue seleccionado ya que brindará al estudio la posibilidad de evaluar a pacientes que solicitan atención por diversas causas, oportunidad que enriquecería los datos, dado que el estudio supone una aproximación poco investigada.

#### Criterios de inclusión

- Víctimas de violencia flagrante con un rango de edad de 12 a 40 años
- Funciones sensorio-perceptivas conservadas
- Pacientes que deseen participar en la investigación

#### Criterios de exclusión

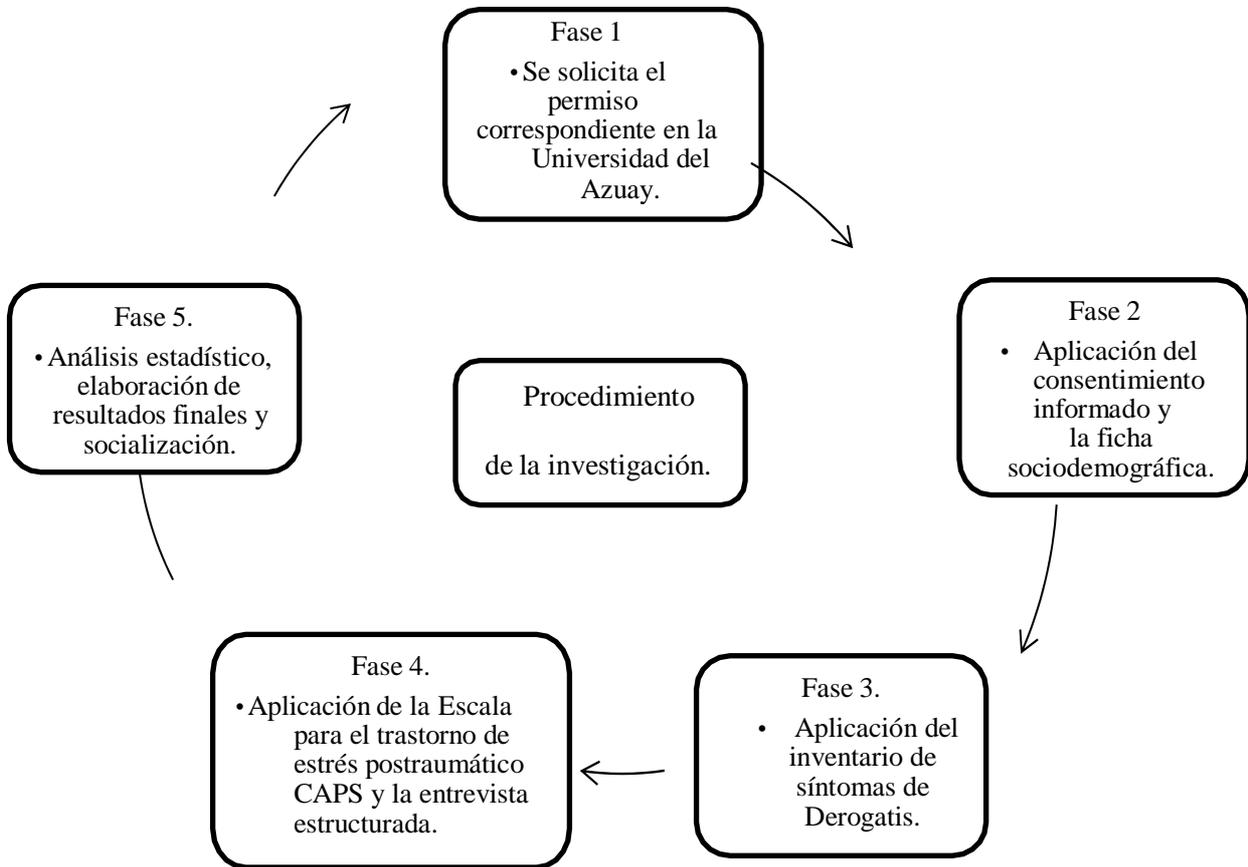
- Pacientes con funciones sensorio-perceptivas alteradas
- Pacientes fuera del rango de edad establecido
- Pacientes con proceso judicial abierto
- Pacientes con historia clínica que cumplen con seguimiento periódico en el centro de Salud

#### Uncovia

- Otros pacientes que no sean víctimas de violencia

### **3.1 Aplicación de entrevistas y escalas**

Procedimiento:



*Figura 2: Procedimiento de la investigación*

En primer lugar, se solicitó un documento a la Universidad del Azuay, que certifique la realización del trabajo investigativo en modalidad de campo, con la finalidad de realizar encuestas a 20 pacientes víctimas de violencia del centro de salud Uncovía. Una vez

obtenido el aval de la universidad, se realizó un oficio dirigido al departamento de psicología del centro de salud Uncovía, que permitió la acreditación para la intervención con los pacientes que accedan a formar parte de la muestra.

A continuación, se organizó el proceso de recolección de información de pacientes diferenciales en violencia con los cuales se socializó los objetivos de la investigación y el consentimiento informado para que cuenten con la confidencialidad necesaria para esta investigación y aprueben el estudio; de igual manera se aplicó la ficha sociodemográfica que permitió caracterizar los tipos de pacientes con mayor repercusión y predisposición a generar daño psicológico.

En tercer lugar, se aplicó el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]), con la finalidad de detectar la sintomatología y malestar psicológico general.

En cuarto lugar, se aplicó la entrevista estructurada y la escala para el trastorno de estrés postraumático CAPS, con la finalidad de descartar la presencia del mismo en base a uno de los objetivos planteados de la investigación.

Para el quinto paso, se presentará un plan de prevención que incentive a las personas víctimas de violencia a buscar una intervención psicológica integral antes de la aparición de secuelas. Los resultados de esta investigación serán facilitados al centro de salud Uncovia y a los participantes si así lo requieren. Finalmente, para el procesamiento estadístico de toda la información recolectada por las encuestas se empleará el software SPSS, un formato capaz de analizar los datos obtenidos y generar resultados mediante la creación de tablas y gráficas. Una vez que las encuestas han sido subidas y procesadas por el sistema, SPSS proporcionará resultados completos que arrojarán datos clave y permitirán sacar

conclusiones en base al cumplimiento de los objetivos y preguntas de investigación planteadas.

### **3.2 Obtención de Datos**

Para la presentación con los pacientes seleccionados en la toma de contacto, se otorgó un documento en el cual los participantes dieron su aprobación a participar en esta encuesta, mediante un consentimiento informado que denota la confidencialidad de los datos otorgados y la finalidad del trabajo con objetivos investigativos que sirvan para mejorar la atención en salud mental a las personas que han sufrido o sufren de una situación de violencia de cualquier tipo. Si bien la cuarta parte de los participantes otorgó sus datos personales como nombres, dirección, u ocupación, este tipo de datos fueron desestimados por el resto de participantes que prefirieron solo incluir sus experiencias y la sintomatología.

Una vez obtenida la confianza y fiabilidad para otorgar respuestas de los pacientes, se continuó con el procedimiento para la primera obtención de datos, en el cual se empleó una ficha sociodemográfica que incluye datos como, edad, sexo, nivel académico, número de convivientes, situación laboral, estado civil, y aspectos relacionados con el contagio por covid 19, con la finalidad de determinar qué tipo de pacientes presentan más vulnerabilidad a sufrir alteraciones psicológicas por violencia como el trastorno por estrés postraumático.

Para cumplir uno de los objetivos que es determinar el tipo de alteración cognitiva, se aplicó el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado [SCL-90-R], el cual es un instrumento de auto informe desarrollado por Leonard Derogatis, que sirve para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el evaluado debió indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Para responder a la presencia de sintomatología se capacitó a los participantes, los cuales tuvieron que responder a cada ítem con 5 posibles respuestas que van desde nada, muy poco, poco, bastante, mucho; cabe recalcar que les indicó la no obligatoriedad de respuesta a los 90 ítems, solo los que crean pertinentes. Una vez obtenidas todas las respuestas, el evaluador procede a llenar la hoja de evaluación e interpretación del intervalo, en donde se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones que evalúa el inventario: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Posterior a esto se suman los valores asignados a cada ítem y se divide ese total por el número de ítems respondidos. Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (media=50 y D.T =10); se considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65 y una puntuación igual a superior a 80, se considera como indicativa de presencia en patología severa.

La presencia del trastorno de estrés postraumático, suele ser la causa de la sintomatología presente en víctimas de violencia, de tal manera que para indagar sobre las secuelas que deja un suceso traumático, se empleó la escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por Clinician Administered PTSD Scale, CAPS. Esta escala evalúa la

frecuencia y gravedad de los síntomas de este trastorno. Para la aplicación se instruyó a los participantes, que tuvieron que responder los 30 ítems con los que consta este instrumento que evalúan cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre los actos cometidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización. Cada uno de los ítems consta de niveles, tanto de intensidad como de frecuencia, en los cuales el participante elegirá una por cada rango y si cree necesario, lo describirá. La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva: cuantitativa, asignando una puntuación determinada, y categorial, valorando si el síntoma se encuentra o no presente.

Para la evaluación cuantitativa, el evaluador ha de puntuar separadamente la frecuencia y la intensidad de cada síntoma. Para ello dispone de una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operativos claramente especificados. Para determinar si el síntoma está o no presente, el entrevistador tendrá en cuenta las puntuaciones de frecuencia e intensidad que haya recibido ese síntoma, tomando en cuenta que para que se cumpla debe existir una puntuación de al menos 1 en frecuencia y 2 en intensidad. El marco de referencia temporal para la evaluación es doble: en el momento actual y a lo largo de la vida. Si no se cumplen los criterios para el diagnóstico del TEPT actual, el entrevistador ha de determinar cuál fue el peor mes, en cuanto a síntomas, desde que ocurrió el acontecimiento traumático, y éste será el período de la vida que se debe evaluar. Para cada síntoma se suman las puntuaciones de frecuencia o intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que puede oscilar entre 0 y 8. La suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios diagnósticos, proporciona las puntuaciones de cada uno de los criterios sintomatológicos del TEPT: re-experimentación, evitación y embotamiento, e híper

activación. Finalmente, la suma de los 17 síntomas obtiene una puntuación total de gravedad del cuadro, que puede oscilar entre 0 y 136. El punto de corte recomendado por los autores es de 65.

Para la evaluación categorial, se determina si la sintomatología presente cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Así, para que el diagnóstico esté presente necesita de al menos un síntoma del criterio B, 3 síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes durante al menos 1 mes, y la presencia actual o en el curso vital de angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante (puntuación al menos de 2).

Sumado a esto se empleará una entrevista estructurada del Trastorno de Estrés Postraumático, que brindará la posibilidad de recoger indicios claros sobre la presencia de estrés postraumático que se ven reflejados a partir del acierto en 8 de los 15 criterios presentados mediante preguntas claras y objetivas.

