

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencia Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Importancia del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia
intrafamiliar**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mariela Guadalupe García Orantes

Guatemala mayo 2014

**Importancia del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia
intrafamiliar**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mariela Guadalupe García Orantes

Asesora: M.A. Rebeca Ramírez de Chajón

Guatemala mayo 2014

Autoridades de Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M.A. Cesar Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Decana

M.A. Mario Salazar

Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

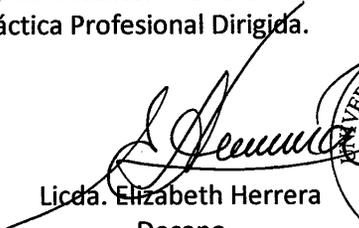
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Mariela Guadalupe García Orantes
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social** de esta Facultad
solicita autorización para realizar su **Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Mariela Guadalupe García Orantes** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano

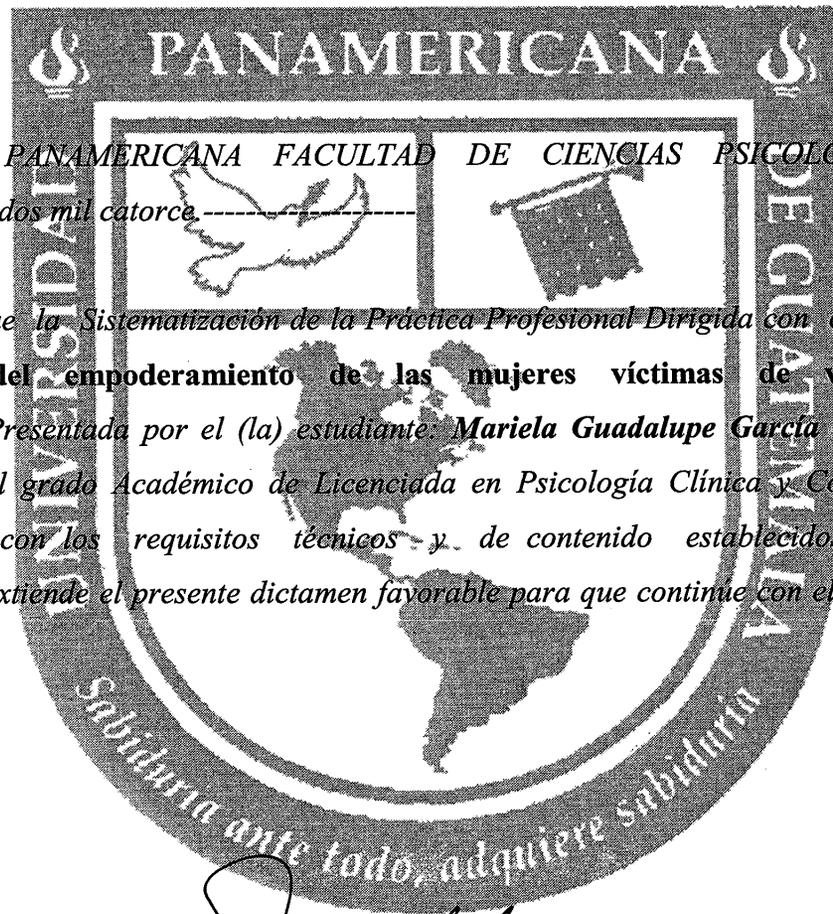




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“Importancia del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar”. Presentada por el (la) estudiante: **Mariela Guadalupe García Orantes**,
previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor



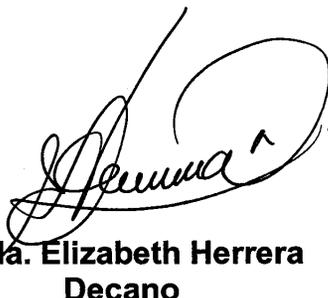
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala enero dos mil catorce.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Importancia del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar”**. Presentada por el (la) estudiante **Mariela Guadalupe García Orantes**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mayo dos mil catorce.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Importancia del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar". Presentada por el (la) estudiante: Mariela Guadalupe García Orantes, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: Para efectos legales, únicamente la sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Dedicatoria A:

Dios, mi Creador y Sustentador
Jesús, mi Señor y Salvador, a quien
rindo todo el Honor, la Gloria y la Honra,
por su gracia estoy aquí.
Espíritu Santo, por la sabiduría y entendimiento,
Por su consuelo en momentos difíciles

A mi amado esposo, Samuel
Por aventurarse a compartir su amor conmigo,
por ser incondicional, por su paciencia.
Por creer en mis sueños
y apoyarme para cumplir mis anhelos.

A los tesoros de mi corazón,
Shalom, Arturo y Esteban,
la herencia que Dios me ha dado, gracias por su comprensión,
su compañía, su ayuda, por compartir
sus conocimientos y darme ánimo para terminar la carrera.

A mi madre
María Esperanza, por su amor, su ejemplo de lucha, por
sus oraciones al Creador por mí,
dieron buen resultado

A mi familia
Por su cariño, por compartir las lecciones
aprendidas y acompañarme en el recorrido de la vida.

A Sandri, gracias amiga por siempre estar para mí.

A la Promoción 2009-2013 de Psicología Clínica
En especial a Carolina, María, Yosselin, y Sandra
Por compartir el camino del aprendizaje con calidad y excelencia,
gracias por su amistad.

A Unidad de Cuidados Paliativos, personal y pacientes,
Por enseñarme a valorar cada etapa de la vida y
abrir sus puertas para desarrollar el aprendizaje.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Descripción y ubicación de la Unidad de Cuidados Paliativos	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Organigrama	3
1.4 Planteamiento del problema	4
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1 Formas más comunes de violencia intrafamiliar hacia las mujeres en Guatemala	6
2.1.2 Crecimiento emocional	8
2.1.3 Emociones	8
2.2 Emociones más reconocidas	10
2.2.1 Género	13
2.2.2 Diferencia entre sexo y género	14
2.2.3 Género y patriarcado	15
2.2.4 Género y poder	16
2.2.5 Proceso de identidad femenina y género	17
2.3 La violencia como manifestación del ejercicio del poder en el espacio privado del hogar.	18
2.3.1 Tipos de violencia intrafamiliar	20
2.3.2 Ciclos de la violencia	24
2.3.3 Consecuencias de abuso intrafamiliar en la mujer	25
2.3.4 Marco Legal de apoyo a la no violencia intrafamiliar	29
2.4 En qué consiste el empoderamiento	31
2.4.1 Principios de empoderamiento de las mujeres	32
2.4.2 Empoderamiento en las mujeres Grupo de sobrevivientes de Guatemala	33

2.4.3 Principios empoderamiento de las mujeres	35
2.4.4 Los derechos de la mujer	36
2.4.5 Empoderamiento y habilidades de liderazgo de las mujeres	38
2.5 Procesos de Abordaje inmediato en casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	39
2.6 Procesos de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	42
2.6.1 Terapia individual	42
2.6.2 Las principales corriente psicoterapéuticas a nivel individual	45
2.6.3 Terapia de pareja	47
2.6.4 Terapia Familiar	50
2.6.5 Terapia grupal	51
2.6.5 Grupos de apoyo	51
Capítulo 3	55
Marco Metodológico	55
3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida	55
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida	55
3.3 Población atendida en el centro de Práctica Profesional Dirigida	56
3.3.1 Cronogramas de actividades realizadas	57
3.3.2 Actividades normales de práctica	58
3.3.3 Talleres u otras actividades especiales	59
Capítulo 4	62
Presentación de Resultados	62
4. Análisis de resultados	62
4.1 Logros	63
4.2 Análisis	63
4.3 Limitaciones	63
4.4 Presentación de caso	64
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
Referencias	72
Anexos	80

Resumen

La sistematización de Práctica Profesional Dirigida, que a continuación se presenta, está dividida por varios capítulos, en donde se puede encontrar; en el primer capítulo el Marco de Referencia, informa sobre el lugar donde se realizó dicha práctica profesional, siendo la Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional contra el Cáncer INCAN, Guatemala; además del planteamiento del problema de la investigación cualitativa y sus respectivos objetivos general y específicos.