### 3.3 Análisis Estadístico

#### 3.3.1 Ficha Sociodemográfica

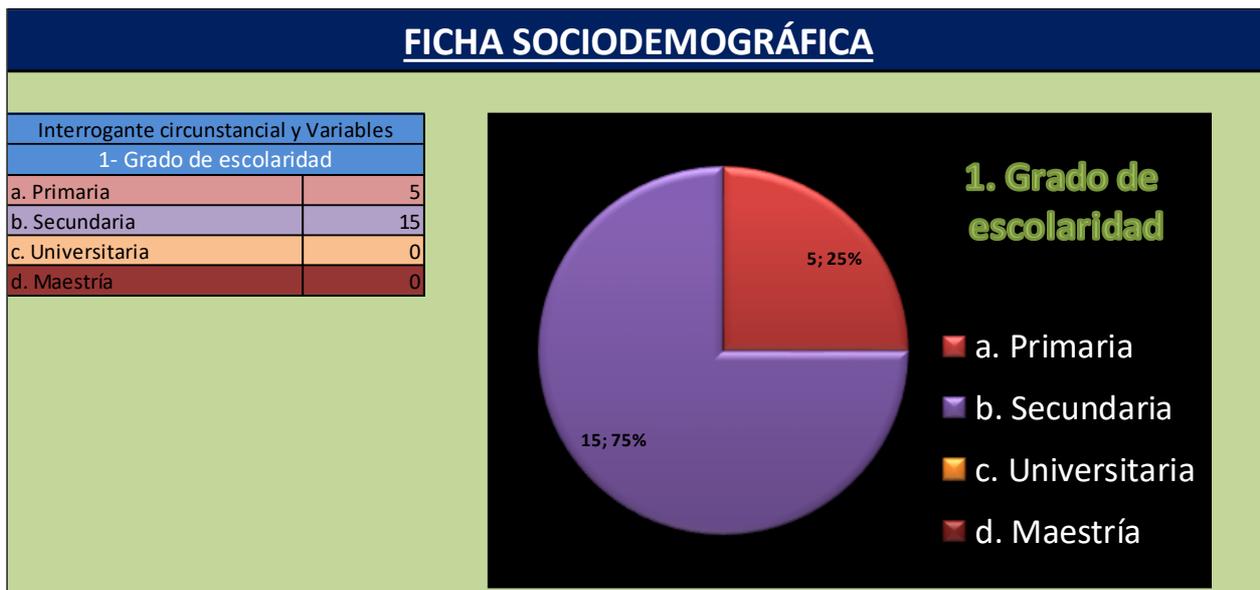


Figura 3: Ficha Sociodemográfica 1

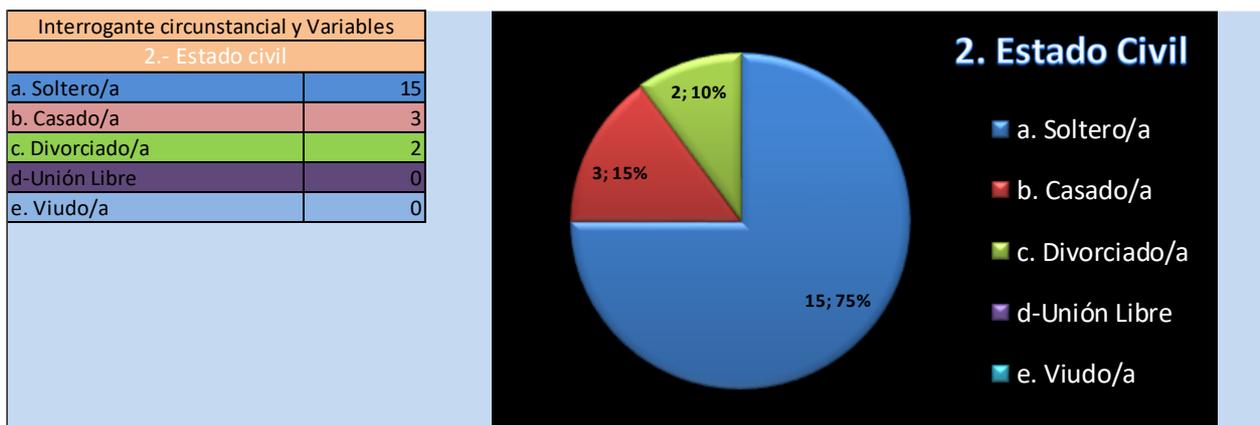


Figura 4: Ficha Sociodemográfica 2

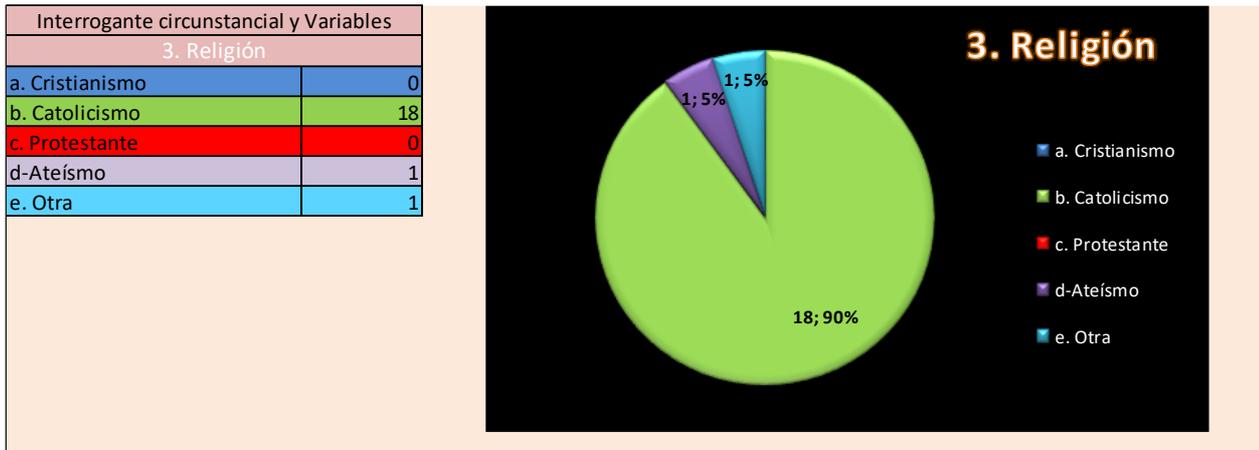


Figura 5: Ficha Sociodemográfica 3

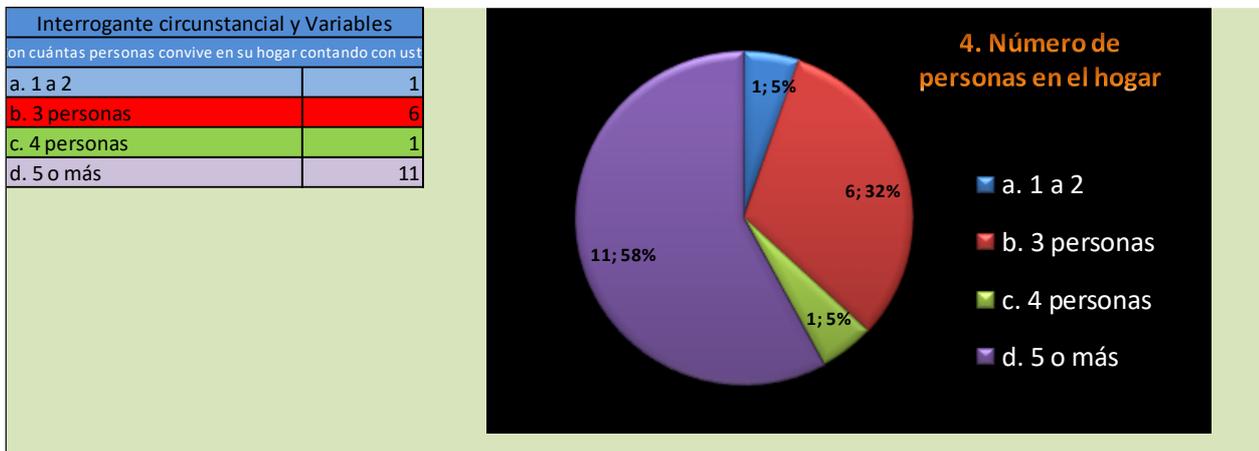


Figura 6: Ficha Sociodemográfica 4

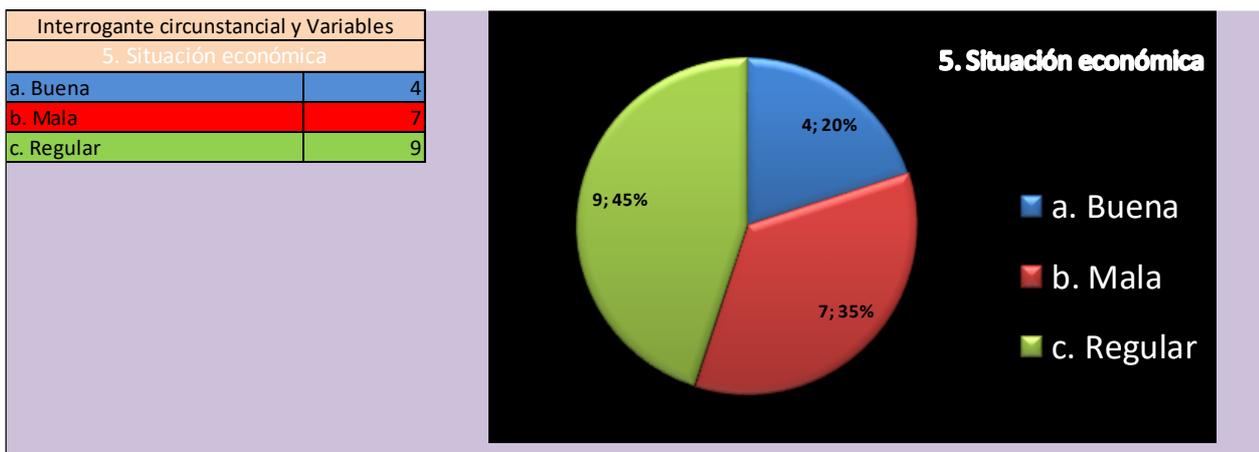


Figura 7: Ficha Sociodemográfica 5

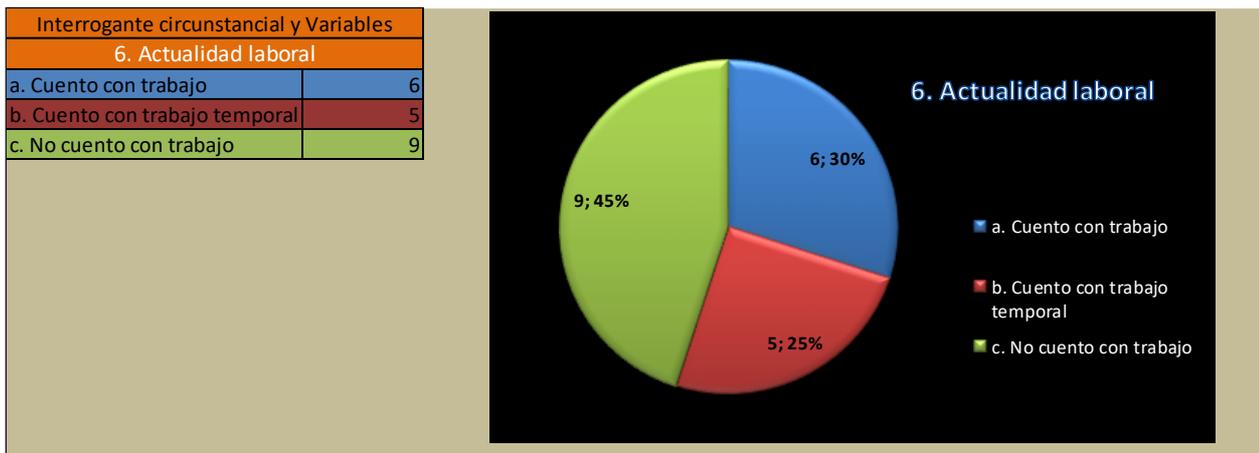


Figura 8: Ficha Sociodemográfica 6

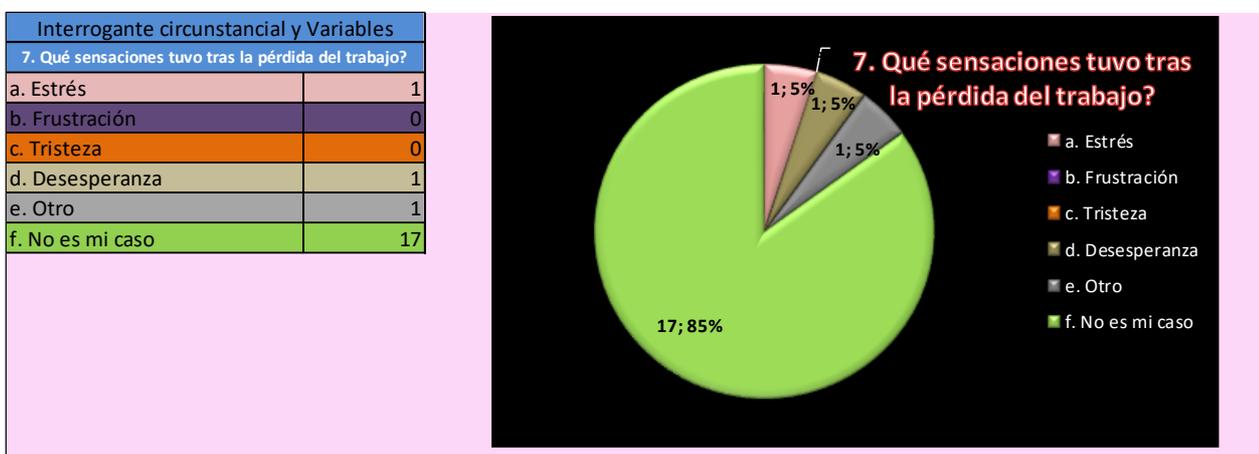


Figura 9: Ficha Sociodemográfica 7

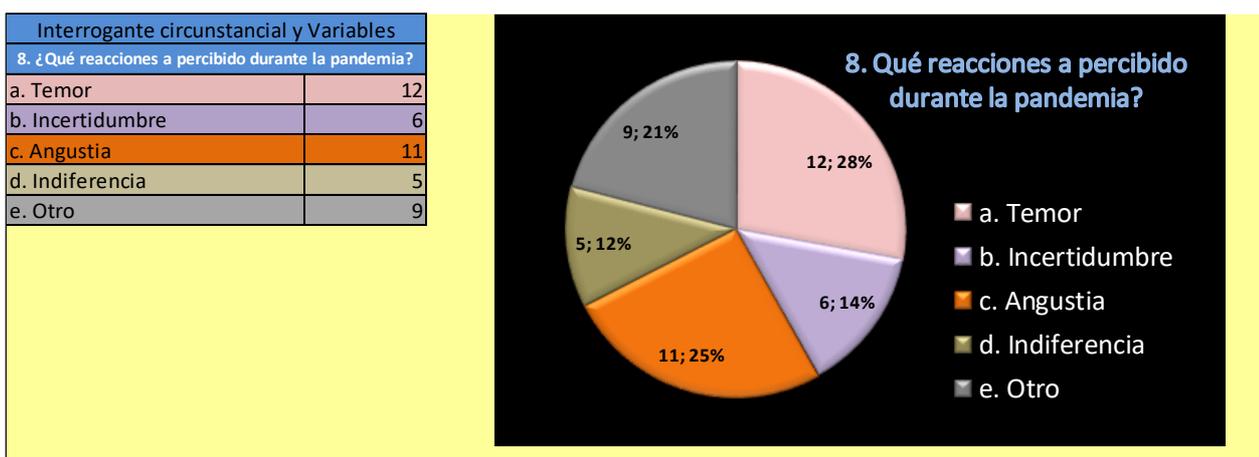


Figura 10: Ficha Sociodemográfica 8

Interrogante circunstancial y Variables	
9. ¿Ha padecido de COVID 19?	
a. Si	16
b. No	2
c. no estoy seguro	2

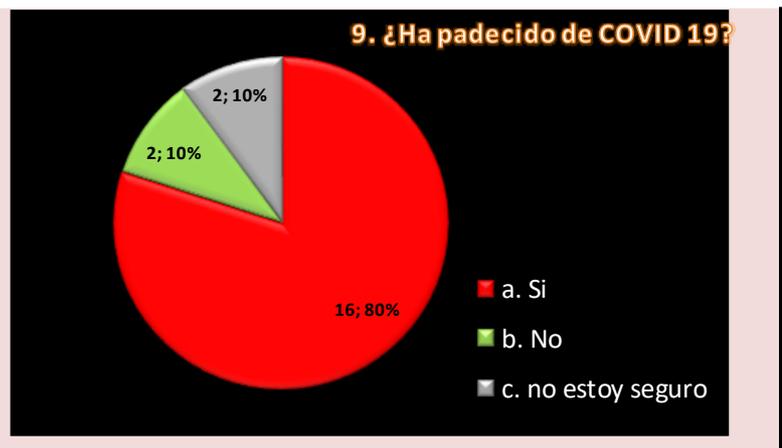


Figura 11: Ficha Sociodemográfica 9

Interrogante circunstancial y Variables	
10. ¿Qué sensaciones percibió durante el período de recuperación?	
a. Ansiedad	6
b. Desesperación	5
c. Temor	8
d. Indiferencia	1
e. Otro	4
f. No he estado en aislamiento	6

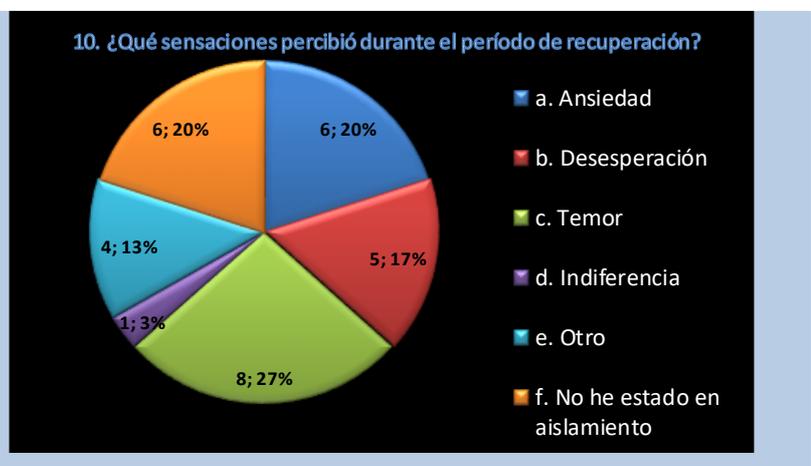


Figura 12: Ficha Sociodemográfica 10

Interrogante circunstancial y Variables	
11. ¿Cómo tomó la familia el aislamiento domiciliario?	
a. Se manejó de forma ordenada y con medidas de protección?	7
b. Se manejó desordenada y sin medidas de protección?	8
c. No se ha manejado el aislamiento	5

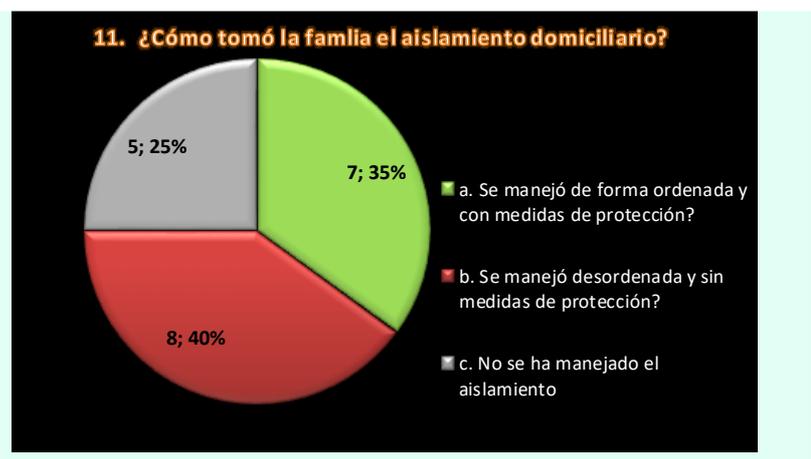


Figura 13: Ficha Sociodemográfica 11



Figura 14: Ficha Sociodemográfica 12

### 3.3.2 Inventario de síntomas SCL 90-R

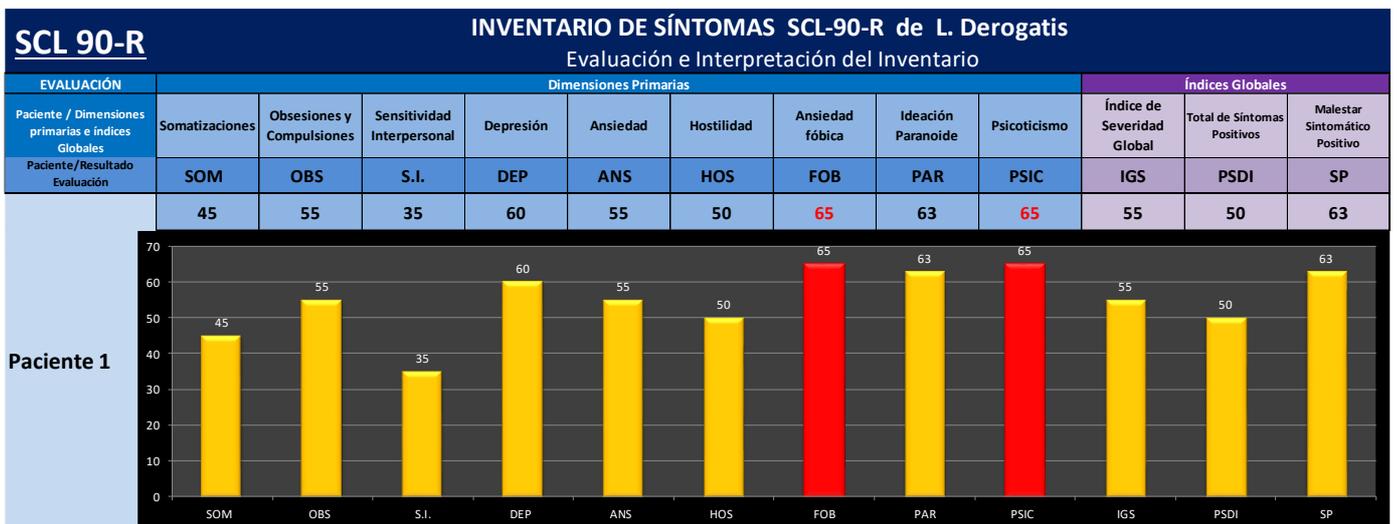


Figura 15: Paciente 1 SCL-90-R

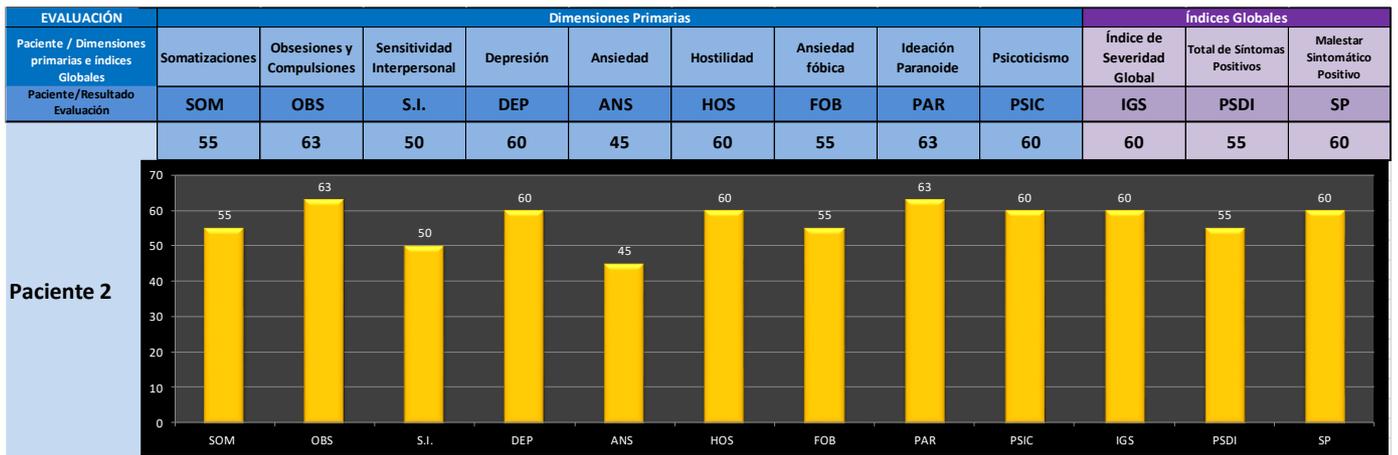


Figura 16: Paciente 2 SCL-90-R

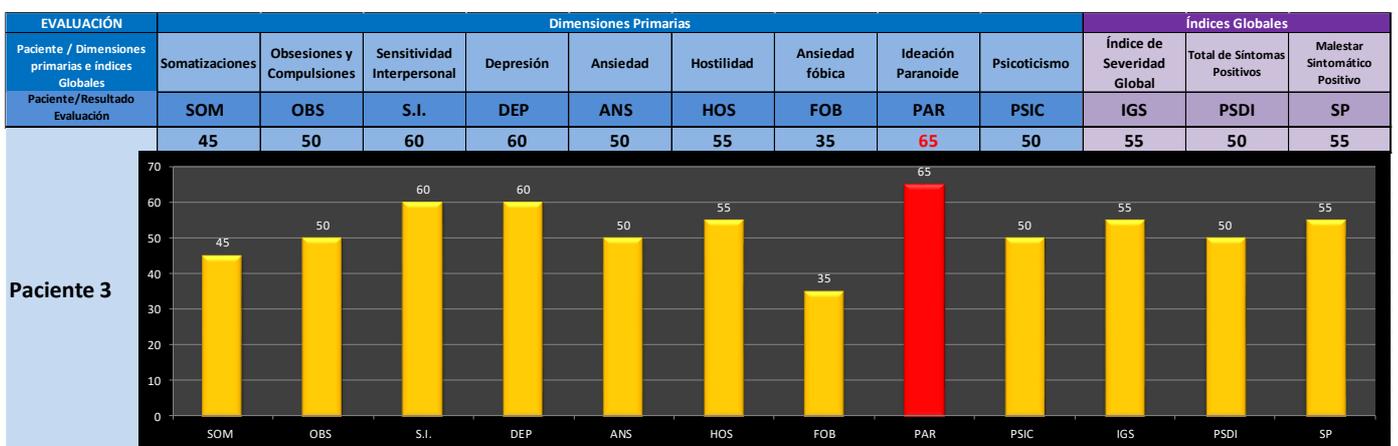


Figura 17: Paciente 3 SCL-90-R

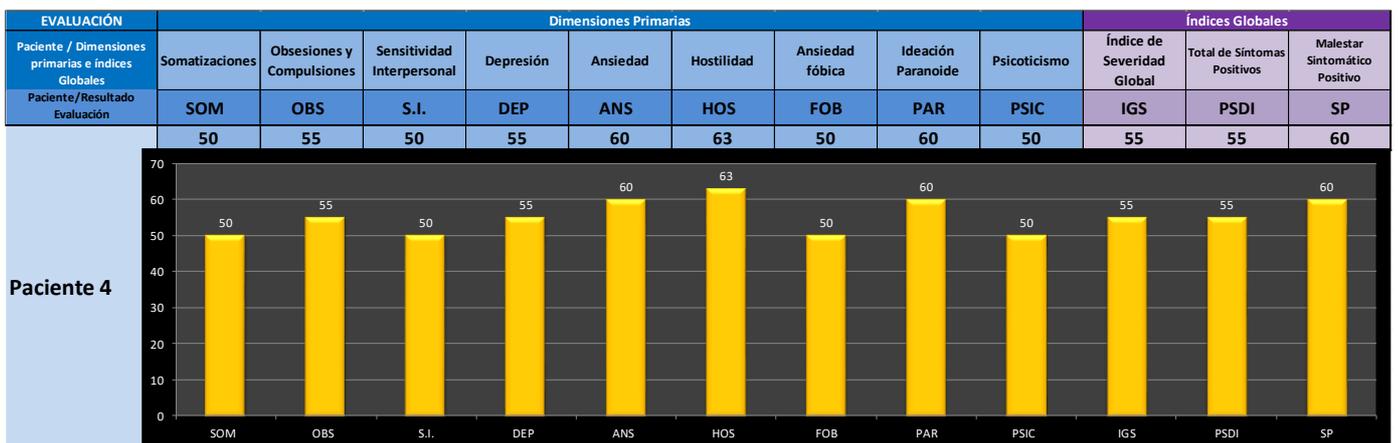


Figura 18: Paciente 4 SCL-90-R

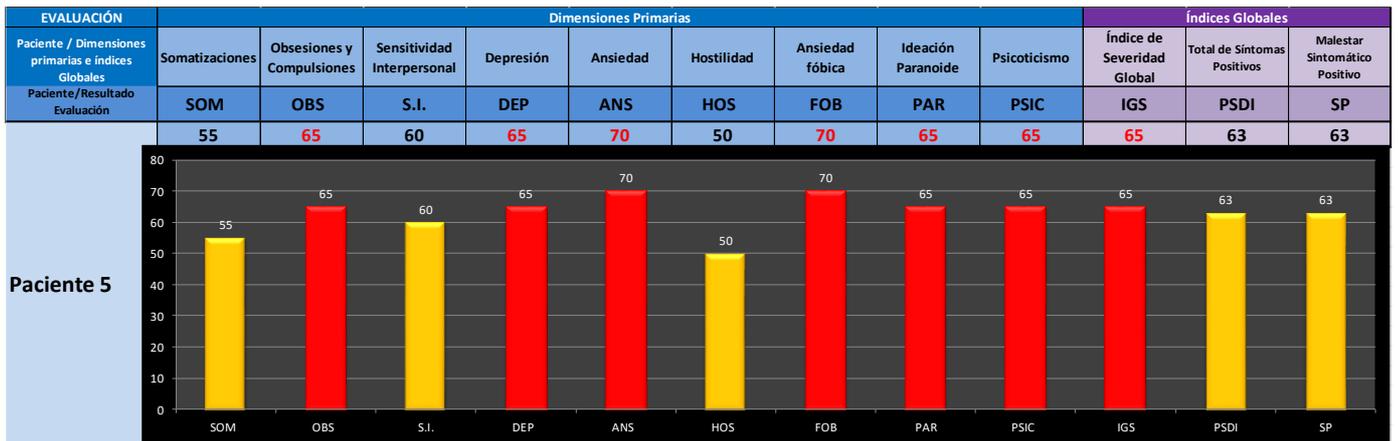


Figura 19: Paciente 5 SCL-90-R

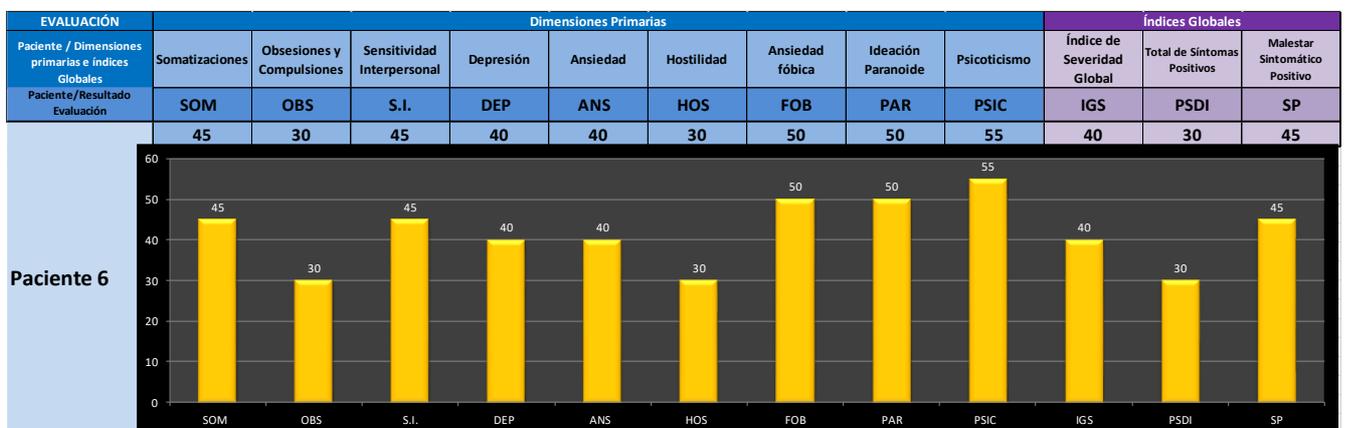


Figura 20: Paciente 6 SCL-90-R

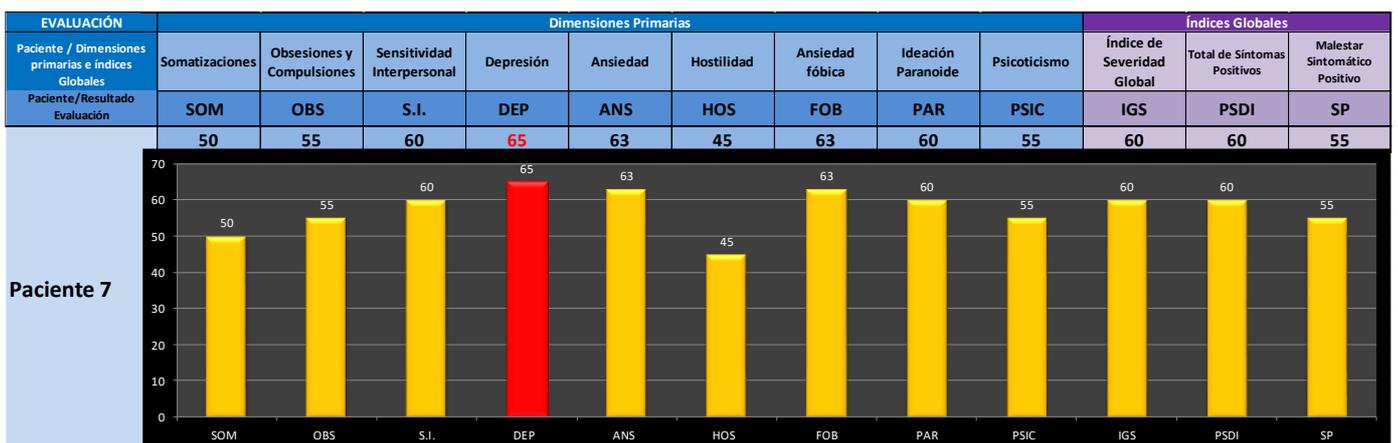


Figura 21: Paciente 7 SCL-90-R

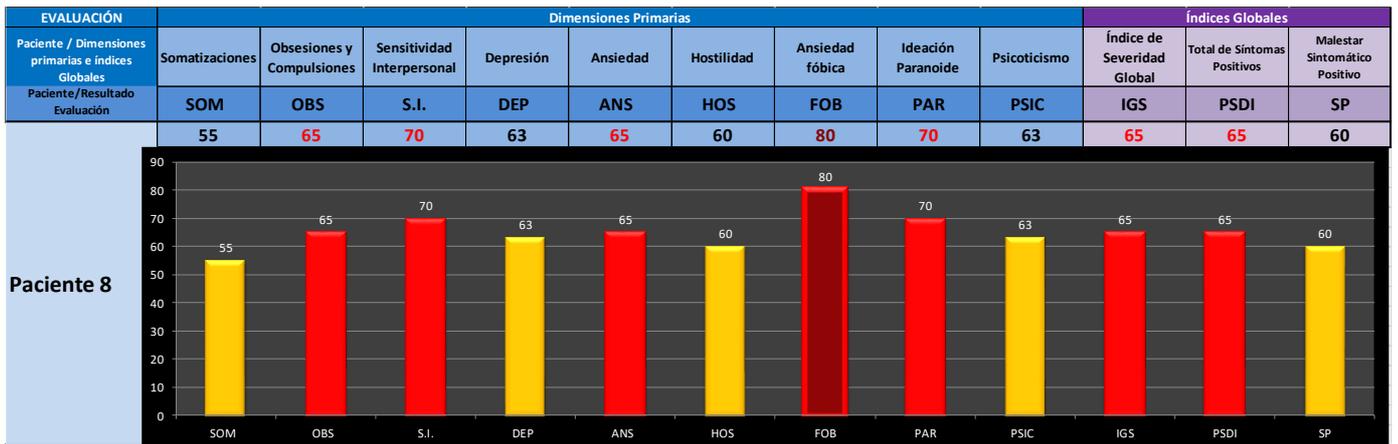


Figura 22: Paciente 8 SCL-90-R

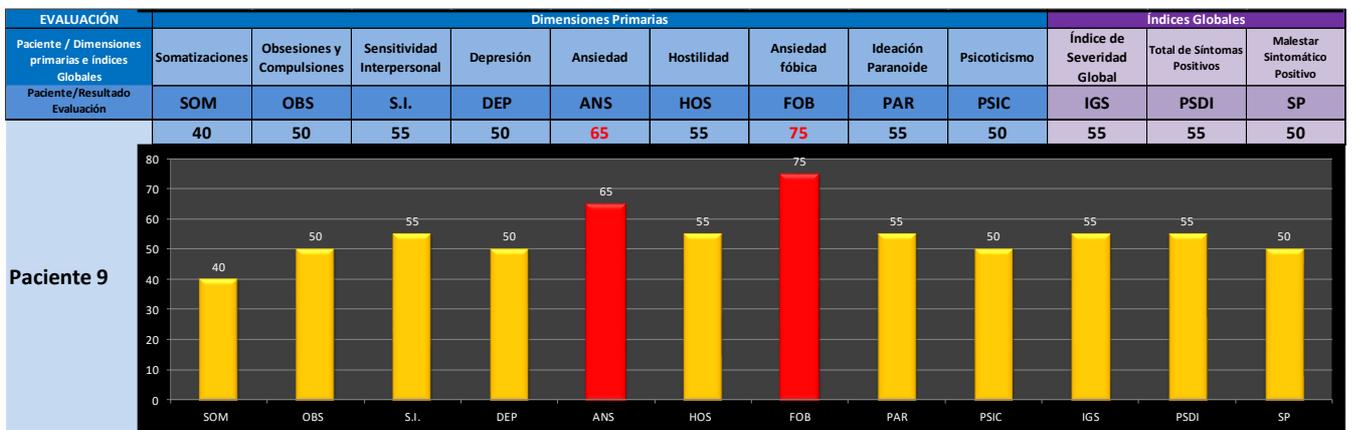


Figura 23: Paciente 9 SCL-90-R

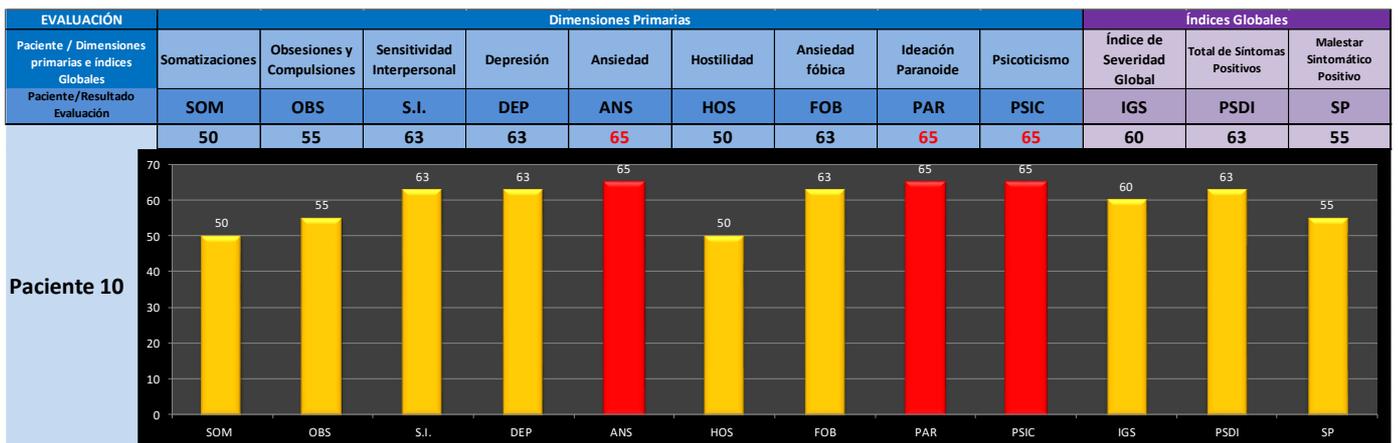


Figura 24: Paciente 10 SCL-90-R

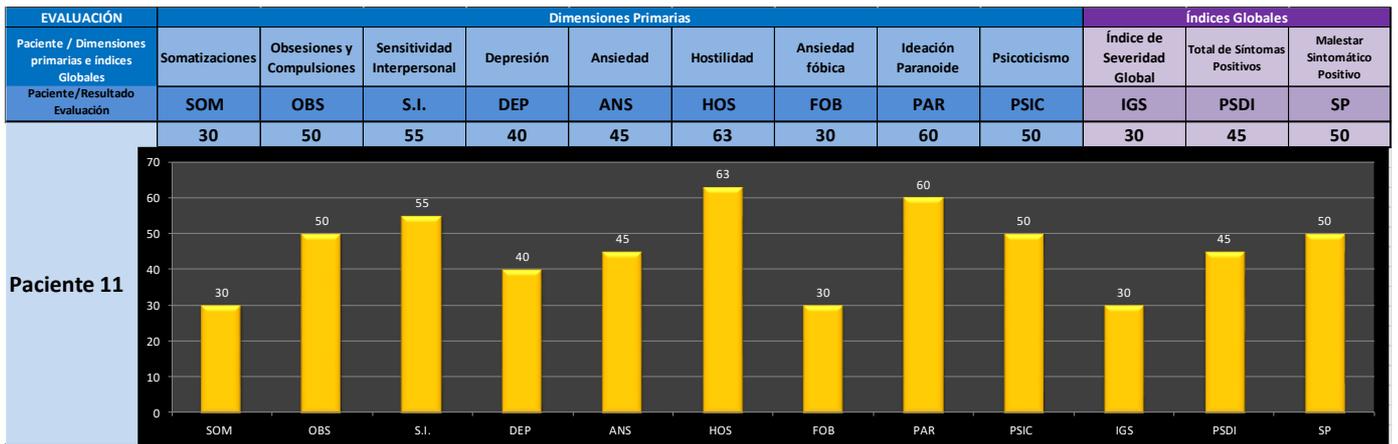


Figura 25: Paciente 11 SCL-90-R

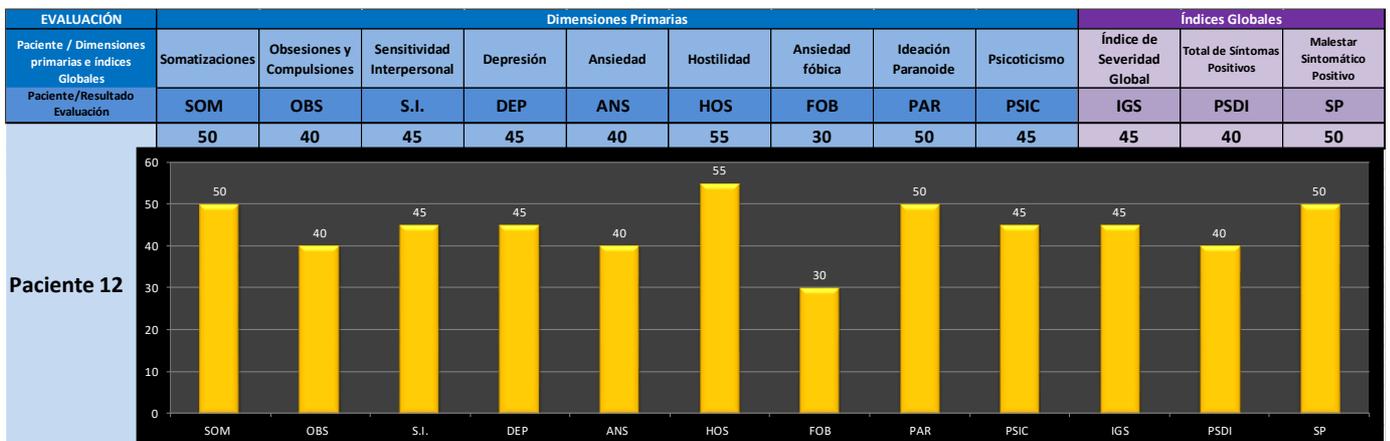


Figura 26: Paciente 12 SCL-90-R

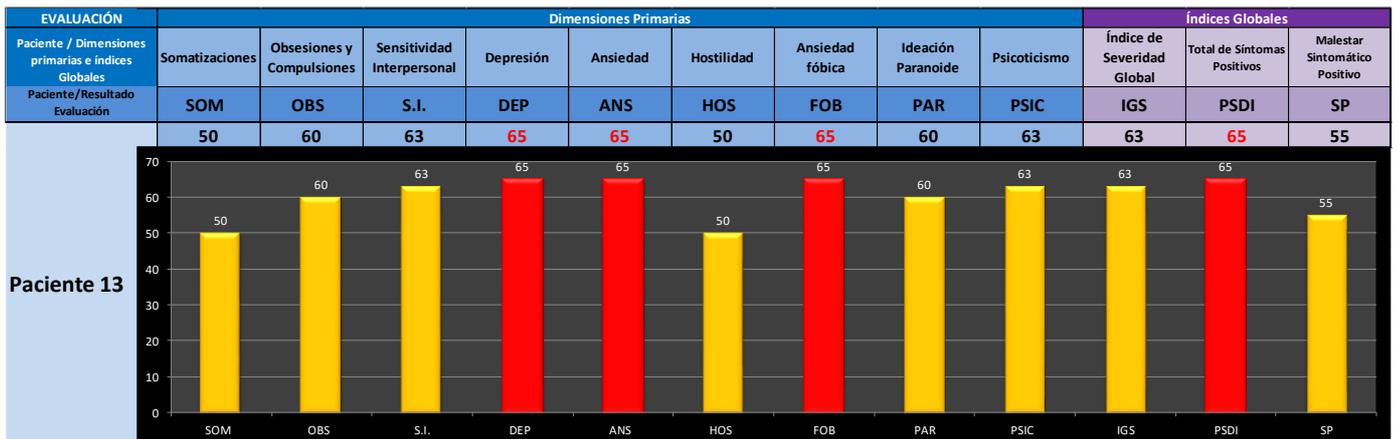


Figura 27: Paciente 13 SCL-90-R

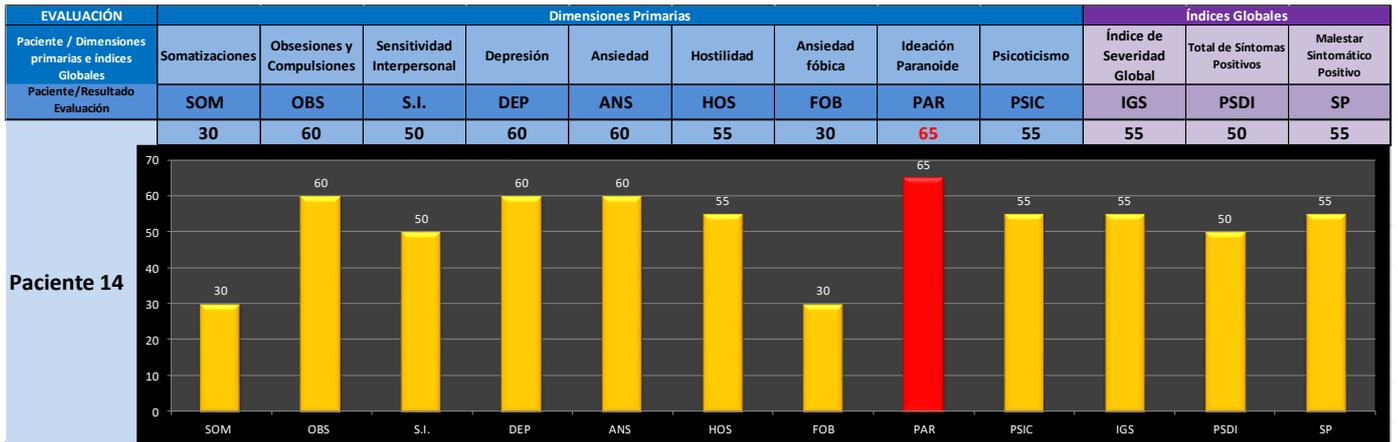


Figura 28: Paciente 14 SCL-90-R

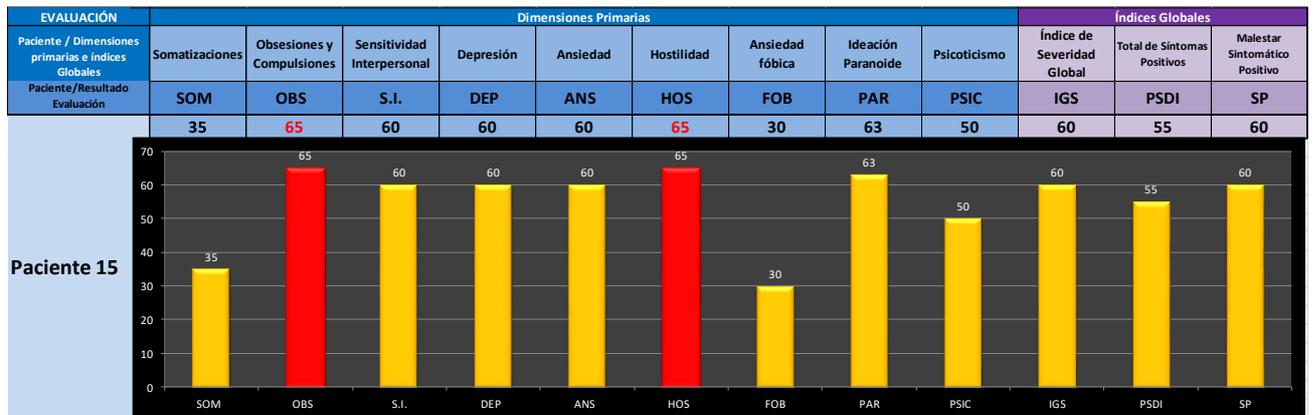


Figura 29: Paciente 15 SCL-90-R

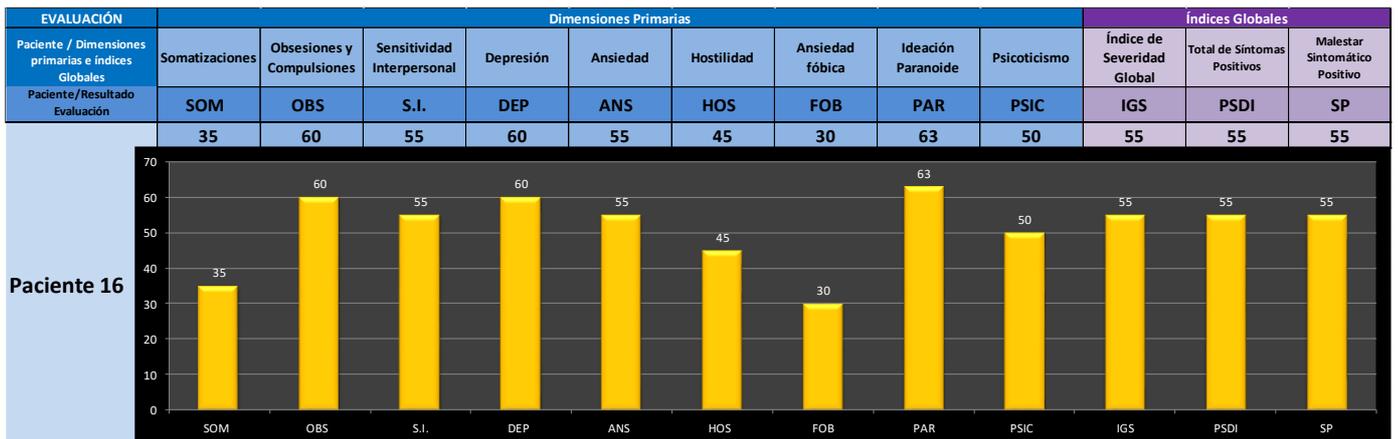


Figura 30: Paciente 16 SCL-90-R

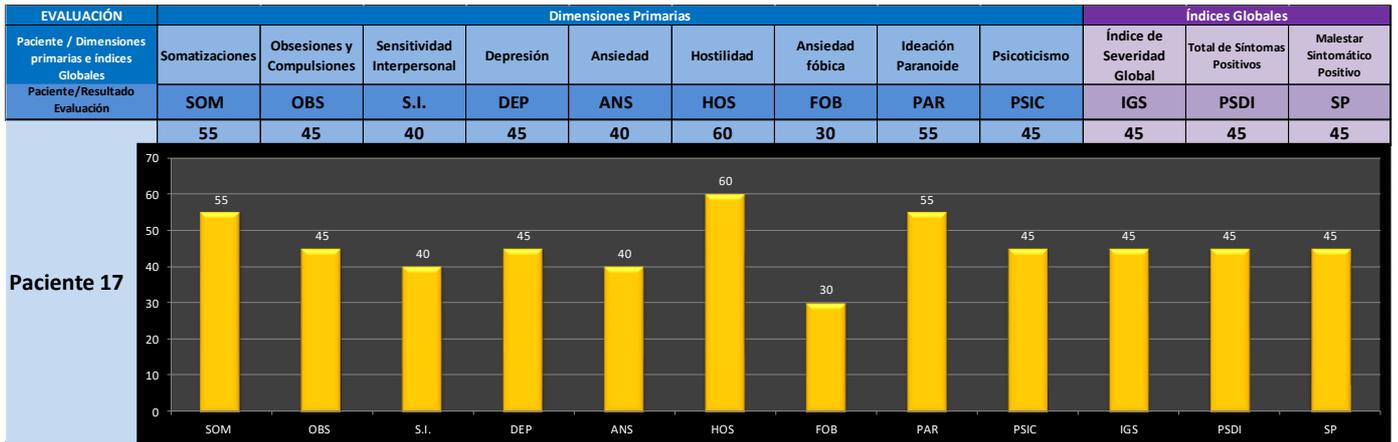


Figura 31: Paciente 17 SCL-90-R

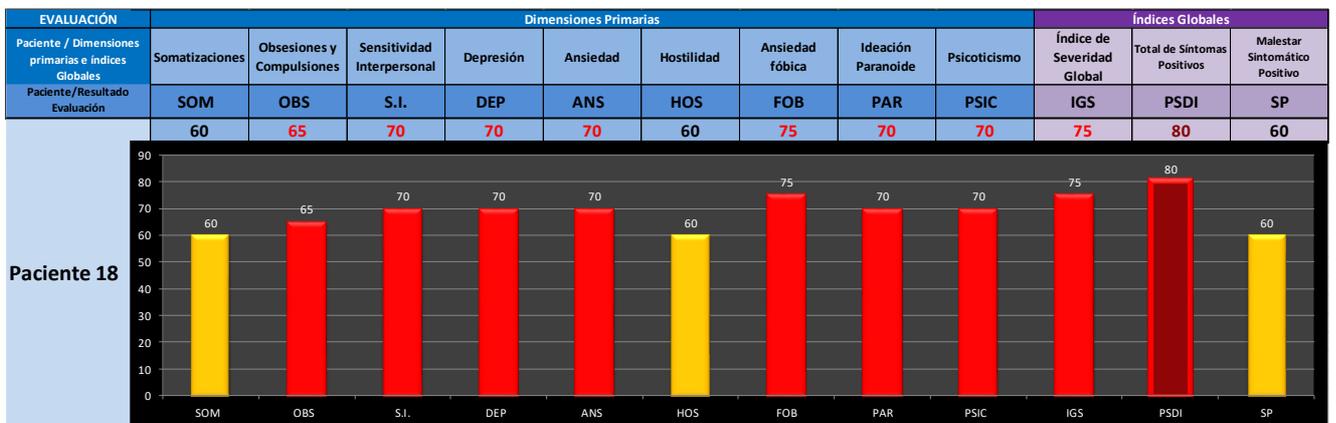


Figura 32: Paciente 18 SCL-90-R

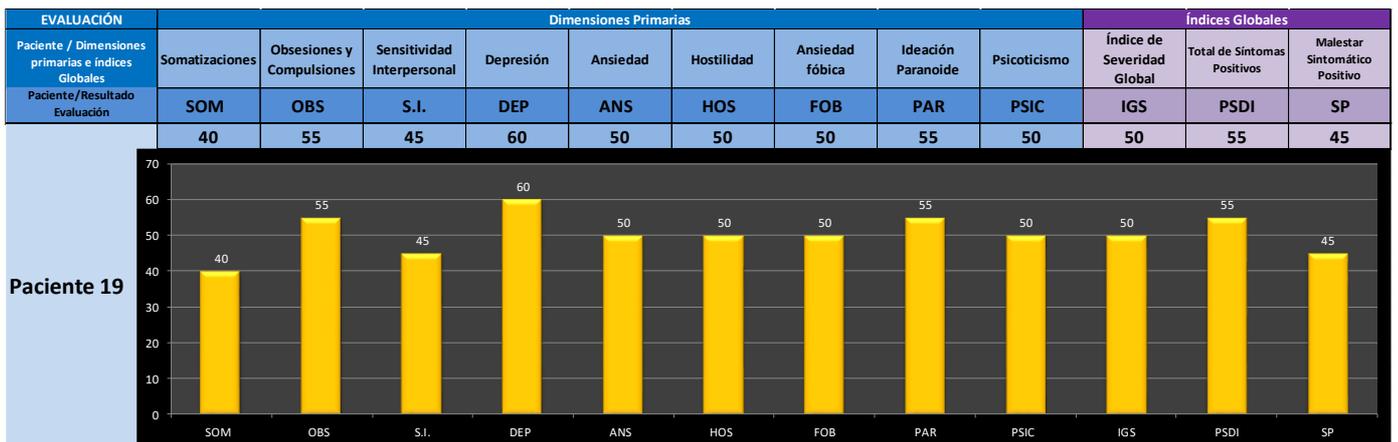


Figura 33: Paciente 19 SCL-90-R

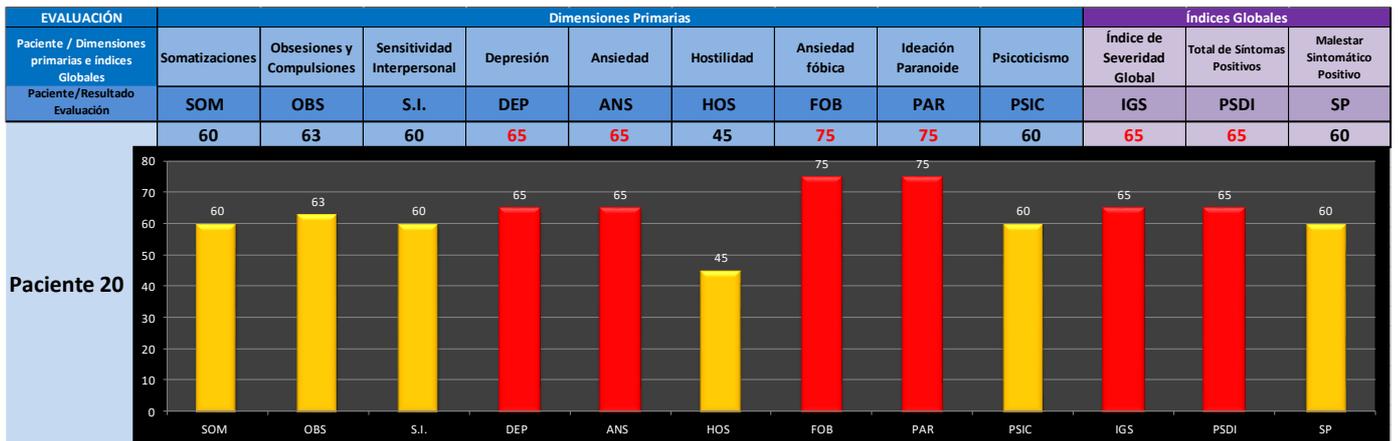


Figura 34: Paciente 20 SCL-90-R

SCL 90-R												
Inventario de síntomas SCL-90-R												
Tabla General de Resultados												
EVALUACIÓN		Dimensiones Primarias								Índices Globales		
Paciente / Dimensiones primarias e índices Globales	Somatizaciones	Obsesiones y Compulsiones	Sensitividad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación Paranoide	Psicoticismo	Índice de Severidad Global	Total de Síntomas Positivos	Malestar Sintomático Positivo
Paciente/Resultado Evaluación	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
Paciente 1	45	55	35	60	55	50	65	63	65	55	50	63
Paciente 2	55	63	50	60	45	60	55	63	60	60	55	60
Paciente 3	45	50	60	60	50	55	35	65	50	55	50	55
Paciente 4	50	55	50	55	60	63	50	60	50	55	55	60
Paciente 5	55	65	60	65	70	50	70	65	65	65	63	63