En el capítulo dos, refiere información sobre el Marco Teórico, que sustentan el tema de investigación sobre el tema escogido, características de las emociones y desarrollo de temas de importancia en relación a la violencia intrafamiliar que sufren las mujeres en Guatemala, las particularidades del empoderamiento en mujeres víctimas y las habilidades que desarrollan con el acompañamiento de instituciones nacionales de apoyo emocional, psicológico y físico.

En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada en la práctica profesional dirigida, y en la investigación temática realizada.

En el capítulo cuatro, se proporciona la presentación de resultados de práctica profesional dirigida, incluye un informe clínico de caso relevante y su desarrollo, plan terapéutico y el cierre del mismo; así como detalles sobre el diagnóstico multiaxial y el resultado del tratamiento terapéutico, luego se encuentran las respectivas conclusiones y recomendaciones, y los anexos con sus descripciones.

Introducción

La investigación sobre la violencia intrafamiliar es un tema indagado desde hace mucho tiempo, sin embargo, su importancia ha sido relevante por los múltiples casos que a diario se registran en Guatemala y el porcentaje de crecimiento a nivel nacional.

Es por ello que en la presente investigación se encontrará información de suma importancia tanto para el investigador como para quienes son víctimas de violencia intrafamiliar en todos los aspectos atribuidos por ley, tratados y acuerdos nacionales e internacionales, sobre los derechos, la protección, el acompañamiento psicológico, jurídico y de empoderamiento que tiene toda mujer que ha sido o es víctima de violencia intrafamiliar.

La importancia de la investigación radica en las habilidades que la mujer, que es o ha sido víctima de violencia intrafamiliar puede desarrollar con el acompañamiento psicológico para resolver el efecto psicológico, emocional, afectivo, físico y económico, que deja la vivencia con una pareja problemática; además de las consecuencia de autoestima, desvalorización y menosprecio de sí misma.

La información que las mujeres tienen acerca de las instituciones gubernamentales como privadas, son escasas, por lo que es de relevancia inquirir en la divulgación de los medios de los que puede hacer uso la mujer y los servicios que ofrecen en bienestar y en muchos casos salvaguardar la vida de ella y de sus hijos.

Promover sobre los derechos que institucional y mundialmente existen acerca de los derechos que la mujer tiene en cada área de su vida es primordial para colaborar en reducir la cantidad de denuncias que a diario van en aumento en nuestro país; lo que también puede incidir en la mejoría de calidad de vida tanto para mujeres como para su hijos, quienes en determinadas situaciones son también víctimas de los abusos y cuyas consecuencias psicológicas son marcadas para el resto de sus vidas.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción y ubicación de la Unidad de Cuidados Paliativos

La Práctica Profesional Dirigida, se realizó en el Instituto de Cancerología INCAN y Hospital Bernardo del Valle, donde se atienden pacientes diagnosticados con Cáncer. El cáncer es una enfermedad terminal que se desarrolla en diferentes fases, cada una de ellas con características, pronósticos y avance diferentes, pero con el mismo dolor emocional, afectivo y económico para pacientes y familiares.

Dentro del INCAN y sus diferentes áreas de seguimiento, se encuentra la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), lugar determinado para el tratamiento paliativo en caso de un diagnóstico terminal. En UCP se atienden pacientes de diferentes edades, géneros, condición económica y escolar de toda la República de Guatemala.

En UCP trabaja un equipo multidisciplinar, médicos, psicólogos, asistente y voluntaria, quienes se ocupan de manera simultánea para lograr la mejoría del y la paciente en estado delicado, y quienes necesitan asistencia para el final de la vida, en cuanto al cuidado del o la paciente que tienen a su cargo.

En la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) se respalda y colabora psicológicamente con las familias en las cuales alguno de sus miembros es diagnosticado y pronosticado con cáncer. El efecto que este tipo de información produce en las familias muchas veces es devastador, además de tener un alto costo económico, las familias se ven afectadas emocional y afectivamente ante la información recibida. No todas las familias y pacientes están preparadas para asumir toda la responsabilidad que conlleva tener a su cargo un paciente con cáncer. Además de tener un apoyo emocional o el acompañamiento en las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad el paciente y su familia recibe de UCP recibe tratamiento para el dolor y en general el control de

síntomas que conlleva el desarrollo y avance del cáncer, ya que la evolución de dicha enfermedad tiene como efecto el sufrir dolor intenso que se agrava cada día.