Paciente 6	45	30	45	40	40	30	50	50	55	40	30	45
Paciente 7	50	55	60	65	63	45	63	60	55	60	60	55
Paciente 8	55	65	70	63	65	60	80	70	63	65	65	60
Paciente 9	40	50	55	50	65	55	75	55	50	55	55	50
Paciente 10	50	55	63	63	65	50	63	65	65	60	63	55
Paciente 11	30	50	55	40	45	63	30	60	50	30	45	50
Paciente 12	50	40	45	45	40	55	30	50	45	45	40	50
Paciente 13	50	60	63	65	65	50	65	60	63	63	65	55
Paciente 14	30	60	50	60	60	55	30	65	55	55	50	55
Paciente 15	35	65	60	60	60	65	30	63	50	60	55	60
Paciente 16	35	60	55	60	55	45	30	63	50	55	55	55
Paciente 17	55	45	40	45	40	60	30	55	45	45	45	45
Paciente 18	60	65	70	70	70	60	75	70	70	75	80	60
Paciente 19	40	55	45	60	50	50	50	55	50	50	55	45
Paciente 20	60	63	60	65	65	45	75	75	60	65	65	60
Promedio Coeficientes	46,75	55,3	54,55	57,55	56,4	53,3	52,55	61,6	55,8	55,65	55,05	55,05
Moda de Pacientes Con Riesgo / Por indicador	0	4	2	5	7	1	7	7	4	4	3	0

Tabla 3Tabla General de Resultados SCL-90-R



Figura 35: Promedio de Coeficientes por Indicador SCL-90-R

### 3.3.3 Escala para el trastorno por estrés Postraumático administrada por el Clínico (CAPS)

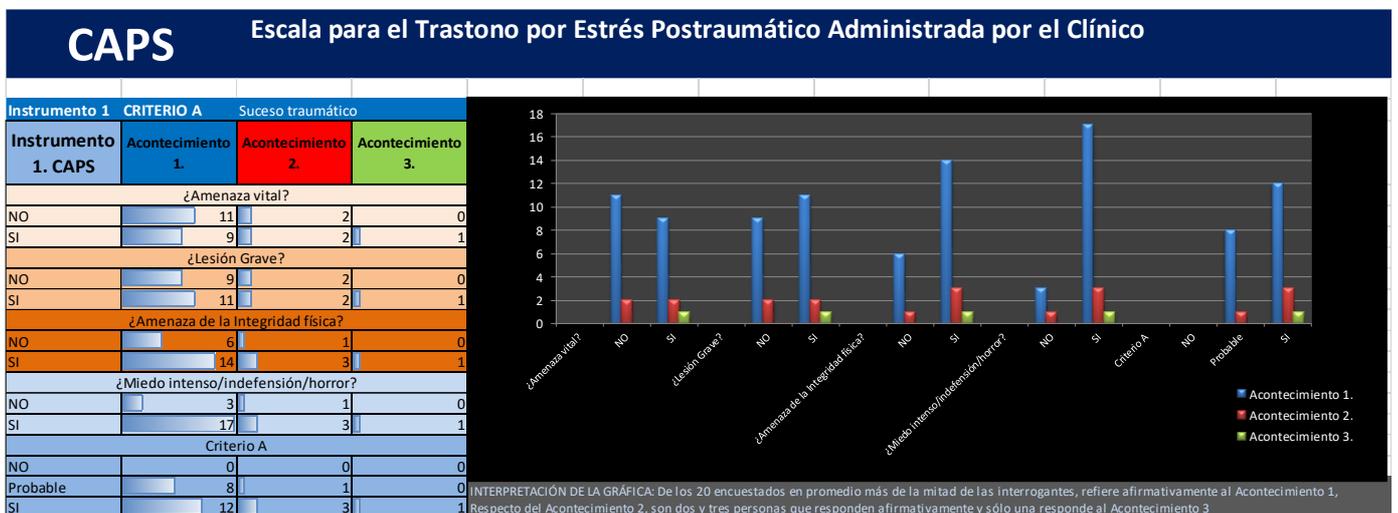


Figura 36: Criterio A CAPS

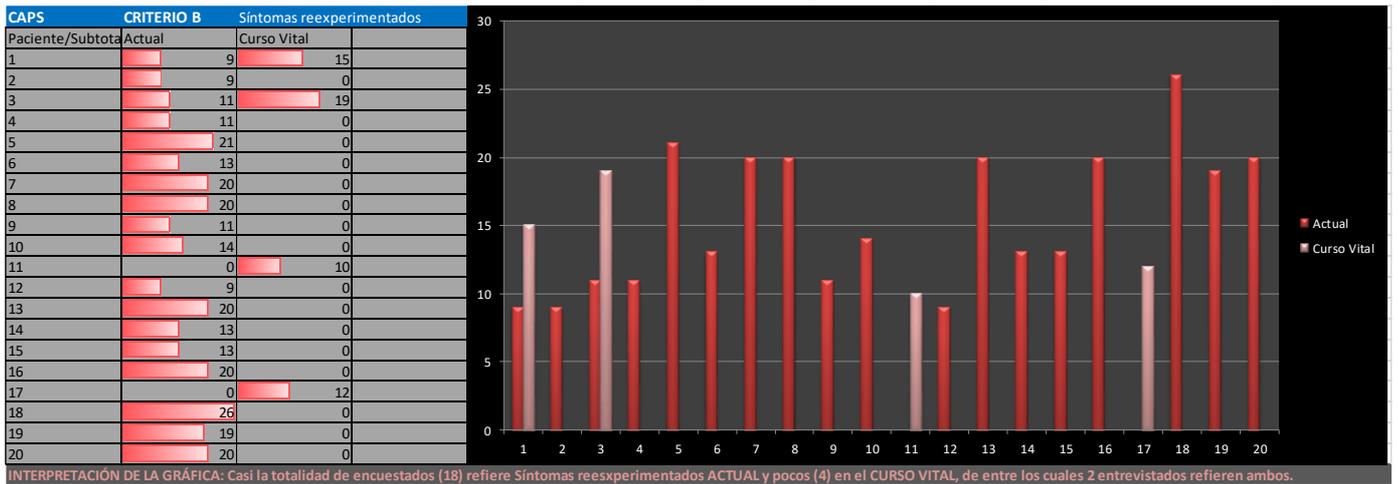


Figura 37: Criterio B CAPS

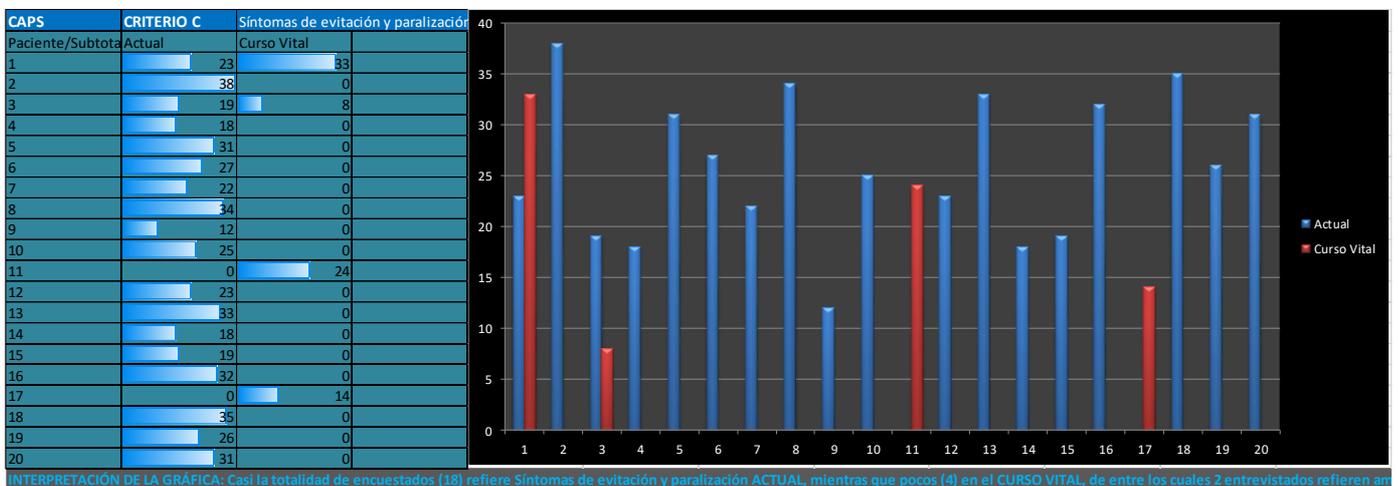


Figura 38: Criterio C CAPS

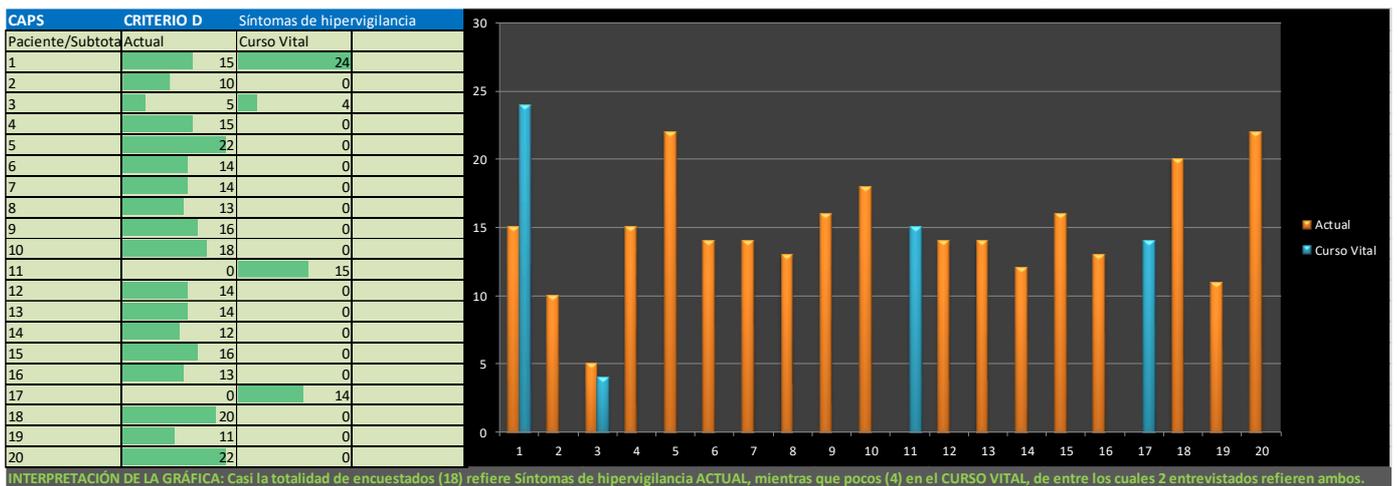


Figura 39: Criterio C CAPS

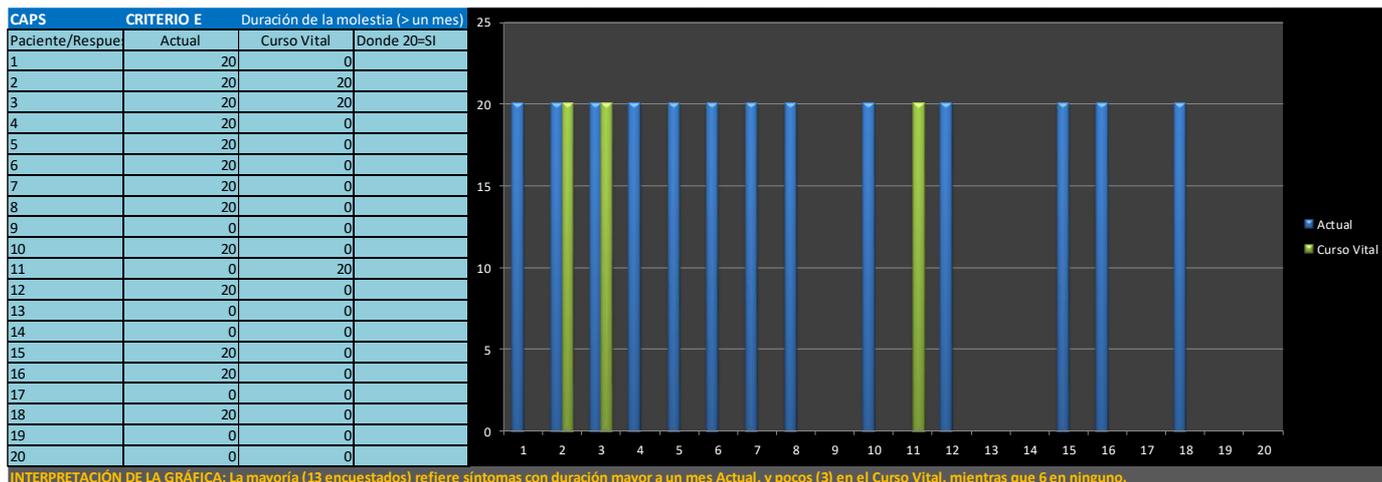


Figura 40: Criterio E CAPS

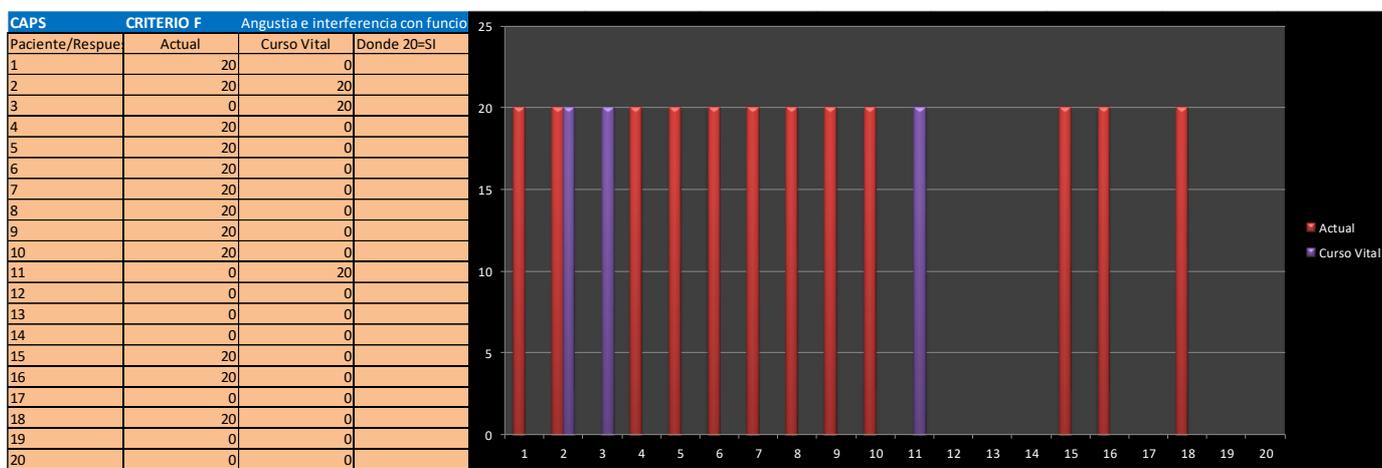


Figura 41: Criterio F CAPS

CAPS	CRITERIO B	Síntomas reexperimentad	CRITERIO C	Síntomas de evitación y paralización	CRITERIO D	Síntomas de hipervigilancia	CRITERIO E	Duración de la molestia (> un mes)	CRITERIO F	Angustia e interferencia con funcionamiento
Paciente/Subtota	Actual	Curso Vital	Actual	Curso Vital	Actual	Curso Vital	Actual	Curso Vital	Actual	Curso Vital
1	9	15	23	33	15	24	20	0	20	0
2	9	0	38	0	10	0	20	20	20	20
3	11	19	19	8	5	4	20	20	0	20
4	11	0	18	0	15	0	20	0	20	0
5	21	0	31	0	22	0	20	0	20	0
6	13	0	27	0	14	0	20	0	20	0
7	20	0	22	0	14	0	20	0	20	0
8	20	0	34	0	13	0	20	0	20	0
9	11	0	12	0	16	0	0	0	20	0
10	14	0	25	0	18	0	20	0	20	0
11	0	10	0	24	0	15	0	20	0	20
12	9	0	23	0	14	0	20	0	0	0
13	20	0	33	0	14	0	0	0	0	0
14	13	0	18	0	12	0	0	0	0	0
15	13	0	19	0	16	0	20	0	20	0
16	20	0	32	0	13	0	20	0	20	0
17	0	12	0	14	0	14	0	0	0	0
18	26	0	35	0	20	0	20	0	20	0
19	19	0	26	0	11	0	0	0	0	0
20	20	0	31	0	22	0	0	0	0	0

Tabla 4 Tabla General CAPS

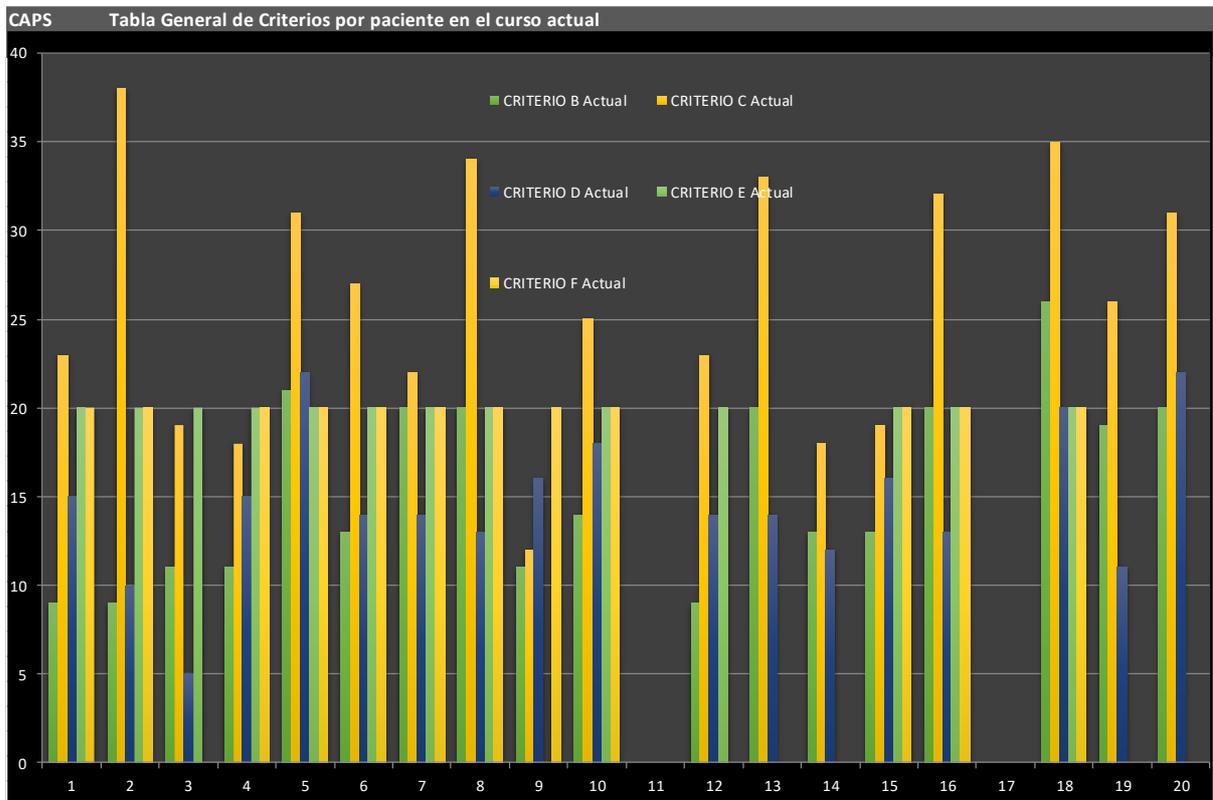


Figura 42 Gráfica de Criterios CAPS Curso Actual

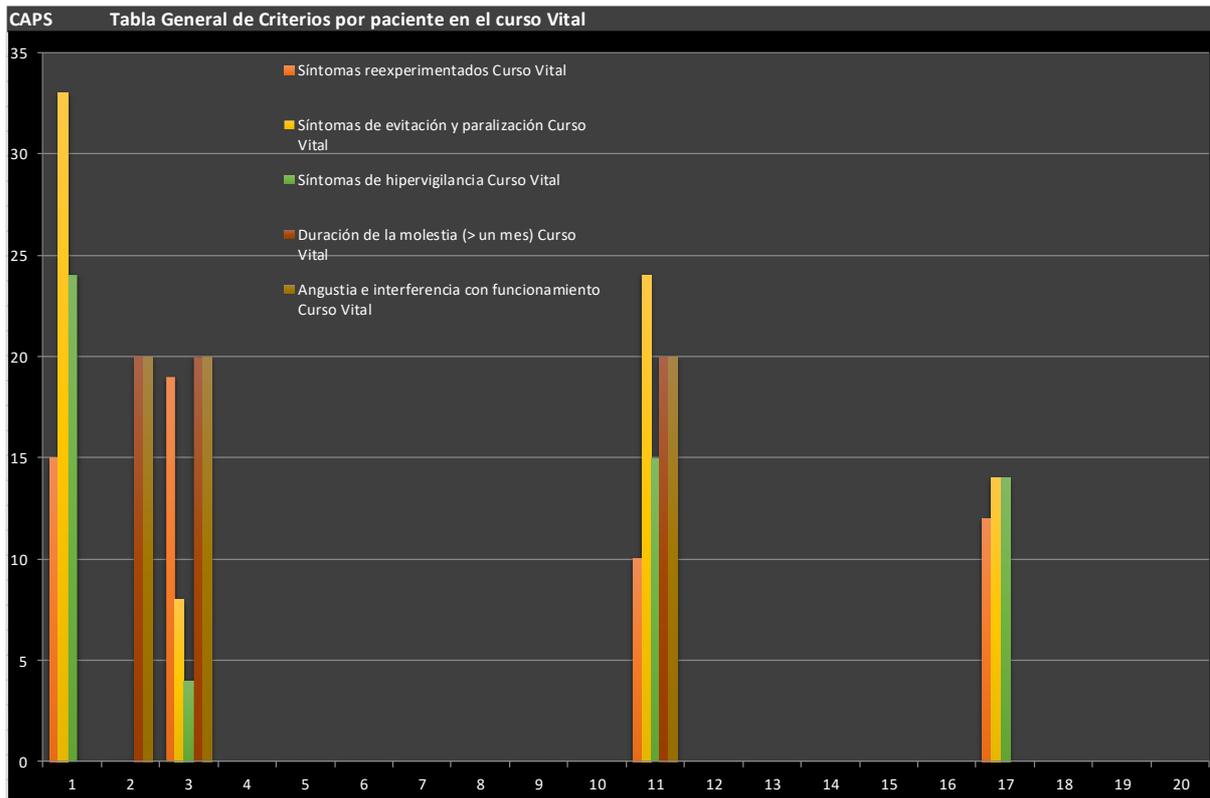


Figura 43 Gráfica de Criterios CAPS Curso Vital

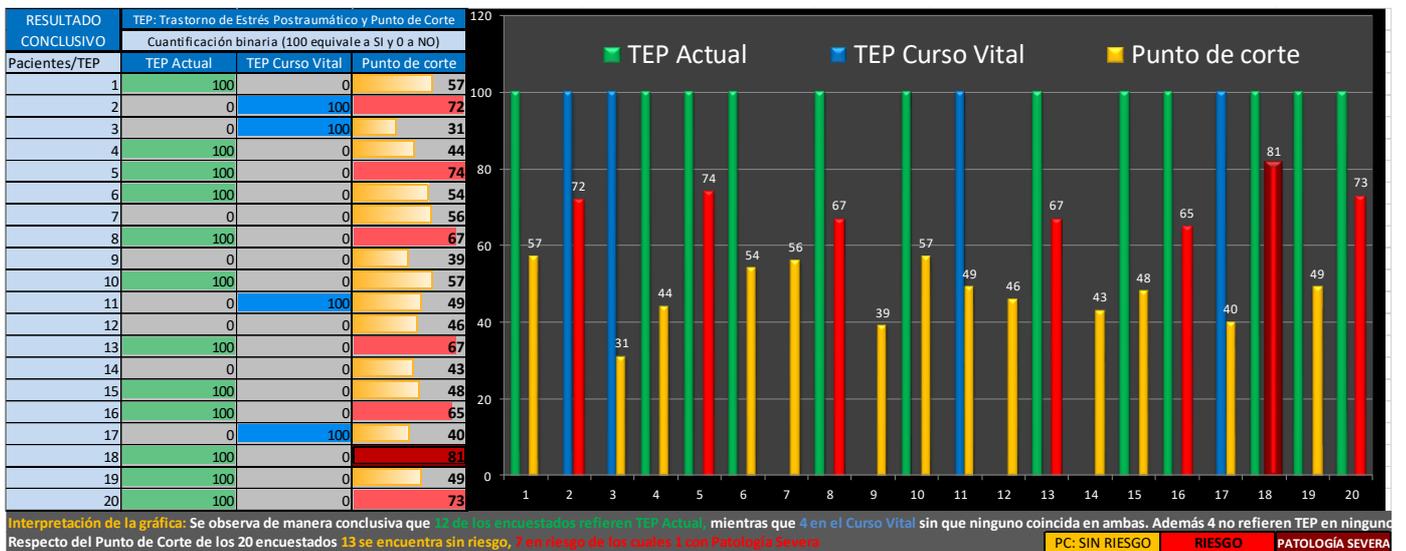


Figura 44: Resultados CAPS

### 3.3.4 Entrevista Estructurada (Trastorno de Estrés Postraumático)

TEPT	Entrevista estructurada Trastorno de Estrés Postraumático															CUMPLE
	MÉTODO: Cuantificación por sistema binario Donde 1 equivale a SI, y 0 equivale a NO															
Pacientes/ Respuestas afirmativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total Respuestas afirmativas
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	13
2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	9
3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	5
4	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	8
5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14
6	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	8
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12
8	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	10
9	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
10	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	12
11	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
12	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
14	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
15	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	7
16	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	11
17	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
Totales	10	12	15	20	18	15	4	17	12	7	14	3	11	16	13	187

Tabla 5 Tabla general de respuestas Entrevista Estructurada

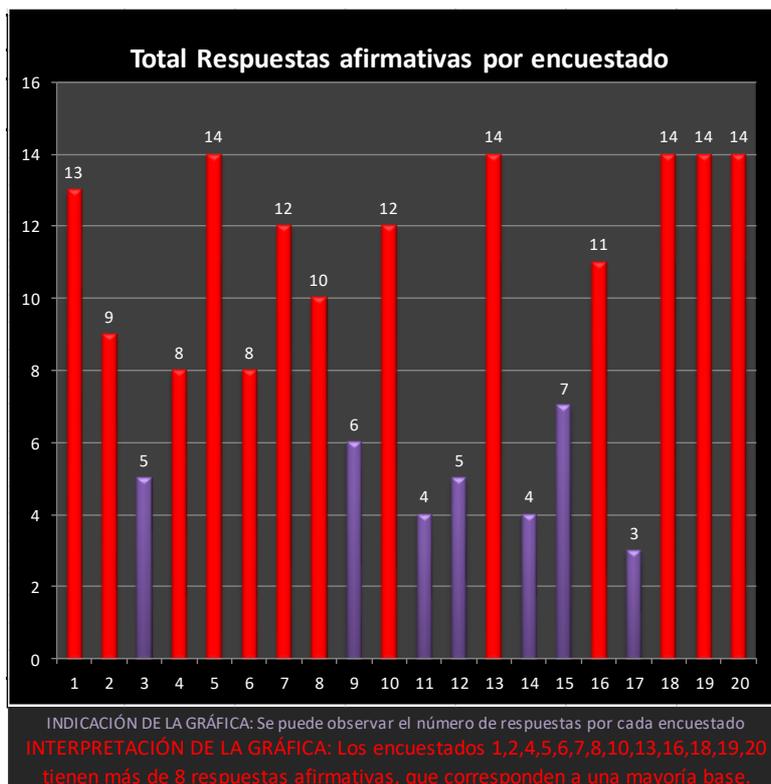


Figura 45: Incidencia de respuestas Entrevista Estructurada

## **3.4 Resultados**

### **3.4.1 Ficha Sociodemográfica**

#### **3.4.1.1 Grado de escolaridad**

El grado de escolaridad ([ver figura 3](#)) refleja que 15 pacientes que representan el 75% de la muestra, presentaron un nivel académico en secundaria, tomando en cuenta que, de este porcentaje, existen pacientes que cursan actualmente este nivel y otros que han atravesado de forma completa o incompleta con el periodo para la obtención de título bachiller. El 25% restante lo conforman los pacientes que cuentan con un nivel académico en primaria. Según los resultados obtenidos ningún participante que accedió a la investigación se encuentra en un nivel académico superior, tomando en cuenta que varios participantes cursan sus estudios actualmente; sin embargo, la tendencia refleja que incluso pacientes adultos no cuentan con estudios universitarios, lo cual influye en las decisiones sobre su futuro y por lo tanto los conflictos que estas generan ante la falta de oportunidades.

#### **3.4.1.2 Estado Civil**

El estado civil ([ver figura 4](#)) de los pacientes que accedieron a la investigación refleja que, de los veinte participantes, el 75% alegó encontrarse en soltería, mientras que un 15% refirió tener conyugue. Para el 10% restante, el divorcio fue su situación actual. En cuanto al porcentaje más elevado, existe un sesgo al cual acogerse debido a que algunos los pacientes prefieren contar con el estatus de soltería para no ser ligados con la relación sentimental que ocasionó conflictos. No existieron pacientes que se encuentren con un estado civil de unión libre o de viudez. Estos resultados reflejan la inestabilidad emocional de los pacientes, que

debido a los sucesos por los cuales atravesaron, prefieren estar solos ante el temor de nuevos conflictos.

#### **3.4.1.3 Religión**

El tipo de creencia ([ver figura 5](#)) que los pacientes refirieron ser devotos con mayor aceptación fue el catolicismo al cual se identificaron 18 participantes, que presentan el 90% de la muestra seleccionada. Para el resto de creencias religiosas 1 participante (5% de la muestra), eligió el cristianismo y 1 participante (5% de la muestra), refirió el ateísmo como su preferencia. La tendencia muestra que la gran mayoría de pacientes prefiere una creencia católica que a mayor o menor medida influye en sus vidas y sus hogares, sin que esta represente la causa de sus conflictos.

#### **3.4.1.4 Número de personas en el hogar**

Los pacientes que conviven con 5 o más de 5 personas en su hogar ([ver figura 6](#)), representan el 58% de la muestra (11 participantes), seguido por los que conviven con 3 personas, que representan el 32% (6 participantes). Solamente un paciente refirió vivir con una a dos personas (5% de la muestra), y otro paciente más que refirió vivir con 4 personas (5% de la muestra). Siguiendo con la tendencia, se evidencia que la mayor parte de los pacientes, se encuentra en un hogar con elevado número de personas, que eleva la probabilidad de generar conflictos y disputas entre los miembros.

#### **3.4.1.5 Situación económica**

La situación económica actual ([ver figura 7](#)) de los pacientes que participaron en la investigación refleja que el 45% de la muestra seleccionada (9 pacientes), cuenta con una economía regular, 35% de la muestra cuenta con una mala economía (7 pacientes), y 20% de la muestra refiere contar con una buena economía (4 pacientes). La tendencia muestra que tan solo el 20% de la muestra asegura contar con una buena economía, lo que refleja la inestabilidad financiera del resto. El mal manejo de los bienes o la falta de los mismos, ocasionan que muchos hogares se desintegren o busquen alternativas que generen consecuencias negativas como la delincuencia.

#### **3.4.1.6 Actualidad laboral**

Los datos obtenidos en la actualidad laboral ([ver figura 8](#)) reflejan que el 45% de la muestra (9 pacientes), no cuentan con trabajo hasta el momento de realizada la intervención. Mientras que el 30% de la muestra (6 participantes) si cuenta con trabajo. Para el 25% restante (5 participantes) contaron con trabajo temporal. Los resultados reflejan una tendencia marcada hacia la inestabilidad laboral que suele ser uno de los principales factores en la aparición de sucesos violentos dentro del hogar y fuera del mismo.

#### **3.4.1.7 Sensaciones por pérdida de trabajo**

El 85% de la muestra refirió no haber atravesado por sensaciones adversas ante la pérdida del trabajo ([ver figura 9](#)), sin embargo, solo se tomó en cuenta el periodo actual de los pacientes. De esta manera, aunque la mayoría no dio una perspectiva sobre esto, no significa que anterior a este periodo hayan atravesado por inconvenientes generados por su situación

laboral.

#### **3.4.1.8 Reacciones durante la pandemia**

Teniendo en cuenta que las reacciones percibidas por los pacientes pueden ser varias o ninguna, el porcentaje [\(ver figura 10\)](#) refleja las opciones más seleccionadas en donde el temor constituye el 28% de las elecciones, la angustia representa el 25%, otro tipo de reacción constituye el 21%, la incertidumbre el 14%, y la indiferencia el 12%.

#### **3.4.1.9 ¿A padecido de covid 19?**

El gráfico [\(ver figura 11\)](#) refleja que el 80% de los participantes (16 pacientes), si padecieron de covid 19 confirmado, mientras que 10% (2 pacientes) no estuvieron seguros y el 10% restante (2 pacientes), no lo padecieron. Mediante estos resultados, se puede evidenciar que la presencia de la covid 19 dentro de los hogares, fue una constante en pacientes que atravesaron situaciones de violencia de cualquier tipo, tomando en cuenta los conflictos que genera un aislamiento obligatorio que puede ser agravado por los síntomas presentados.

#### **3.4.1.10 Sensaciones durante el periodo de aislamiento**

Tal y como las reacciones elegidas durante la pandemia, las sensaciones durante el aislamiento [\(ver figura 12\)](#) fueron varias, siendo el temor la más elegida, constituyendo el 27%, seguido por la ansiedad con el 20% y los pacientes que no realizaron el aislamiento, también con un 20%; la desesperación representa el 17% de las elecciones, otro tipo de

reacción constituyó el 13%, y finalmente la indiferencia con el 3% restante. Esta elección de síntomas, es el reflejo de los acontecimientos atravesados, que demuestran la falta de capacidad organizativa en el hogar, que posteriormente llega a convertirse en conflictos graves.

#### **3.4.1.11 ¿Cómo tomó la familia el aislamiento domiciliario?**

El gráfico ([ver figura 13](#)) refleja que el 40% de la muestra (8 pacientes), aseguró que se manejó el aislamiento de forma desordenada y sin medidas de protección, mientras que un 35% (7 pacientes) alegó haber realizado aislamiento domiciliario de forma ordenada con las respectivas medidas de protección. Para el 25% restante (5 pacientes), no se manejó el aislamiento. De los 20 participantes, solo 7 de ellos realizaron correctamente la cuarentena obligatoria por la presencia de covid 19, mientras que la tendencia refleja que el resto no cumplió con las medidas recomendadas, situación que puede ser entendida por la falta de organización en el hogar y la falta de reglas y roles establecidos para cada miembro.

#### **3.4.1.12 Convivencia de la familia durante la cuarentena**

En cuanto a la convivencia de la familia ([ver figura 14](#)), los pacientes que la calificaron como regular, representan el 45% de la muestra. El 32% evidencia una mala convivencia, con el surgimiento de conflictos continuos. El 21% restante aseguró haber atravesado por una buena convivencia, lo cual refleja que la gran mayoría de pacientes no ocultaron sus problemas intrafamiliares en momentos críticos como una cuarentena obligatoria, lo que da a entender la falta de compromiso que llevó a las familias a generar situaciones de violencia ante el mal manejo de las actividades.

### **3.4.2 Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis**

Para ir hacia la comparativa de dimensiones presentes en cada paciente, visualizar la [tabla 3](#).

Para ir hacia el promedio de coeficientes por dimensión, visualizar la [figura 35](#).

Para ir hacia el nivel de incidencia de cada dimensión, visualizar la [figura 49](#).

Dimensiones primarias

#### **3.4.2.1 Somatizaciones**

Es la evaluación de la presencia de malestares que los pacientes perciben, en donde se correlacionan las interrogantes con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). Los resultados obtenidos de la muestra reflejan que el promedio de coeficiente en este indicador es de 46,75%, teniendo un nivel de incidencia de 0 pacientes con alteraciones de riesgo.

#### **3.4.2.2 Obsesiones y Compulsiones**

Las interrogantes planteadas agrupan síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en los que se incluye pensamientos, acciones o impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. El promedio de coeficiente es 55,3%, con un nivel de incidencia de 4 pacientes con puntaje de riesgo de T65 que equivale a sintomatología de consideración diagnóstica.

### **3.4.2.3 Sensibilidad Interpersonal**

Este grupo de interrogantes se focalizan en detectar sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando el paciente se compara con sus semejantes. El promedio de coeficientes en este indicador, arroja un 54,55 % y un nivel de incidencia de 2 pacientes con puntaje de riesgo equivalente a 70 puntos en ambos casos, que reflejan la severidad de la sintomatología presente.

### **3.4.2.4 Depresión**

Los ítems que integran esta sub escala representan una muestra de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, e ideaciones suicidas. Los resultados obtenidos demuestran que el promedio de coeficiente equivale a 57,55%, siendo el nivel de incidencia de 5 pacientes que igualan o sobrepasan el puntaje T 65.

### **3.4.2.5 Ansiedad**

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, o miedos. Los puntajes obtenidos arrojan un 56,4% de coeficiente promedio y un nivel de incidencia correspondiente a 7 pacientes con presencia de sintomatología depresiva de consideración.

### **3.4.2.6 Hostilidad**

Esta dimensión conformada por preguntas enfocadas en comportamientos disruptivos,

hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de ira y frustración. La escala nos muestra que el coeficiente promedio alcanzó un 53,3%, y un nivel de incidencia de solo un paciente con puntaje en riesgo.

#### **3.4.2.7 Ansiedad Fóbica**

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. El coeficiente promedio corresponde a 52,55%, teniendo un nivel de incidencia de 6 pacientes con puntajes de riesgo y un paciente con patología severa que alcanzó los 80 puntos correspondientes a sintomatología crónica.

#### **3.4.2.8 Ideación Paranoide**

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente enfocados en desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. La escala arrojó un coeficiente promedio de 61,6% y un nivel de incidencia de 7 pacientes con puntaje de riesgo.

#### **3.4.2.9 Psicoticismo**

Esta dimensión se ha construido con la intención de representar el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Los resultados corresponden a un coeficiente promedio de 55%, siendo el nivel de incidencia equivalente a

4 pacientes con presencia de sintomatología de riesgo.

Índices Globales

#### **3.4.2.10 Índice de severidad global**

Es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. El promedio de coeficiente es de 55,65%, mientras que el nivel de incidencia es de 4 pacientes con puntajes de riesgo.

#### **3.4.2.11 Total de síntomas positivos**

En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías. Es así que la escala nos muestra un promedio de coeficiente de 55,05% y un nivel de incidencia de 4 pacientes que exageraron sus patologías.

#### **3.4.2.12 índice de malestar positivo**

Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. El promedio de coeficiente corresponde a 55,05% y el nivel de incidencia no arroja ningún paciente con tendencia a exagerar su malestar.

### **3.4.3 Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el Clínico.**

#### **CAPS**

La escala que consta de 30 ítems, evalúa los criterios diagnósticos establecidos en el DSMV para la detección del TEPT. Además, evalúa 5 síntomas adicionales que se relacionan con el trastorno. Los datos obtenidos se dividen en tres tipos de resultados; en primer lugar, se realizó la evaluación para detectar la presencia de TEPT actual, es decir, una evaluación de la sintomatología presente en el último. Si no se detecta la presencia de TEPT actual, se procede a realizar la evaluación de TEPT en el curso vital, es decir, la evaluación se centra en el mes con mayor sintomatología que el paciente percibió. Los puntajes obtenidos de cada criterio en la escala se califican cuantitativamente para obtener un puntaje base, el cual, si sobrepasa los 65 puntos (punto de corte), corresponde a la presencia de sintomatología de consideración diagnóstica y de tratamiento (en riesgo); para los resultados que sobrepasan los 80 puntos, se cataloga como patología severa. El tercer tipo de resultado corresponde a los pacientes que no cumplieron con los criterios establecidos en la escala para la detección de TEPT, en los que se incluyen: un síntoma del criterio B, 3 síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes durante al menos 1 mes, y que haya habido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante (puntuación al menos de 2).

#### **3.4.3.1 Pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos para la presencia de trastorno de estrés postraumático actual:**

12 pacientes cumplen con la presencia de TEPT ACTUAL ([ver figura 42](#)), correspondiente

al 60% de la muestra seleccionada.