1.2 Misión

Mejorar la calidad de vida y evitar el sufrimiento innecesario del paciente y su familia brindando cuidados paliativos de acuerdo a las normas internacionales de calidad, de manera irracional y eficiente, en la forma y en el lugar adecuado en función de su nivel de complejidad, con una planificación inicial y adaptabilidad progresiva, adecuada al nivel de la necesidad del paciente.

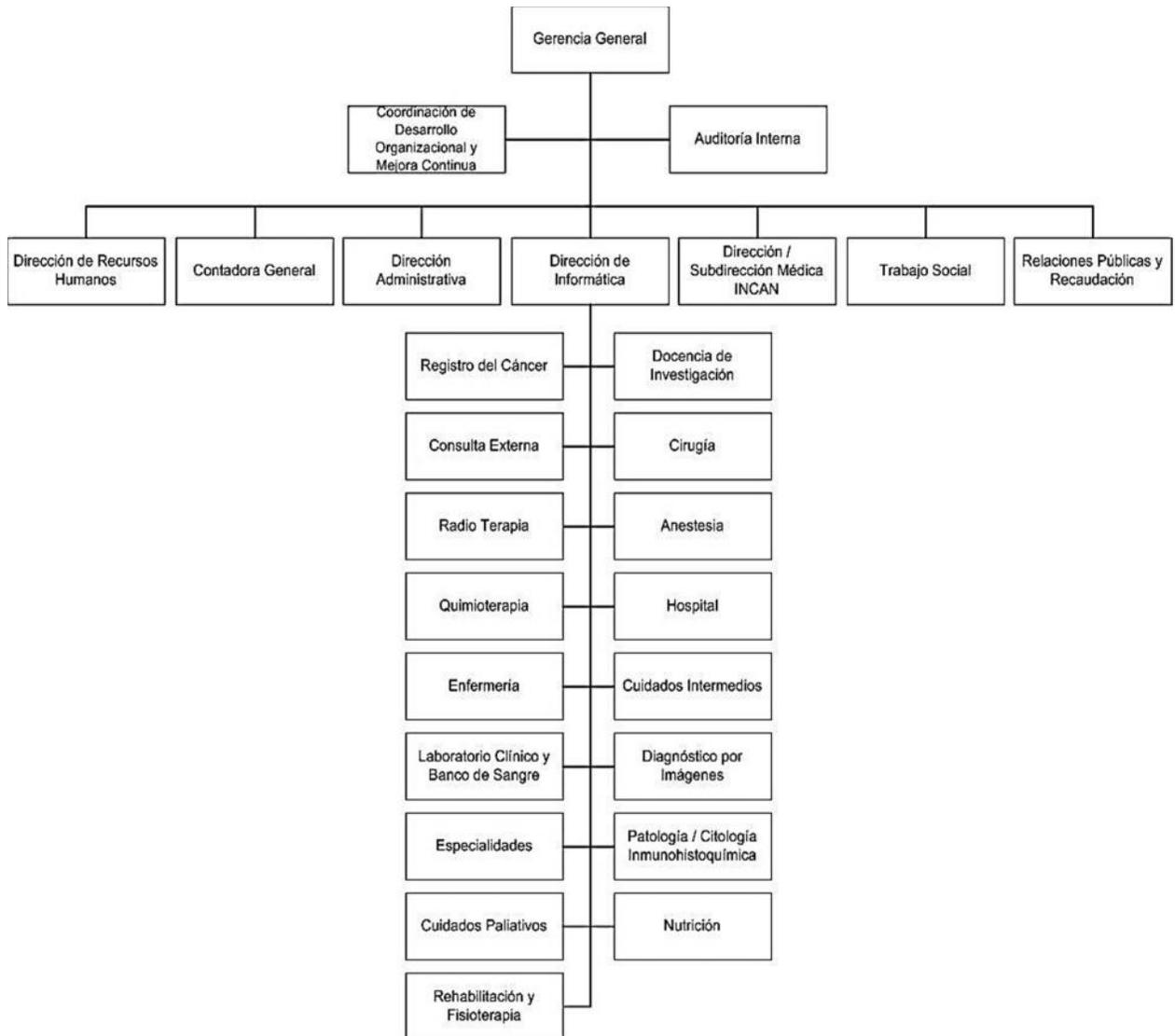
1.3 Visión

El Departamento de Cuidados Paliativos será un centro de excelencia en cuidados, un modelo reproducible en atención, educación e investigación que permita el abordaje interdisciplinario de las necesidades del paciente y a su vez el desarrollo de los Cuidados Paliativos dentro y fuera del INCAN.