**3.4.3.2 Pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos para la presencia de trastorno de estrés postraumático en el curso vital:**

4 pacientes cumplen con la presencia de TEPT CURSO VITAL ([ver figura 43](#)), correspondiente al 20% de la muestra seleccionada.

**3.4.3.3 Pacientes que no cumplen con los criterios diagnósticos para la presencia de trastorno de estrés postraumático:**

4 pacientes no cumplen con la presencia de TEPT ([ver figura 47](#)), correspondiente al 20% restante de la muestra seleccionada.

**3.4.3.4 Pacientes que igualaron o sobrepasaron el punto de corte establecido para detección de sintomatología de riesgo:**

6 pacientes equivalentes al 30% de la muestra seleccionada, alcanzaron el puntaje establecido para la presencia de TEPT con sintomatología de riesgo ([ver figura 48](#)).

**3.4.3.5 Pacientes que igualaron o sobrepasaron el puntaje establecido en patología severa:**

1 paciente equivalente al 5% de la muestra seleccionada sobrepasó el puntaje para la presencia de TEPT con sintomatología severa ([ver figura 48](#)).

#### **3.4.3.6 Pacientes sin la presencia de puntajes de riesgo**

13 pacientes equivalentes al 65% de la muestra seleccionada no presentaron puntajes que evidencien sintomatología de riesgo o severidad ([ver figura 48](#)).

#### **3.4.4 Entrevista estructurada Trastorno de Estrés Postraumático**

Conformada por quince preguntas dicotómicas, la entrevista estructurada está diseñada para otorgar una aproximación diagnóstica mediante la inclusión de preguntas relacionadas a la percepción de la víctima en cuanto a sus vivencias y sintomatología. El instrumento arroja un puntaje total de preguntas afirmativas y negativas, las cuales se simplifican en un rango de 8 puntos o más para evidenciar la aproximación diagnóstica de TEPT.

##### **3.4.4.1 Pacientes con presencia de TEPT**

Los resultados obtenidos ([ver tabla 5](#)) reflejan que 13 pacientes correspondientes al 65% de la muestra, igualan o sobrepasan el puntaje establecido para la aproximación diagnóstica de TEPT.

##### **3.4.4.2 Pacientes sin presencia de TEPT**

Los resultados ([ver tabla 5](#)) muestran que 7 pacientes correspondientes al 35% de la

muestra seleccionada no alcanzan las 8 preguntas afirmativas, descartando su aproximación diagnóstica de TEPT.

#### **3.4.4.3 Nivel de incidencia de las interrogantes**

El mayor nivel de incidencia de las respuestas ([ver figura 45](#)) muestra que la totalidad de pacientes (20) presentaron recuerdos angustiantes de alguna situación con imágenes o pensamientos, seguido por los pacientes que presentaron problemas para concentrarse (18), los pacientes que evitan ciertos lugares por los recuerdos que traen (17), y finalmente los pacientes que se les dificulta imaginar un futuro estable (16).

### **Conclusiones del Capítulo**

Los datos arrojados por los instrumentos de evaluación (CAPS, SCL, Entrevista Estructurada), reflejan una tendencia significativa de pacientes con presencia de alteraciones psicológicas producto de vivencias o experiencias traumáticas. La capacidad diagnóstica de cada instrumento ayudó a validar el propósito de esta investigación y demostrar que los coeficientes corresponden a una muestra clínica con tendencia a presentar sintomatología clínicamente significativa.

En cuanto a los datos obtenidos por la Ficha Socioeconómica se puede concluir que la muestra de pacientes refleja características claves para comprender de donde surgen los conflictos que presentan las víctimas de violencia. Si bien los pacientes que accedieron a la investigación fueron parte circunstancial de hechos violentos, el contexto en el cual se

desenvuelven juega un papel fundamental en su vivencia de experiencias traumáticas. Los comportamientos que llevan a una persona víctima de violencia a vivir en constante miedo e indefensión muestran que, al no contar con mecanismos de defensa adecuados, las repercusiones se verán influenciadas exponencialmente.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo de carácter investigativo que requirió de esfuerzo y dedicación para la obtención de resultados claros y precisos que cumplan con los objetivos planteados, se desarrollan con la finalidad de hacer alusión al título de esta tesis, que fue producto de las incógnitas que surgieron ante el elevado número de casos en violencia que se presentaron con resultados desalentadores en nuestro país durante la pandemia generada por el virus causante del covid 19. Las medidas sanitarias adoptadas por el gobierno ante la propagación de casos fueron drásticas, obligando a la población a realizar una cuarentena que se extendió por un periodo considerable en el cual las familias convivieron con todos sus miembros, generando interacciones de todo tipo que repercutieron en casos de violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia de género o violencia psicológica. Las llamadas al ECU 911 evidenciaron un incremento exponencial de casos en violencia de género y violencia sexual, que alarmaron a la comunidad por los frecuentes decesos de mujeres agredidas brutalmente, siendo el sexo femenino el más afectado, que, a pesar de mostrar datos alarmantes, los demás tipos de violencia como intrafamiliar o violencia psicológica también presentaron serios problemas a las autoridades ante el incremento de denuncias y la falta de personal para tomar medidas de acción correspondientes a profesionales capacitados para manejar una situación de disputa.

El enfoque para la presentación de resultados se centra en presentar datos que evidencien el daño psicológico que las personas víctimas de violencia experimentan al haber atravesado vivencias traumáticas que requieren de estudio y tratamiento. Al presentar los datos

obtenidos de cada instrumento seleccionado, se refleja la importancia de un diagnóstico que permita al paciente conocer del porqué de su malestar, de tal manera que se de relevancia a la prevención de futuras alteraciones psicológicas tales como el trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, entre otros.

El centro de salud Uncovia recibe pacientes con todo tipo de alteraciones psicológicas, de las cuales se clasificó las referentes a casos de violencia obteniendo una muestra base de casos en los cuatro tipos propuestos (psicológica, sexual, intrafamiliar, género).

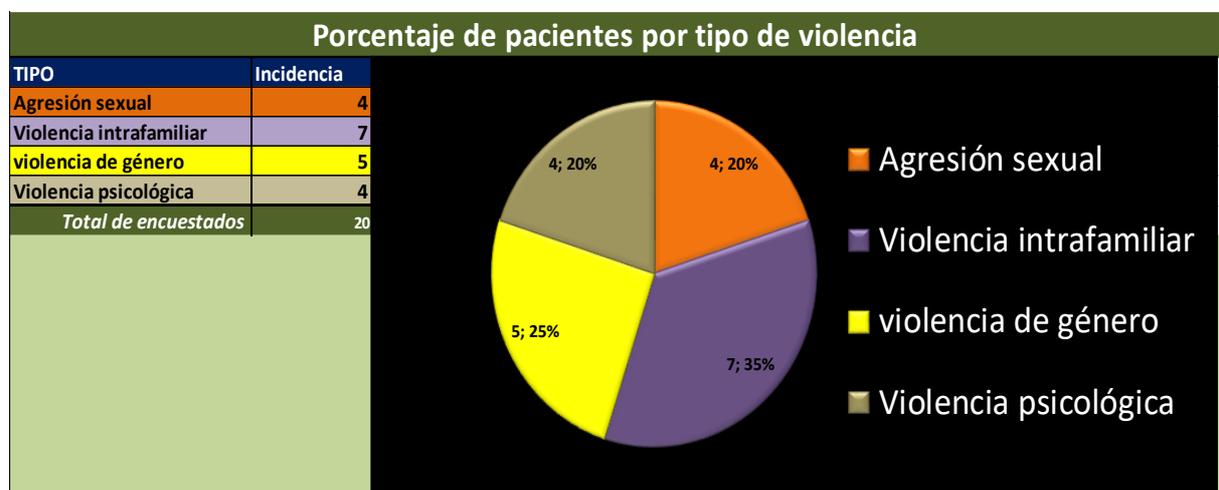


Figura 46: Porcentaje de pacientes por Tipo de Violencia

Según los datos obtenidos por los instrumentos enfocados en arrojar evidencias sintomatológicas agrupadas en un conjunto de criterios que se deben cumplir, se puede concluir que la escala para el trastorno de estrés postraumático (CAPS), presentó la mayor tasa de pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos representando el 80% de la muestra con presencia de TEPT actual y curso vital. Dentro de este porcentaje, se encuentran los pacientes con sintomatología de riesgo y patología severa que corresponden al 35% de la muestra, y que cumplen con cuadros diagnósticos de consideración por la intensidad y repercusión del trastorno según los criterios del DSMV.

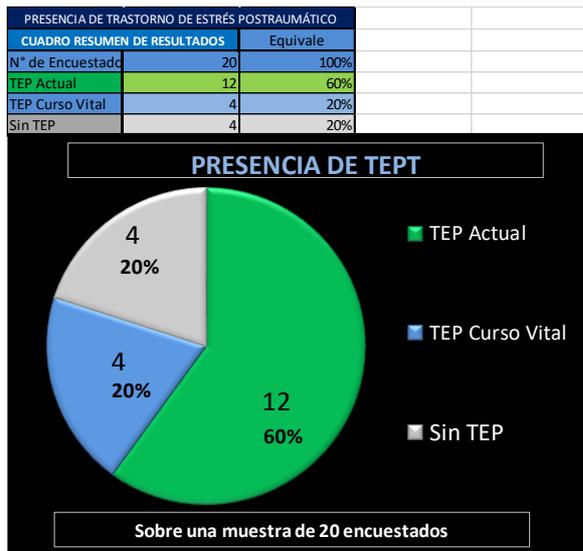


Figura 47: Presencia de TEPT

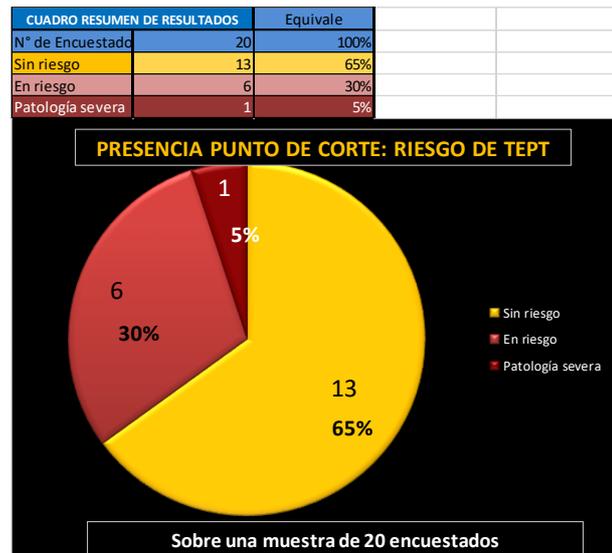


Figura 48: Nivel de severidad TEPT

Para el inventario de síntomas (SCL-90-R) se puede concluir que de las nueve dimensiones que mide este instrumento, el 60% de la muestra de pacientes, presentó al menos un tipo de sintomatología, siendo ansiedad, ansiedad fóbica e ideación paranoide, las dimensiones con mayor incidencia que presentaron los participantes de la investigación. De acuerdo a los niveles de alteración, se establece que los pacientes que sobrepasaron los 80 puntos, equivalen a una patología severa corresponden al 10% de la muestra.

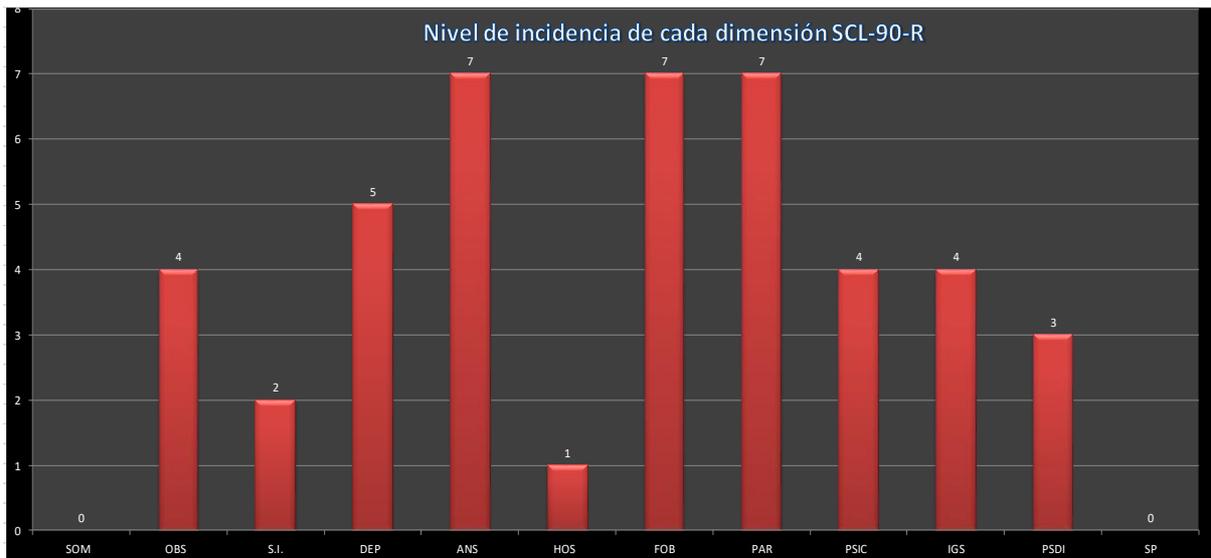


Figura 49: Nivel de incidencia de cada dimensión SCL-90-R

En cuanto a la ficha sociodemográfica, los datos obtenidos arrojan que el 75% de los pacientes cuentan con estudios en secundaria, el 75% se encuentra en soltería, el 90% se identifica con la religión católica, el 58% convive con 5 o más personas en su hogar, el 45% tiene una situación económica regular, el 45% no cuenta con trabajo, y el 80% a padecido de covid 19. Se puede concluir que este conjunto de datos representa los principales factores que intervienen en la comprensión del contexto de los pacientes que participaron en la investigación.

Finalmente, para la entrevista estructurada se puede concluir que el 65% de la muestra cumplió con los criterios correspondientes a la aproximación diagnóstica del Trastorno de Estrés Postraumático, respaldando la escala CAPS y generando resultados adicionales que favorezcan la finalidad de la investigación en evidenciar el daño psicológico presente en las personas víctimas de violencia.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio investigativo se evaluó la presencia de evidencias de daño psicológico (trastornos cognitivos) en personas que han vivenciado directa e indirectamente un suceso traumático. Los objetivos planteados fueron elaborados acorde a la disponibilidad de base teórica y práctica que respalde con fundamentos el propósito de este trabajo.

Para las variables sociodemográficas, el estudio reflejó que 55% de la muestra, correspondiente a las personas con alteraciones psicológicas de validación diagnóstica, se ubican en un rango de edad de 12 a 38 años (90%), concluyeron sus estudios universitarios (75%), se encuentran en estado civil soltero (75%), son adeptos a la religión católica (90%), viven con más de 5 personas en el hogar (58%), cuentan con una mala economía (35%), no cuentan con trabajo (45%), datos que son sustentados por estudios como el hecho por (Ávila, Coronel , 2016) en el que se considera que el desempleo influye para que en los hogares se creen nuevo roles, con mujeres y niños que deben salir a ganar el sustento. Y eso incide en las normas de convivencia y la toma de decisiones dentro de los hogares, lo cual desestabiliza la estructura jerárquica y genera conflictos internos de difícil resolución.

Expertos coinciden en los efectos que se producen cuando el jefe del hogar fracasa por la falta de oportunidades de trabajo y la carencia de recursos económicos, los cuales son dos de las principales razones por las que un hogar genera violencia, ya que como aseguran (Ávila, Coronel , 2016), psicóloga clínica y especialista en conflictos de pareja, cuando se produce una situación económica difícil y el jefe del hogar debe trabajar más horas, se crea una ausencia que puede ser contraproducente cuando el hombre es inseguro y tiene baja autoestima.

Tomando en cuenta el objetivo general de este trabajo investigativo y los resultados arrojados por los instrumentos de evaluación diagnóstica, se puede llegar a una valoración positiva en el cumplimiento de lo propuesto, ya que como se evidenció anteriormente, el porcentaje de la muestra refleja alteraciones cognitivas de consideración diagnóstica, lo cual sustenta como base los objetivos específicos y los puntos estratégicos de intervención con una muestra que presenta validez diagnóstica e interpretativa.

Estudios similares revelaron importantes hallazgos como hecho por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2011), en el que se identificaron varios tipos de violencia como física, psicológica, sexual e intrafamiliar, bajo estos cuatro tipos se ejecuta dicha encuesta. La población que se abarcó fueron 18800 viviendas y las 39 personas que participaron fueron mujeres de 15 años en adelante, la cobertura de la encuesta nacional abarcó un espacio urbano y rural en las 24 provincias del territorio nacional. Para la recopilación de la información se necesitaron únicamente de encuestadoras mujeres capacitadas para el manejo de situaciones, dichas encuestadoras fueron acompañadas de cuerpos de seguridad y supervisoras, finalmente la identidad de las participantes fue protegida bajo acuerdos de confidencialidad de la información como lo realizado en el presente trabajo investigativo. Posteriormente se realizó una nueva encuesta sobre relaciones familiares y violencia de género, en donde los resultados avanzaron tras valorar la prevalencia de los últimos 12 meses de los diversos tipos de violencia ya identificados. Así se puede observar que 32 de cada 100 mujeres han experimentado algún hecho de violencia en su contra en los últimos 12 meses y una de cada cuatro ha sufrido violencia psicológica, que es posiblemente la más difícil de identificar y que normalmente es la antesala a la violencia física (Hernández Carmelo, Magro Vicente, Cuéllar Pablo, 2014).

Tomando como referencia el primer objetivo específico, se planteó como punto de partida en la identificación de alteraciones cognitivas, la aplicación de un instrumento de valoración diagnóstica (CAPS), en el cual pudo constatar que el 60% de los participantes presentaron al menos un área comprometida. En un estudio similar realizado en Colombia, se tomó una muestra, determinada por conveniencia, que se conformó por 199 mujeres maltratadas, consultantes, durante el 2013, en 11 de las 17 comisarías de familia existentes en la ciudad de Medellín. Se midió la consistencia interna de la SCL90R, además, se calcularon los promedios de las nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices globales de distrés, los cuales se comparan con valores de referencia establecidos por Derogatis. Los resultados mostraron que las encuestadas se caracterizan por presentar una tendencia a la somatización y un alto nivel de neuroticismo, que las lleva a ser más conflictivas en sus relaciones sociales (Estela Jaramillo, María Uribe, Elena Ospina, Germán Cabarcas , 2013 ).

En cuanto al segundo objetivo específico, se planteó evidenciar la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático mediante una escala de valoración diagnóstica (CAPS) que arrojó datos contundentes al identificar la presencia de esta alteración cognitiva en el 80% de la muestra, y un 35% de la misma con sintomatología de riesgo. Para determinar la importancia de los datos obtenidos es importante tomar en cuenta los factores que inciden en la aplicación de este tipo de escalas, debido a que cada caso es multifactorial y puede presentar o no, alteraciones a causa de haber tenido una experiencia traumática. Nadie puede experimentar un evento traumático de la misma forma ya que la historia vital, el contexto sociocultural, las circunstancias del evento, las herramientas para poder enfrentarlo y la red de apoyo disponible son siempre particulares. Todos estos son factores precipitantes que influyen en la probabilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático y deben ser correctamente explorados antes de realizar un diagnóstico (Pieschacón, 2011).

## RECOMENDACIONES

Los comportamientos que llevan a una persona a no denunciar los sucesos por los cuales atraviesa, representan la superficie de la problemática, ya que, si se quiere comprender el núcleo u origen, esta investigación demuestra con resultados, las consecuencias que las personas atraviesan cuando un conflicto explota, afectando física y psicológicamente no solo a quien ha sido víctima de un hecho violento, sino también a quien lo ha presenciado. Es por este motivo que toma relevancia el promover una constante investigación e intervención, que aporte soluciones para tratar y prevenir situaciones traumáticas, ya que, a lo largo de este trabajo de tesis, se pudo constatar la falta de estudios similares en nuestro país que cuenta con elevados índices de violencia.

Hablamos de romper un ciclo de violencia, cuando existen las herramientas necesarias para hacerlo; el contexto de los derechos en la sociedad ecuatoriana ha cambiado a lo largo de los años y aunque se ha creado líneas directas de apoyo, espacios de comunicación e información precisa sobre cómo actuar ante un hecho de violencia, siguen haciendo falta campañas contra la violencia y lugares especializados en tratar conflictos de esta índole ya que se sigue marcando una insuficiencia relevante con respecto al porcentaje de personas que deciden esconder su sufrimiento y no buscar ayuda debido a la falta de naturalidad que existe al ser tratado por un profesional de la salud mental. Es por ello que estudios investigativos como el desarrollado en este trabajo de tesis promueve el actuar a tiempo a quien atraviesa por un suceso traumático para evitar la formación de un trastorno tal y como se lo suele hacer con una dolencia física al acudir al médico para descartar problemas de salud más graves.

La obtención de evidencias estadísticas y diagnósticas fue uno de los puntos clave de esta investigación, debido a que el manejo de todos los datos representó un objetivo fundamental para evidenciar la importancia de intervenciones similares que permitan reconocer al paciente su realidad y otorgarlo de herramientas de acción ante su situación. Factores como la falta de necesidad para tratar una alteración mental es resaltable para identificar el problema existente, pero existen otros factores como el manejo del sistema ayuda en primera línea, que influye considerablemente en la mantención de estadísticas adversas en hechos violentos, ya que, aunque existan los procedimientos de respuesta, estos no brindan el soporte necesario que una víctima de violencia requiere al decidirse buscar ayuda real mediante instrucciones que despejen sus dudas y permitan tomar acción sobre sus agresores. De igual manera las denuncias son manejadas ineficientemente por personas que no son especialistas en tratar sucesos similares, lo que sumado a la ausencia de penalidad que reciben los agresores por cometer hechos violentos sin asesinato o maltrato físico, permeabilizan la decisión de acción con estos. Todo este manejo ineficiente genera dudas en la población que busca soluciones claras y obliga a buscar alternativas por medios propios, lo que no se recomienda desde este punto de vista intervencionista que plantea la eficiencia y acción desde la prevención y seguimiento continuo de las personas en vulnerabilidad.