En Unidad de Cuidados Paliativos se trabaja para que el paciente se concientice acerca de su necesidad de cuidado pero también en la colaboración que él o ella misma pueden dar para que el tratamiento sea eficaz y liberar de alguna manera a su familia que también se ve o siente cargada ante tanta responsabilidad.

En Unidad de Cuidados Paliativos se cuida del estado emocional del paciente tanto como de su familia con sesiones constantes para conocer su estado de ánimo, la toma de medicamentos y el funcionamiento de la red de apoyo (cuidado) familiar si lo tiene, y en determinados casos se preocupa y/o ocupa de la formación de la red para el mejor desenlace tanto para el paciente como para la familia. Una de las situaciones más difíciles es comunicar de manera sencilla, clara, pero humana los preparativos para el final de la vida. Esta información se proporciona a los familiares del paciente cuando su deterioro físico es cada vez más evidente.

1.4 Organigrama



Fuente: Elaboración propia, colaboración de Fernanda González, con información de INCAN.

1.4 Planteamiento del problema

El abuso al que las mujeres en Guatemala atraviesan desde hace mucho tiempo y el cual ha sido investigado por diferentes áreas, muestran las reacciones tanto físicas, emocionales, psicológicas, económicas y afectivas, a las cuales se ven sometidas.

Las reacciones a nivel físico y emocional, muestran que algunos de los síntomas que sufren las mujeres víctimas de abuso intrafamiliar son: tristeza profunda, dificultad para conciliar el sueño, depresión, ansiedad, aislamiento, sumisión excesiva y deterioro de las relaciones interpersonales y familiares.

Las causas que provocan estas reacciones tienen su origen de los diferentes abusos por los que ha pasado y en algunos casos siguen viviendo las mujeres, entre ellos están: el abuso físico, sexual, emocional, psicológico y económico, agregado a ello el abandono que sufren por parte de la propia familia. La vida de las mujeres que han sido víctimas de violencia ha aumentado en los últimos años, y, en toda la población; tanto de la ciudad capital como de los departamentos.

Las secuelas marcan significativamente la vida de las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar y la pobre información que poseen sobre los derechos que tienen legalmente, hace que sean cada vez más vulnerables al abuso.

En el caso del maltrato físico, las evidencias pueden percibirse a simple vista, sin embargo, los de tipo emocional, afectivo y económico, muchas veces pueden evadirse; aunque, se notan en otros aspectos, como: el aislamiento y la tristeza. Además de enfermedades físicas, desvalorización de sí misma y baja autoestima.

Los efectos que aquejan a cada mujer son distintos dependiendo de la manera en que cada una de ellas enfoque la solución a la situación que vive, obtener la asistencia necesaria tanto en el aspecto legal como psicológico, permite que la mujer pueda salir con el desarrollo de habilidades para enfrentar y aprender a vivir con nuevas perspectivas de la vida y de sí misma.

Por medio del acompañamiento psicológico y legal, la mujer puede afrontar las secuelas y seguir adelante en la vida.

Por lo anterior expuesto, se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la importancia de empoderar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en su crecimiento emocional?

Objetivo general

Determinar la importancia del empoderar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en su crecimiento emocional.