Lo que se busca con este tipo de investigaciones es crear un punto de vista colectivo hacia esta problemática, influenciando tanto a los sectores vulnerables para la toma de acción anticipatoria, como a los encargados de brindar prevención continua, enfocada en evitar decesos por violencia y deserciones de familias que son marcadas por problemas de interés social como la delincuencia, drogadicción, prostitución, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, S. M. (25 de Noviembre de 2019). *Revista digital INESEM*. Obtenido de <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/violencia-de-genero/>
- Amaris, Madariaga, Valle y Zambrano. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145.
- Ávila, Coronel . (8 de Junio de 2016). Desempleo y dificultades económicas inciden en violencia intrafamiliar, según expertos. *El Universo*.
- Britti, A. M. (2011). *La violencia en la Conyugalidad* .
- Britti, A. M. (2011). *La violencia en la conyugalidad*.
- Carmelo Hernández, Vicente Magro, José Cuellar. (2014). EL MALTRATO PSICOLÓGICO. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CRITERIOS JURISPRUDENCIALES. *EL. Aequitas*.
- CIDH-OEA. (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Comición Interamericana de los Derechos Humanos.
- Dan J. Stein, Eric Hollander . (2010). Tratado de los trastornos de ansiedad . En D. J. Stein. Lexus.
- Dávila, M. M. (6 de diciembre de 2021). *Juventud Rebelde* . Obtenido de <https://www.juventudrebelde.cu/suplementos/sexo-sentido/2016-06-10/abuso-sexual-infantil-i#:~:text=El%20S%C3%ADndrome%20de%20Estocolmo%20es,una%20v%C3%ADctima%20necesitada%20de%20compasi%C3%B3n>.
- Eljach, S. (2011). *Violencia escolar en América Latina y el Caribe: Superficie y fondo*. Panamá : Innovación en Diseño .
- Estela Jaramillo, María Uribe, Elena Ospina, Germán Cabarcas . (2013 ). Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas. *Colombia Médica* .
- Fernández, M. (20 de Marzo de 2020). *Psicología Online*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/violencia-psicologica-que-es-ejemplos-tipos-causas-consecuencias-y-como-prevenirla-4926.html>
- First, M. B. (marzo de 2020). *MSDmanuals*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-a-las-enfermedades-mentales>
- Gina Cárdenas y Luis Polo. (2018). CICLO INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER. *Revista de economía del Xaribe*, 11-33.
- Gómez, R. S. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro . *Revista de la asociación española de neurpsiquiatría* .
- Gonzáles, C. A. (2012). Neuropsicología de la violencia . *Revista Psicología Científica*.
- Hernández Carmelo, Magro Vicente, Cuéllar Pablo. (Diciembre de 2014). *Instituto de Capacitación Judicial del Supremo Tribunal de Justicia de Sinaloa*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/46929>
- Hernández, G. B. (2018). *Prevención de la violencia sexual en familias* . Quito : Ministerio de Educación del Ecuador .
- INEC. (2011). *ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO* . Quito .
- Javdani, S., Abdul-Adil, J., Suarez, L., Nichols, S.R., Farmer, A.D. (2014). Diferencias de género en los efectos de la violencia comunitaria en la salud mental. *American Journal of Community Psychology*, 235-248.
- Maldonado, M. (2011). *CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS, COMPORTAMENTALES Y SEXUALES DE LA "NORMALIZACIÓN" DEL ABUSO SEXUAL INCESTUOSO EN LA VÍCTIMA*. Quito.
- Medina, F. (21 de Septiembre de 2020). La pandemia agravó la violencia psicológica. *El Comercio*.
- Mimenza, O. C. (2021). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/teoria-depresion-desesperanza>
- Moreno, C. G. (2013 ). *Reproductivehealth* . Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa).
- Ocampo, Elena, Amar y José. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud uniforme*, 108-123.
- Oram, Howard, Louise M, Galley y Trevillion. (2013). Violencia doméstica y trastornos mentales perinatales: revisión sistemática y metaanálisis. *PLOS MEDICINE*.
- Pieschacón, M. (2011). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Bogotá : Ediciones Uniandes.

- R&A Psicólogos . (2021). Obtenido de <https://www.ryapsicologos.net/salud-y-trastornos-mentales/abuso-sexual/#:~:text=El%20abuso%20sexual%20es%20una,consentimiento%20de%20la%20persona%20v%C3%ADctima>.
- Ramírez, M. L. (21 de Noviembre de 2013). "Ansiedad en niños víctimas de violencia intrafamiliar". Quetzaltenango, Guatemala .
- Reuelta, S. (2011). *Salud y Vida* . Obtenido de <https://www.hospitalesangeles.com/saludyvida/articulo.php?id=4622>
- Rivera, A. M. (enero de 2017). Tipología de la violencia. San Salvador, El Salvador .
- Sara Orrego, Gloria Sierra y Diana Restrepo. . (2019). Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional. *Revista colombiana de psiquiatría* , 262-270.
- Vélez, M. A. (2015). Comportamientos de la violencia de pareja. En *La fuerza no captura al amor* (págs. 293-295). Bogotá : Fundación ideas para la paz .
- Yaima Guitiérrez, Enrique Hernández, Vicente Hernández . (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica* .
- Zarragoitia. (2011). Depresión: generalidades y particularidades. *Editorial Ciencias Médicas* .

## Anexo 1: Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS)

1

**Criterio A:** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:

La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.

Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. *Nota:* en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son, por ejemplo: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremoto; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por preguntarle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.

Algunas de estas experiencias pueden ser duras de recordar, o pue den traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudar les, pero usted decidirá cuánto me quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamelo saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

*Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar (p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores)*

*Si no se han identificado acontecimientos en la lista: (¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido o lesionado gravemente?)*

*Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?*

*Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?*

*Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?*

### ACONTECIMIENTO N.º 1

**¿Qué sucedió?** (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado?

¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

**¿Cómo respondió usted emocionalmente?** (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a?

¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A (1)

¿Amenaza vital?

No # Sí # [Sujeto # Otro #]

¿Lesión grave?

No # Sí # [Sujeto # Otro #]

¿Amenaza de la integridad física? No #

Sí # [Sujeto # Otro #]

A (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No # Sí # [Durante # Después #]

Criterio A

¿Se cumple? No # Probable # Sí #

ACONTECIMIENTO N.º 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A (1)  
¿Amenaza vital?  
No # Sí # [Sujeto # Otro #]  
¿Lesión grave?  
No # Sí # [Sujeto # Otro #]  
¿Amenaza de la integridad física? No # Sí # [Sujeto # Otro #]

B (2)  
¿Miedo intenso/indefensión/horror?  
No # Sí # [Durante # Después #]

Criterio A  
¿Se cumple? No # Probable # Sí #

ACONTECIMIENTO N.º 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A (1)  
¿Amenaza vital?  
No # Sí # [Sujeto # Otro #]  
¿Lesión grave?  
No # Sí # [Sujeto # Otro #]  
¿Amenaza de la integridad física? No # Sí # [Sujeto # Otro #]

C (2)  
¿Miedo intenso/indefensión/horror?  
No # Sí # [Durante # Después #]

Criterio A  
¿Se cumple? No # Probable # Sí #

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado es el problema.

**Criterio B.** El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.  
**(B-1) Recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.**  
*Nota:* en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual son expresados temas o aspectos del trauma.

**Frecuencia (F) Intensidad (I)**

¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados? (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? (¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? [Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño] ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes?	(del ¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Fue capaz de quitárselos de la mente y usted?) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? [Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño] ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes?	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí # No # Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí # No #
<p>0. Nunca actividades</p> <p>1. Una o dos veces 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades</p> <p>2. Una o dos veces por semana 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades</p> <p>3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades</p>		
<p>Descripción/Ejemplos: _____</p> <p>_____ Validez cuestionable (VC) (especificar) _____</p>		

**(B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes.** *Nota:* en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

**Frecuencia (F) Intensidad (I)**

¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes?	¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? [Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.] ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo?	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí # No # Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas
<p>Nunca</p> <p>Una o dos veces</p> <p>Una o dos veces por semana</p> <p>Varias veces por semana</p> <p>Diariamente o casi todos los días</p>	<p>Nada</p> <p>Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado</p> <p>2. Moderada: se despertó angustiado, pero se volvió a dormir rápidamente</p> <p>3. Grave: considerable angustia. Dificultad en volver a dormirse</p> <p>4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir</p> <p>VC (especificar) _____</p>	
<p>Descripción/Ejemplos: _____</p> <p>_____</p>		

3. (B-3) Actuando o sintiendo como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (*flashbacks*). Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. *Nota:* en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.

**Frecuencia (F) Intensidad (I)**

¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? Si no está claro: ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? [Excluya si sólo ocurrió durante los sueños]. Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes?

¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (¿estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron?

0? No ha revivido el acontecimiento.  
 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento  
 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto  
 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes de lo que pasa a su alrededor  
 6. Extrema: disociación completa («flashback») (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)

*Actual*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas  
 Sí #  
 No #

*Alguna vez en la vida*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas  
 Sí #  
 No #

4. (B-4) Malestar psicológico intenso, al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**Frecuencia (F) Intensidad (I)**

¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Algo le ha desencadenado recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida? ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?)

¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos relacionados con el acontecimiento?

1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades  
 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades  
 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades  
 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades

*Actual*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas  
 Sí #  
 No #

*Alguna vez en la vida*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas  
 Sí #  
 No #





9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas a perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) [Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias]. En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Ninguna
- 1. Pocas actividades (menos del 10%)
- 2. Algunas actividades (20-30%)
- 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60%)
- 4. La mayoría de las actividades (más del 80%)

¿Está relacionado con el trauma? Seguro  
Probable  
Posiblemente no

- ¿Fue fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?)
- 0? No hay pérdida del interés
  - 1. Leve: leve pérdida del interés
  - 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas
  - 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades
  - 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad
- Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#  
#

Actual

¿F  
I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

Alguna vez en la vida

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Se ha sentido distante o aislado de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
  - 1. Muy pocas veces (menos del 10%)
  - 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%)
  - 3. La mayor parte del tiempo (50-60%)
  - 4. La mayor parte del tiempo (más del 80%)
- claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma? Seguro  
Probable  
Posiblemente no

- ¿Fue fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)
- 0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento
  - 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas
  - 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de solo una o dos personas.
  - 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de solo una o dos personas.
  - 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona.

#  
#

Actual

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

Alguna vez en la vida

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia?

¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) [Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista]

- ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del acontecimiento?)
0. Nunca
  1. Muy poco (menos del 10 % del tiempo)
  2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
  3. La mayoría del tiempo (aproximadamente el 50-60 %)
  4. Casi todo el tiempo (más del 80 %)

- 0? No ha habido reducción para experimentar emociones
1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional
  2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones
  3. Grave: reducción marcada de la experiencia de (p. ej., amor y felicidad)
  4. Extrema: No puede experimentar emociones

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Actual

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí

No #

Alguna vez en la vida

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener obtener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Qué de futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de [Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida] ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)

0. En ningún momento
1. Muy pocas veces (menos del 10 %)
2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
3. La mayor parte del tiempo (50-60 %)
4. Casi todo el tiempo (más del 80 %).
3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido

0? No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado

1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido
2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

rumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad

4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura
- Especifique \_\_\_\_\_

Actual

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

Alguna vez en la vida

F \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_

Síntomas

Sí #

No #

¿Relacionado con el trauma? Seguro  
 Probable  
 Posiblemente no #

#

#

**Criterio D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.

13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del *acontecimiento*?)

- 0. Nunca
- 1. Una vez
- 2. Dos o tres veces
- 3. Cuatro veces
- 4. Todas o casi todas las noches

Problemas al iniciar el sueño  
# Sí # No #

Despertar durante la noche  
# Sí # No #

Despertar temprano por la mañana  
# Sí # No #

Número total de horas de sueño/noche \_\_\_\_\_

Número deseado de horas de sueño/noche \_\_\_\_\_

¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?)

- 0. Ningún problema con el sueño
- 1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño)
- 2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño)
- 3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño)
- 4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño)

VC (especifique) \_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma?  
Seguro #  
Probable #  
Posiblemente no #

Actual  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

Alguna vez en la vida  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Se ha sentido especialmente irritable o mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del *acontecimiento*?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces por semana
- 3. Varias veces por semana
- 4. Diariamente o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) *Si comunica inhibición* (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema?)

- 0. Ninguna irritabilidad o ira
- 1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz
- 2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente
- 3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado
- 4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física

VC (especifique) \_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma?  
Seguro #  
Probable #  
Posiblemente no #

Actual  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

Alguna vez en la vida  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Muy poco (menos del 10%)
- 2. Algo (aproximadamente el 20-30%)
- 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%)
- 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_

se. Incapaz de concentrarse en las actividades

- 0. No dificultades con concentración
- 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades
- 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades
- 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades
- 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse

VC (especifique) \_\_\_\_\_

- ¿Relacionado con el trauma?
- Seguro #
- Probable #
- Posiblemente no #

Actual  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

Alguna vez en la vida  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

16. (D-4) Hipervigilancia.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Muy poco (menos del 10%)
- 2. Algo (aproximadamente el 20-30%)
- 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%)
- 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_

- 0. No hipervigilancia
- 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia
- 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine)
- 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar/y de la casa
- 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupan una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista

- ¿Relacionado con el trauma?
- Seguro #
- Probable #
- Posiblemente no #

Actual  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #

Alguna vez en la vida  
F \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_

Síntomas  
Sí #  
No #



21. Deterioro social.

Actual. ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han

1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento  
*manifestado en las preguntas anteriores]*

*A lo largo de la vida. ¿Estos síntomas TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? [Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores]*

funcionamiento social permanecen intactos

4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social

0? ¿Ausencia de impacto adverso

Actual afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo?

# *[Considere deterioro en el funcionamiento social social*

2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos

3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del

*Alguna vez en la vida*  
#

22. Deterioro laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Actual. *[Si no está ya claro.]* ¿Está trabajando?

Sí: *¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta]*

No: *¿Le han afectado estos (síntomas TEPT) otra área importante de su vida? [Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?*

*En toda su vida. [Si aún no está claro] ¿Estaba usted trabajando entonces?*

Sí: *¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta]*

No: *¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? [Si es apropiado dé ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?*

0. Ausencia de impacto adverso

1? Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área

2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos

3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otras áreas permanecen intactos

4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área

*Actual*  
#

*Alguna vez en la vida*  
#

**CALIFICACIONES GLOBALES**

23. Validez global.

Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación), y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas

0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas

1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez

2. Adecuada: hay factores presentes que disminuye la validez

3. Pobre: validez reducida sustancialmente

4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación

24. Gravedad global.

Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo

0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional
1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional
  2. Moderada: malestar o deterioro funcional
  3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aún con esfuerzo
  4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento

Actual  
#

Alguna vez en la vida  
#

25. Mejoría global.

Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento

0. Asintomático
1. Mejoría considerable
2. Mejoría moderada
3. Mejoría leve
4. Sin mejoría
5. No hay suficiente información

**SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT**

Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO #	SÍ #
¿Criterio B	n.º de síntomas (S 1)?	NO #	SÍ #
¿Criterio C	n.º de síntomas (S 3)?	NO #	SÍ #
¿Criterio D	n.º de síntomas (S 2)?	NO #	SÍ #
Criterio E	¿Cumple (duración S1 mes)?	NO #	SÍ #
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO #	SÍ #

TEPT ACTUAL. ¿Cumple (criterio A-F)? NO # SÍ #

*Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas.*

*Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un período, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.*

- Desde el *acontecimiento* ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que lo que han sido en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?)
- Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT?
- Si por lo menos ha habido un período, pregunte ítems 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al período peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia?

**SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA**

Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO #	SÍ #
¿Criterio B	n.º de síntomas (S 1)?	NO #	SÍ #
¿Criterio C	n.º de síntomas (S 3)?	NO #	SÍ #
¿Criterio D	n.º de síntomas (S 2)?	NO #	SÍ #
Criterio E	¿Cumple (duración S1 mes)?	NO #	SÍ #
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO #	SÍ #

TEPT a lo largo de la vida. ¿Cumple (criterio A-F)? NO # SÍ #

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS**

26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o ¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de dejó de hacer durante el *acontecimiento*? ¿Dígame culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así?

- 0. Nunca
- 1. Muy pocas veces (menos del 10 %)
- 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
- 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %)
- 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80 %)

- 1. Leve: sentimientos leves de culpa
- 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar, pero todavía controlable
- 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable
- 4. Extrema: sentimientos generalizados de culpa, autocondenación con respecto a la conducta,

*Descripción/Ejemplos:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VC (especifique) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Actual*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Sí #  
 No #  
*Alguna vez en la vida*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Sí #  
 No #

27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al *acontecimiento* cuando los otros no? Dígame algo culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así?

- 0. Nunca
- 1. Muy pocas veces (menos del 10 %)
- 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
- 3. La mayor parte del tiempo (50-60%)
- 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80 %)
- 5. NA (no aplicable)

- 0. Sin sentimientos de culpa
- 1. Leve: sentimientos leves de culpa
- 2. Moderada: sentimientos de culpa definitivamente presentes, algún malestar, pero todavía controlable
- 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar
- 4. Extrema, sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante

*Descripción/Ejemplos:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VC (especifique) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Actual*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Sí #  
 No #  
*Alguna vez en la vida*  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Sí #  
 No #

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? [Distíngalo de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio]. ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? [Si no está claro] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces a la semana
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Diariamente, o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)

- 0. No reducción de la capacidad de darse cuenta
  - 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta
  - 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado
  - 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas
  - 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)
- VC (especifique) \_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma?  
 Seguro #  
 Probable #  
 Posiblemente no #  
 Actual # A lo largo de la vida #

Actual  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntoma  
 s Sí #  
 No #  
 Alguna vez en la vida  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntoma  
 s Sí #  
 No #

29. Sensación de falta de realidad.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? [Si no] (¿Ha habido veces que las cosas parecían familiares?) ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? [Si no está claro] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces a la semana
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Diariamente, o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo de fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto ocurrió? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?)

- 0. No sensación de falta de realidad
  - 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad
  - 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad
  - 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas
  - 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad
- VC (especifique) \_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma?  
 Seguro #  
 Probable #  
 Posiblemente no #  
 Actual # A lo largo de la vida #

Actual  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas Sí #  
 No #  
 Alguna vez en la vida  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_  
 Síntomas Sí #  
 No #



<b>D. Síntomas de hipervigilancia</b>	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F □ I</b>	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F □ I</b>
(13) Dificultad para conciliar o mantener el sueño	##		#	#	#	#
(14) Irritabilidad o accesos de cólera	##		#	#	#	#
(15) Dificultad para concentrarse	##		#	#	#	#
(16) Hipervigilancia	##		#	#	#	#
(17) Sobresalto ante estímulos normales	##		#	#	#	#
D subtotales	##		#	#	#	#
Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos)	##		#	#	#	#
<b>E. Duración de la molestia</b>						
	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
(19) Duración de la molestia de, al menos, un mes	No #	Sí #	No #	Sí #		
<b>F. Angustia importante o interferencia con el funcionamiento</b>						
	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
(20) Angustia subjetiva	#				#	
(21) Interferencia con el funcionamiento social	#				#	
(22) Interferencia con el funcionamiento laboral	#				#	
¿Hay al menos uno S 2 ?	No #	Sí #	No #	Sí #		
<b>Diagnóstico del TEPT</b>						
	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
¿Existe TEPT-se cumplen todos los criterios (A □ F)?	No #	Sí #	No #	Sí #		
Especificar:						
(18) Instauración diferida (S 6 meses de retraso)	No #	Sí #	No #	Sí #		
(19) Agudo (□ 3 meses) o crónico (S 3 meses)	Agudo	crónico	Agudo	crónico		
<b>Valoraciones globales</b>						
	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
(23) Validez global	#				#	
(24) Gravedad global	#				#	
(25) Mejoría global	Agudo	crónico	Agudo	crónico		
<b>Características asociadas</b>						
	<b>Actual</b>		<b>Curso vital</b>			
	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F □ I</b>	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F □ I</b>
(26) Culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos	##		#	#	#	#
(27) Culpabilidad del superviviente	##		#	#	#	#
(28) Reducción de la conciencia de lo que le rodea	##		#	#	#	#
(29) Desrealización	##		#	#	#	#
(30) Despersonalización	##		#	#	#	#

*Anexo 2: Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estrés Postraumático*

1. ¿Viviste o fuiste testigo de alguna acción que pusiera en peligro la vida y que te causara impotencia o miedo?

- **Si**
- **No**

2. ¿Tienes sueños o pensamientos angustiantes y recurrentes?

- **Si**
- **No**

3. ¿Tienes problemas para dormir o mantenerte despierto por culpa del miedo o de la ansiedad?

- **Si**
- **No**

4. ¿Tienes recuerdos angustiantes de alguna situación, con imágenes o pensamientos?

- **Si**
- **No**

5. ¿Tienes problemas para concentrarte o para recordar algún acontecimiento?

- **Si**
- **No**

6. ¿Experimentas reacciones corporales que te remiten a una situación traumática? (Olores, sensaciones, etc.)

- **Si**
- **No**

7. ¿Reaccionas de forma exagerada a ciertas situaciones o personas con facilidad?

- **Si**
- **No**

8. ¿Evitas ciertos tipos de lugares porque te recuerdan el pasado?

- **Si**
- **No**

9. ¿Tienes problemas para conectar con la gente?

- **Si**
- **No**

10. ¿Te asustas con facilidad?

- **Si**
- **No**

11. ¿Te sientes triste o culpable con frecuencia?

- **Si**
- **No**

12. ¿Tu rutina alimenticia ha sufrido cambios? (Aumento o pérdida del apetito)

- **Si**
- **No**

13. ¿Has tenido dolores de cabeza, fatiga crónica o tensión recientemente, y los síntomas han durado varios días?

- **Si**
- **No**

14. ¿Para ti es difícil imaginar un futuro estable, con trabajo, matrimonio o hijos?

- **Si**
- **No**

15. ¿Notas que estás perdiendo el interés por las actividades de tu día a día?

- **Si**
- **No**

### **Anexo 3: Inventario de Síntomas SCL-90-R**

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
  - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
  - 3) Sensibilidad interpersonal (SI)
  - 4) Depresión (DEP)
  - 5) Ansiedad (ANS)
  - 6) Hostilidad (HOS)
  - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
  - 8) Ideación paranoide (PAR)
  - 9) Psicoticismo (PSIC).
- 
- 1) Índice global de severidad (IGS)
  - 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
  - 3) Total, de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

#### **LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.**

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

##### **SOMATIZACIONES**

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

##### **OBSESIONES Y COMPULSIONES**

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

##### **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL**

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

##### **DEPRESIÓN**

Los ítems que integran esta subes cala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de

motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

### **ANSIEDAD**

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

### **HOSTILIDAD**

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

### **ANSIEDAD FÓBICA**

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

### **IDEACIÓN PARANOIDE**

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

### **PSICOTICISMO**

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

### **ITEMES ADICIONALES.**

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano. 66: Sueño

intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

### **INDICES GLOBALES.**

**1) Índice de Severidad Global:** es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

**2) Total de síntomas positivos (STP):** se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

**3) Índice de Malestar Positivo (PSDI):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

## Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

### 1) SOMATIZACIONES:

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49.... 52.... 53.... 56.... 58.....Total (dividir): ...

### 2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3.... 9.... 10.... 28.... 38.... 45.... 46.... 51.... 55.... 65.... Total (dividir): ...

### 3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6.... 21.... 34.... 36.... 37.... 41.... 61.... 69.... 73.... Total (dividir): ...

### 4) DEPRESIÓN:

5.... 14.... 15.... 20.... 22.... 26.... 29.... 30... 31... 32...54... 71... 79.... Total (dividir): ...

### 5) ANSIEDAD:

2.... 17.... 23.... 33.... 39.... 57.... 72.... 78.... 80.... 86.... Total (dividir): ...

### 6) HOSTILIDAD:

11.... 24.... 63.... 67.... 74.... 81.... Total (dividir): ...

### 7) ANSIEDAD FÓBICA:

13.... 25.... 47.... 50.... 75.... 82.... Total (dividir): ...

### 8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8.... 18.... 43.... 68.... 76.... 83.... Total (dividir): ...

### 9) PSICOTICISMO:

7.... 16.... 35.... 62.... 77.... 84.... 85.... 87.... 88.... 90.... Total (dividir): ...

**INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS):** Total: ...

**TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP)** Total: ...











## VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998.

SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORIAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t
Somatizaciones	0,92	0,69	0,47	0,47*
Obsesiones, compulsiones	1,28	0,78	0,98	0,70
Sens. Interpersonal	1,22	0,78	0,74	0,57*
Depresión	1,19	0,80	0,65	0,53*
Ansiedad	1,09	0,81	0,56	0,54*
Hostilidad	1,10	0,90	0,91	0,80
Ansiedad fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ideaciones paranoides	1,07	0,89	0,75	0,71*
Psicoticismo	0,69	0,65	0,41	0,46*
I. Severidad Global	0,17	0,11	0,11	0,08*
Síntomas Positivos	43,23	18,8	30,53	16,6
P.S.T.	1,97	0,55	1,77	0,55

\* Se han encontrado diferencias significativas según género  $p < 0.01$

### SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes N: 313 13-17 años MUJERES												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83

#### *Anexo 4: Ficha Sociodemográfica*

A continuación, se presenta una corta encuesta para recolección de datos y se solicita la mayor objetividad posible con la finalidad de mejorar los resultados del presente estudio.

Edad:

1. Grado de escolaridad:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Universitaria
- d. Maestría

2. Estado civil

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Divorciado/a
- d. Unión libre
- e. Viudo/a

3. Religión

- a. Cristianismo
- b. Catolicismo
- c. Protestante
- d. Ateísmo
- e. Otra

4. ¿Con cuantas personas convive en su hogar contando con usted?

- a. 1 a 2
- b. 3 personas
- c. 4 personas
- d. 5 o más

5. Situación económica

- a. Buena
- b. Mala
- c. Regular

6. Actualidad laboral

- a. Cuento con trabajo

- b. Cuento con trabajo temporal
- c. No cuento con trabajo

7. ¿Qué sensaciones tuvo tras la pérdida del trabajo?

- a. Estrés
- b. Frustración
- c. Tristeza
- d. Desesperanza
- e. Otro
- f. No es mi caso

8. ¿Qué reacciones a percibido durante la pandemia?

- a. Temor
- b. Incertidumbre
- c. Angustia
- d. Indiferencia
- e. Otro

9. ¿A padecido de covid 19?

- a. Si
- b. No
- c. No estoy seguro

10. ¿Qué sensaciones percibió durante el periodo de recuperación?

- a. Ansiedad
- b. Desesperación
- c. Temor
- d. Indiferencia
- e. Otro
- f. No he estado en aislamiento

11. ¿Cómo tomó la familia el aislamiento domiciliario?

- a. Se manejó de forma ordenada y con medidas de protección
- b. Se manejó desordenada y sin medidas de protección
- c. No se ha manejado el aislamiento

12. ¿Cómo ha sido la convivencia de la familia durante la cuarentena?

- a. Buena, se aprovechó para formar lazos más fuertes
- b. Regular, se originaron conflictos, pero se pudo sobrellevar
- c. Mala, no se pudo convivir y fue lo peor que le pasó a la familia

*Anexo 5: Consentimiento Informado*



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

INVESTIGACIÓN EN EVIDENCIAS DE DAÑO PSICOLOGICO EN  
VICTIMAS DE VIOLENCIA PRESENTADAS EN EL CENTRO DE SALUD  
UNCOVIA DE LA CIUDAD DE CUENCA

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente Investigación que tiene como propósito determinar la existencia de daño psicológico en víctimas de violencia.

De antemano me ha aclarado el investigador Psi. Gabriel Bustamante, que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

Mi participación consiste en responder un cuestionario cuyos datos proporcionados por mí serán totalmente confidenciales sin que exista la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar o continuar el estudio de esta investigación si así lo decido en el momento que lo desee sin que se origine problema alguno. El autor del trabajo de investigación, me ha informado que es el responsable de este estudio que está realizando como medio para la realización de su tesis.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

Fecha \_\_\_\_\_

## *Anexo 6: Solicitud Uncovia*



Cuenca, 29 de Julio del 2021.

Cordial saludo.

Por medio del presente oficio, solicito amablemente la autorización por parte de la psicóloga clínica Michelle Vera del departamento de psicología del Centro de Salud Uncovia, con la finalidad de realizar mi trabajo de investigación titulado “evidencias de daño psicológico en víctimas de violencia presentada en el Centro de Salud Uncovia”. Mediante esta solicitud se plantea cumplir con lo propuesto en el diseño de tesis ya aprobado por el tribunal encargado de la Universidad del Azuay. El trabajo a realizarse consta de la aplicación de una ficha sociodemográfica y posteriormente el llenado de dos encuestas autorizadas por cada paciente mediante un consentimiento informado. Los objetivos a cumplir son entrevistar a veinte pacientes víctimas de violencia para la obtención de los resultados esperados, su posterior exposición con el centro de salud Uncovia y finalmente presentar un plan de prevención.

Agradezco de antemano por la apertura a la presente solicitud.

Atentamente:

---

Gabriel Horacio Bustamante García  
Código: 81278  
Correo: [gabobtte@es.uazuay.edu.ec](mailto:gabobtte@es.uazuay.edu.ec)  
Teléfono: 0992723860

---

Michelle Vera  
Psicóloga Clínica del Centro de Salud Uncovia

# En casa NO te contagies de violencia



**La violencia generada en el hogar marca las peores cicatrices, esas que no se ven y que detonan un comportamiento errático a futuro.**

*Detén a tiempo el daño causado por este u otro tipo de violencia, busca ayuda **!ahora!***

**Departamento de psicología del centro de salud Uncovia**

Según una encuesta realizada en el centro de Salud Uncovia, el 35% de las consultas realizadas al departamento de psicología son por conflictos familiares que en su gran mayoría son enviados por la junta cantonal. De esta manera se evidencia que es la intervención de las autoridades para la remisión de casos, que, al existir una denuncia de violencia, el número de casos que acuden generalmente son por conflictos graves.

## EN CASA NO TE CONTAGIES DE VIOLENCIA

DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGÍA DEL  
CENTRO DE SALUD  
UNCOVIA  
C. CIMARRONES, CUENCA  
(07) 290-0059

Hace un llamado a todas las familias de la comunidad para que fomente el respeto, la tolerancia y la sana convivencia dentro de los hogares.

La violencia intrafamiliar es un problema de carácter social, que constituye el origen de los problemas que las personas suelen presentar fuera del hogar al venir de familias disfuncionales y de años de maltratos y negligencias.

Ministerio  
de Salud  
Pública

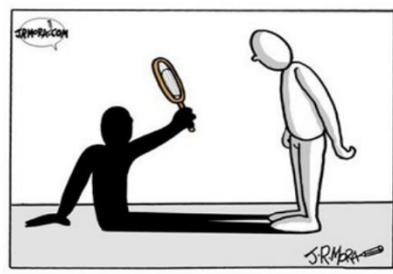


Gobierno  
14 de Enero  
Juntos  
la logramos

Anexo 8: Tríptico Informativo sobre la Violencia Intrafamiliar

Los problemas intrafamiliares surgen en consecuencia a la falta de crianza, el maltrato, e incluso al abandono, que, sumado a la ausencia de reglas y límites, ocasiona un descarrilamiento de sus miembros. Se considera un problema de interés social por las repercusiones que se evidencian en la sociedad, como la delincuencia, la drogadicción, la prostitución, el desempleo o la pobreza que lleva a estas personas a coexistir en un mundo desfavorable desde su niñez.

No repetamos las mismas conductas y errores.



¿Es más probable que un joven sea violento si ha estado expuesto a comportamientos violentos en su familia durante la infancia? ¿Marca la violencia intrafamiliar patrones que se repiten generación tras generación? Estudios de países como Estados Unidos, Países Bajos, el Reino Unido o Suecia muestran que existe transmisión intergeneracional de la violencia y consideran a esta una de las causas del crimen y la violencia.

### CICLO INTER-GENERACIONAL



Anexo 9: Tríptico Informativo sobre la Violencia Intrafamiliar

# **LA VIOLENCIA NO SOLO SON GOLPES**

La violencia psicológica se considera como invisible, ya que en la mayoría de casos no se puede evidenciar el maltrato que incluye insultos, denigraciones, menosprecio, desvalorización, lo cual influye directamente a nivel emocional en la víctima.

**Si eres víctima de éste u otro tipo de violencia, busca ayuda y no permitas que tus miedos se apoderen de ti.**

Departamento de psicología del centro de Salud Uncovia

Ministerio  
de Salud  
Pública



Gobierno  
del Encuentro | Juntos  
lo logramos

## La violencia no solo son golpes

¿Sabes identificar el maltrato psicológico?

Ayúdanos a combatirlo.  
Si eres víctima o conoces de alguien que sufra de este u otro tipo de maltrato, ¡denuncia!

Departamento de psicología del Centro de Salud Uncovia

C. Cimarrones, Cuenca  
(07) 290-0059

Se denomina violencia psicológica a toda aquella agresión realizada sin la intervención del contacto físico entre las personas. Se puede dar por una o más personas a la vez y se manifiesta básicamente de forma verbal mediante descalificativos, humillaciones, desvalorizaciones, menosprecios, etc. Estas conductas ocasionan daño en la víctima a nivel emocional y pueden darse en todos los ámbitos: familiar, escolar, social, o laboral. Además, en muchas ocasiones este tipo de violencia suele presentarse de forma progresiva e ir incidiendo poco a poco en la persona, de forma que esta no percibe el daño real hasta que ya se encuentra bajo el control del otro de forma dependiente, con miedo, con coacción.

Las personas que sufren de este tipo de violencia, no solo enfrentan las agresiones verbales, amenazas, humillaciones o el desprecio de sus agresores, sino que también luchan silenciosamente con ellas mismas, ya que se culpabilizan e incluso llegan a creer que merecen este tipo de maltrato.



Anexo 11: Tríptico Informativo sobre la Violencia Psicológica

Según una encuesta realizada en el centro de salud Uncovia, el 20% de las consultas fueron en referencia a vivencias estresantes que incluyen amenazas, aislamiento, insultos, humillaciones, manipulaciones, etc.

No dejes pasar las señales y ¡elige vivir!

La violencia psicológica implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre la víctima. La víctima no se da cuenta hasta que el abuso, la manipulación y el maltrato se han instaurado crónicamente en la relación. Por lo general la toma de conciencia y la búsqueda de ayuda llegan cuando la autoestima ya se encuentra disminuida y gravemente lesionada.



Aunque para la justicia las agresiones físicas tengan mayor peso que las psicológicas, es importante determinar siempre una valoración de la víctima, ya que los conflictos internos sin resolver pueden ocasionar un patrón de conductas aversivas que incluso llegan a generar lesiones autoinflingidas.

Anexo 12: Tríptico Informativo sobre la Violencia Psicológica

CAMPAÑA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

EL AMOR

NO ES

ABUSIVO

Según estudios realizados en el centro de salud Uncovia de la ciudad de Cuenca, de cada 20 pacientes que acuden a consulta psicológica, 7 lo hacen por violencia de género.

Ministerio  
de Salud  
Pública



Gobierno  
del Encuentro | Juntos  
lo logramos

¿Conoces a alguien que necesite ayuda?

Podemos ayudar a detener el malestar

Departamento de Psicología del Centro de Salud Uncovia

C. Cimarrones y De La Torcaza

(07) 290-0059

**NO MÁS  
VIOLENCIA DE  
GÉNERO**

Anexo 13: Póster para Campaña de Prevención contra la Violencia de Género

La violencia de género es un problema recurrente que surge a partir de la denigración y sumisión ejercida sobre una persona del sexo opuesto en condición de indefensión y vulnerabilidad generada por su rol, lo cual atenta a su identidad como parte de un sector al que pertenece, que, en la mayoría de casos de ésta índole, es el sexo femenino, personas de orientaciones homosexuales, bisexuales, asexuales, transexuales entre otros.



**NO LE LLAMES AMOR**



Departamento de Psicología  
Centro de Salud Uncovia

Contáctanos

C. Cimarrones, Cuenca  
[\(07\) 290-0059](tel:072900059)

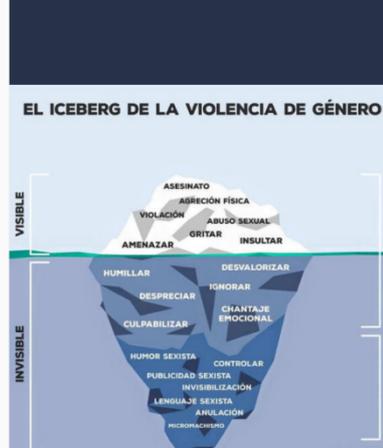
**ESTAMOS CONTIGO**

**A la violencia de género  
la combatimos todos**

Anexo 14: Tríptico Informativo sobre la Violencia de Género

Muchos de los casos que se presentan ante la justicia, llegan a tener repercusión debido a la evidencia que se presenta en las lesiones físicas provocadas por el abuso de los agresores. El maltrato físico deja secuelas evidentes, pero ¿Qué pasa con los otros efectos de la violencia de género y el deterioro emocional que sufre la víctima durante la relación e incluso tiempo después de haber acabado con la situación de violencia a la que se ve sometida?

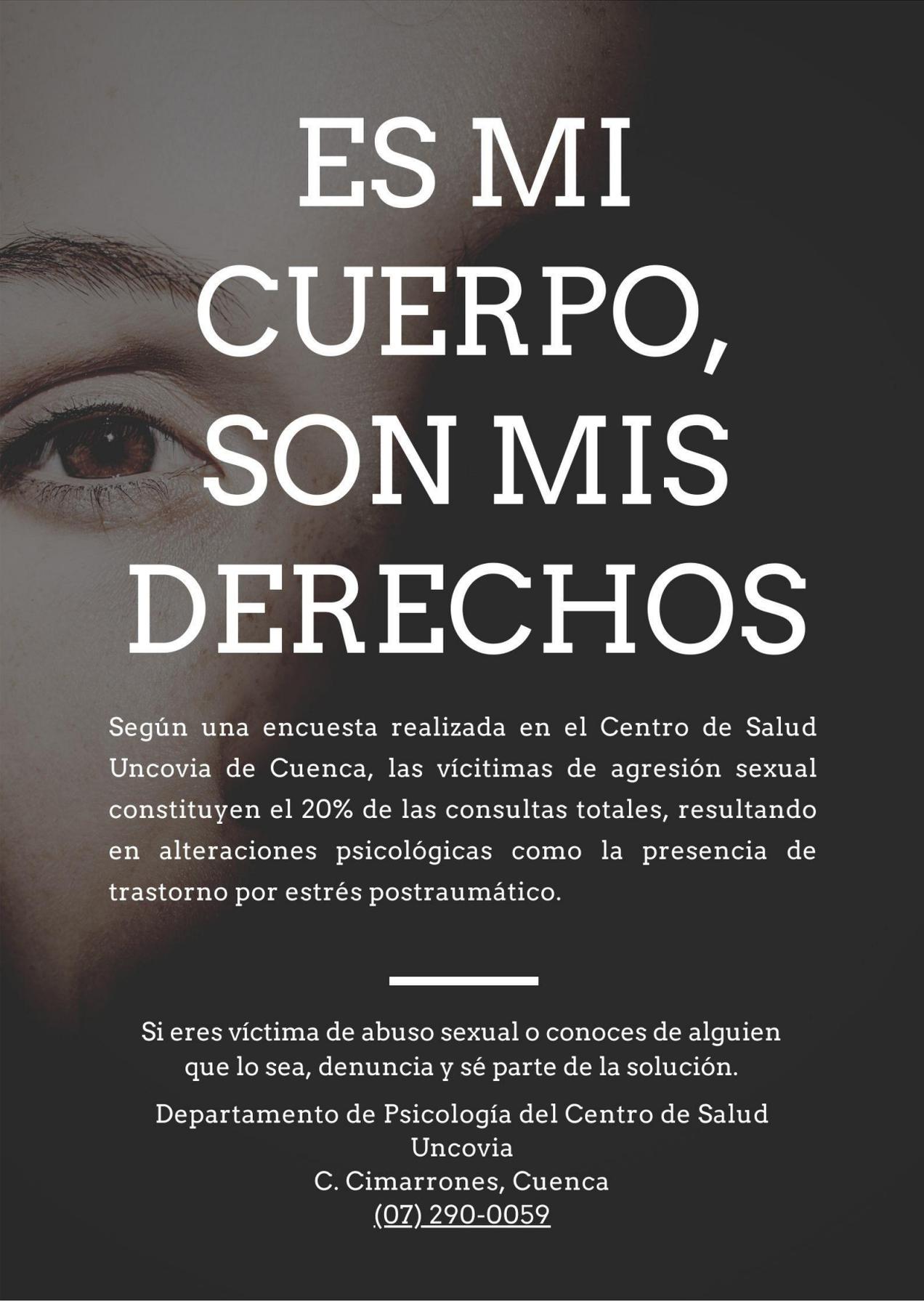
Desde el punto de vista de la salud mental de la víctima, la exposición a la violencia o abuso emocional continuo (acoso), aun cuando no exista maltrato físico, provoca consecuencias muy graves que requieren de tratamiento terapéutico adecuado para impedir la formación de trastornos que lleven a la víctima a perder su bienestar.



**EL ICEBERG DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Ahora que lo ves,  
di no más.**

Anexo 15: Tríptico Informativo sobre la Violencia de Género

A close-up, high-contrast photograph of a person's eye, looking directly at the camera. The eye is brown and detailed, with dark eyeliner and mascara. The background is dark and out of focus.

# ES MI CUERPO, SON MIS DERECHOS

Según una encuesta realizada en el Centro de Salud Uncovia de Cuenca, las víctimas de agresión sexual constituyen el 20% de las consultas totales, resultando en alteraciones psicológicas como la presencia de trastorno por estrés postraumático.

---

Si eres víctima de abuso sexual o conoces de alguien que lo sea, denuncia y sé parte de la solución.

Departamento de Psicología del Centro de Salud  
Uncovia  
C. Cimarrones, Cuenca  
(07) 290-0059

## AHORA QUE LO VES, DI NO MÁS.

El silencio que la víctima es inducida a guardar, en la mayor parte de los casos, con el tiempo de duración de los abusos sexuales, con la edad y etapa de desarrollo de la víctima, la llevan a valerse de ciertos mecanismos de defensa como la negación, la disociación y la identificación con el agresor para soportar el dolor y la confusión que vive al ser abusada sexualmente, lo que la conduce a su vez a normalizar este evento, es decir, percibirlo como una experiencia habitual.

Departamento de Psicología  
Centro de Salud Uncovía



### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección: C. Cimarrones, Cuenca  
Teléfono: (07) 290-0052

Ministerio  
de Salud  
Pública



V. Gobierno  
de la  
República

## NO MÁS NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

La normalización del abuso sexual es descrita como un efecto que se produce cuando la situación abusiva no ha sido interrumpida por la intervención de algún cercano a la víctima, que generalmente ocurre en etapas del desarrollo tempranas y que ocasionan la formación de comportamientos erráticos asociados a pensamientos distorsionados, producto del abuso. Al ser un problema repetitivo en el contexto de la sociedad ecuatoriana, cada caso no debe ser manejado como parte de la estadística alarmante de casos, si no mas bien como símbolo de la lucha contra la violencia sexual.

Anexo 17: Tríptico Informativo sobre la Violencia Sexual

### CONSECUENCIAS

La violencia sexual tiene las consecuencias más durables e importantes sobre la salud psíquica y física, ya que pueden hacer correr un riesgo vital en las víctimas, que muchas veces atentan con su propia vida en consecuencia por las secuelas que dejan estos sucesos.

Los abusos sexuales forman parte de los traumatismos que están al origen de un alto porcentaje de trastornos psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, depresión, entre otros. Estos trastornos generados pueden durar desde meses hasta años, o toda la vida de no ser atendidos apropiadamente. Además, los abusos sexuales tienen un impacto en la personalidad, sobre la vida social, escolar, profesional, familiar y, sobre todo, amorosa.

Si estamos acabando  
con el covid 19,  
también lo podemos  
lograr con la violencia,  
denuncia ya.

Si eres víctima de violencia  
o conoces a alguien que lo sea,  
contáctanos o busca ayuda.  
El momento de actuar es **jahoraj**



### ¿POR QUÉ DECIDIMOS CALLAR?

Para lograr una mayor comprensión sobre estos casos multifactoriales, es necesario plantarse puntos de vista estratégicos sobre incógnitas como el porqué del silencio de las víctimas, que, a pesar de vivir experiencias traumáticas, esconden su sintomatología.

Es así que para explicar este comportamiento que se evidencia en este tipo de violencia, es importante mencionar el Síndrome de Estocolmo, que es un cuadro psicológico en que la víctima establece lazos emocionales con su victimario y decide protegerlo a pesar del daño recibido.

Se da sobre todo cuando el ejercicio de poder se prolonga mucho tiempo y el agresor hace ver que es una víctima necesitada de compasión.

Anexo 18: Tríptico Informativo sobre la Violencia Sexual