Objetivos específicos

- 1) Enlistar principales tipos de violencia intrafamiliar que viven las mujeres en Guatemala.
- 2) Describir principales mecanismos de empoderamiento para fortalecer emocionalmente a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
- 3) Enumerar principales procesos psicoterapéuticos para abordar casos en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
- 4) Estructurar una propuesta psicoeducativa de aporte al centro donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Formas más comunes de violencia intrafamiliar hacia las mujeres en Guatemala

La Dirección de Investigación en Derechos Humanos de la Procuraduría de los Derechos Humanos, utilizando la base de datos de Violencia Intrafamiliar de mujeres de la Policía Nacional Civil, indica lo siguiente:

Tipo de violencia intrafamiliar de mujeres, Tipo de agresión
Enero a Septiembre 2013

Tabla No. 1

Tipo de agresión	F.	%
Bofetadas y puntapiés	1,255	93.59
Amenaza verbal	44	3.28
Agredida física y psicológica	11	0.82
Amenaza con arma blanca	11	0.82
Lesiones con arma blanca	9	0.67
Lesiones con objeto contundente	7	0.52
Amenaza con arma de fuego	2	0.15
Mordedura	2	0.15
Total	1,341	100

Fuente: PDH, elaboración con datos de PNC.

Violencia intrafamiliar de mujeres, Según día de la semana
Enero a septiembre 2013

Tabla No. 2

Día	Frecuencia	%
Lunes	232	17.30
Martes	152	11.33
Miércoles	146	10.89
Jueves	158	11.78
Viernes	151	11.26
Sábado	201	14.99
Domingo	301	22.45
Total	1,341	100

Fuente: PDH, elaboración con datos PNC.

La fundación Sobrevivientes informa acerca de las repercusiones graves en la mujer que sufre violencia intrafamiliar, dentro de las más importantes están:

- Lesiones físicas,
- Embarazos no deseados
- Abortos inducidos
- Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección VIH
- Depresión, trastornos de estrés postraumático
- Uso nocivo de tabaco, alcohol y drogas
- Muerte.

Además del efecto en la mujer, reconoce los efectos en la familia, por ejemplo niños y niñas expuestas a violencia infligida por la pareja en el hogar tienen más probabilidades de:

- Ser víctimas de maltrato
- No recibir atención sanitaria
- Tener problemas de conducta, emocionales y escolares.

En la adolescencia:

- Uso de drogas y alcohol en forma nociva
- Fumar

- Tener relaciones sexuales sin protección

Los adultos que se criaron con violencia en el hogar presentan una mayor tendencia a cometer o sufrir actos de violencia infligida por la pareja.

2.1.2 Crecimiento emocional

El desarrollo emocional o afectivo se refiere al proceso por el cual se construye la identidad (suyo), la autoestima, la seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta. A través de este proceso se puede distinguir las emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas. Es un proceso complejo que involucra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes”. (Haeussler, 2000).

En el caso de la mujer que sufre de violencia intrafamiliar, estos procesos han sido se ven obstaculizados en su desarrollo debido al sufrimiento, dolor y angustia que produce el abuso. El crecimiento emocional se ve disminuido debido, no solamente por el maltrato físico, sino, por el emocional-afectivo, que anula la expresión de sentimientos relevantes ante la humillación.

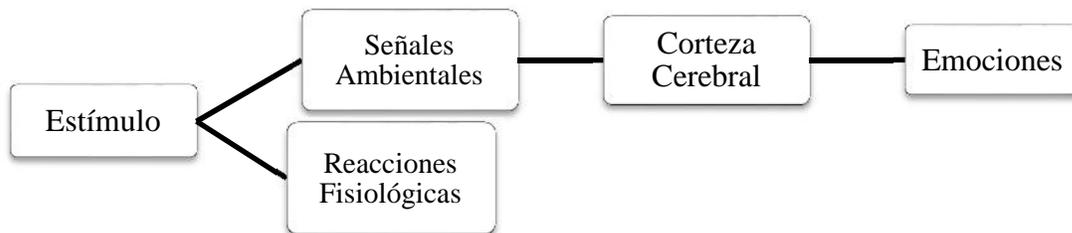
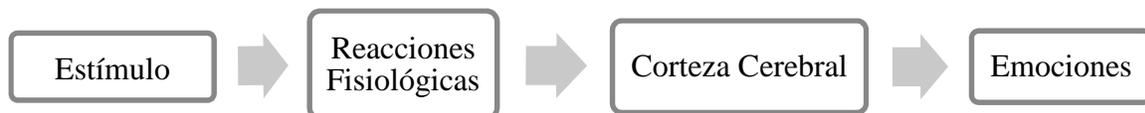
2.1.3 Emociones

Las emociones en el ser humano estimulan y dirigen su conducta. La emoción mueve al ser humano a alguna acción, aunque no se tiene una certeza de qué clase de acción provocaría una emoción, ya que puede variar en cada persona. Las emociones en el ser humano forman un área importante, es el estado afectivo del hombre, involucran aspectos cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo esto último según lo indica Mariano Chóliz, (2005). Las emociones son utilizadas para valorar una situación concreta e influyen en la manera de percibir su entorno. El aspecto emocional lleva al hombre a actuar según las circunstancias, sin mayor prudencia, siendo dominado por los estados emocionales.

Según Mariano Chóliz y su opinión acerca de las emociones y sus acciones en el ser humano “Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal”. Es por ello que se define al ser humano como un ente emocional.

Proceso de las emociones, según varios estudios:

- I. Proceso de la emoción según James–Lange
- II. Proceso según Cannon-Bard
- III. Proceso emocional según la Teoría Cognoscitiva Schachter y Singer



Fuente: Elaboración María Matzar, con información de RENA, Psicología básica.

2.2 Emociones más reconocidas

Las emociones son procesos psicológicos que preparan para adaptarse y para responder a las situaciones que se desarrollan alrededor de cada individuo; también tienen funciones para la adaptación entendiéndose que se trata de una importante premisa como la supervivencia.

Comparándolas a un sistema de alarma, las emociones dan la señal de peligro, rechazo, lo agradable y deseable, producen agrado y atracción, respecto a las positivas, sin embargo las negativas pueden producir desagrado y rechazo. Las emociones de origen negativo están estrechamente relacionadas a la supervivencia, por ello su influencia en las personas es más potente que las emociones positivas.

Las emociones que son positivas dan un beneficio al estado de ánimo y puede aumentar el rendimiento en el trabajo, aumenta la autoestima y desarrolla la predisposición al esfuerzo y al cambio, además de ser contagioso.

Existen elementos que expresan de manera no verbal las emociones, como:

- Expresiones faciales.
- Acciones y gestos.
- Distancia entre personas.

Se debe considerar el lenguaje o comunicación no verbal que es expresión de las emociones, en las cuales intervienen tres dimensiones: la conductual o motora (la que se realiza con el cuerpo en comportamiento o movimiento), fisiológicas (reacciones que se desencadenan en nuestro cuerpo, sudoración, temblor), porque marcan de forma visible las emociones y la cognitiva la cual afecta a las dos anteriores. Las emociones incluyen conductas observables, sentimientos expresados y cambios en el estado personal, así como alteraciones en procesos psicológicos como la percepción, memoria, comunicación verbal y no verbal, además de cambios fisiológicos

Los humanos tienen, 42 músculos diferentes en la cara; dependiendo de cómo se mueven, expresa determinadas emociones; hay sonrisas diferentes, que expresan diferentes grados de alegrías. Esto ayuda a expresar lo que se siente, en numerosas ocasiones nos es difícil explicar con palabras, otra manera de comunicarse socialmente y de sentirse integrados en un grupo.

Las emociones que son positivas dan un beneficio al estado de ánimo y puede aumentar el rendimiento en el trabajo, aumenta la autoestima y desarrolla la predisposición al esfuerzo y al cambio, además de ser contagioso. (Chóliz, 2005).

Existen seis tipos de emociones según el Libro Proceso Emocional, (Chóliz, 2005), son las siguientes:

Felicidad	<p>Favorece la recepción e interpretación de los diversos estímulos ambientales. No es fugaz, como el placer, sino que pretende una estabilidad emocional duradera (Delgado, 1992).</p> <p>Consecución exitosa de los objetivos que se pretenden.</p> <p>Congruencia entre lo que desea y lo que posee, entre las expectativas y las condiciones actuales y en la comparación con los demás. (Michalos, 1986).</p> <p>Procesos cognitivos, facilita la empatía, favorece la aparición de conductas altruistas (Isen, Daubman y Norwicki, 1987).</p> <p>Incrementa la capacidad de disfrutar de diferentes aspectos de la vida. Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás.</p> <p>Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad (Meadows, 1975).</p>
Miedo	<p>Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. La reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, (Bermúdez y Luna, 1980; Miguel-Tobal, 1995). Los estímulos condicionados a una reacción de miedo pueden ser de lo más variado y, por supuesto, carecer objetivamente de peligro.</p> <p>Valoración primaria: amenaza. Valoración secundaria: ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas (Lazarus, 1993).</p>

	<p>Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación.</p> <p>Focalización de la percepción casi con exclusividad en el estímulo temido.</p>
Tristeza	<p>No siempre es displacentera, ni negativa (Stearns, 1993). Instigadores, separación física o psicológica, pérdida o fracaso (Camras y Allison, 1989). Decepción, situaciones de indefensión, según Seligman (1975) la tristeza aparece después d una experiencia en la que se genera miedo, pues es oponente del pánico, (Lewinsohn, 1974). La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (tríada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son, según Beck, los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional (Beck, 1983)</p>
Sorpresa	<p>Reacción emocional neutra, que se produce de forma inmediata ante una situación novedosa o extraña y que se desvanece rápidamente, dejando paso a las emociones congruentes. (Reeve, 1994). Procesos cognitivos implicados; Atención y memoria de trabajo dedicadas a procesar la información novedosa. Incremento en general de la actividad cognitiva. Función -Facilitar la aparición de la reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas. Características: el asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo.</p> <p>Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como: la anorexia y bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de fumar rápido (Becoña, 1985).</p>
Ira	<p>Componente emocional del complejo AHÍ (Agresividad, hostilidad, ira), La hostilidad hace referencia al componente cognitivo y la agresividad al conductual. Dicho síndrome está relacionado con trastornos psicofisiológicos, especialmente las alteraciones cardiovasculares (Fdez-Abascal y Martín, 1994a,b). Procesos cognitivos implicados: Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración (Stein y Jewett, 1986). Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de</p>

	procesos cognitivos. Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión (Lerner y Dodge, 1993), al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.
Asco	El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de fumar rápido (Becoña, 1985). Generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Los estímulos suelen estar relacionados con la ingesta de forma que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa (Darwin, 1872/1984).

Fuente: Elaboración propia con información de Psicología de la Emoción, El proceso emocional, Mariano Choliz

2.2.1 Género

El género es la construcción cultural por la cual se asigna a las personas, de uno y otro sexo, determinados roles, funciones, valores o comportamientos diferentes y de desigual valor. Es una construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres, así como de las mujeres entre sí y de los hombres entre sí, aprendidas a través de la socialización, cambiantes en el tiempo y diferentes de una cultura a otra. Se crea en muchos casos a partir de roles y estereotipos que las personas van asumiendo en función del grupo al que pertenecen. Entre los roles más comunes podemos encontrar los siguientes:

- ✓ Los hombres se educan en la sociedad y la cultura en masculino, para desempeñar una actividad central (valorada): la producción. Ocupan el espacio público (vida social, política, económica, laboral) y se les valora como referentes social del poder y la toma de decisiones.

- ✓ Las mujeres se educan en femenino para desempeñar una actividad minusvalorada: la reproducción. Ocupan el espacio privado, especialmente lo relacionado con la actividad doméstica y las relaciones personales, y tienen una menor participación en los espacios de toma de decisiones. (Traba, A. 2006)

2.2.2 Diferencia entre sexo y género

El sexo alude al conjunto de caracteres genéticos y a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El género se refiere a las diferencias construidas social y culturalmente para hombres y mujeres, a la forma de relacionarse y dividir sus funciones. Estas diferencias se pueden modificar y, de hecho, cambian según el tiempo, contexto, clase social, etnia, edad o cultura.

Los roles de género son pautas, valores y comportamientos asignados tradicionalmente de modo desigual a hombres y mujeres mediante los procesos de socialización. Se transmiten por cada cultura y son asumidos por las personas de uno u otro sexo mediante la interiorización.

Espacios y atributos tradicionalmente asignados en función del rol de género

Mujer /femenino	Hombre/masculino
Rol reproductivo	Rol productivo
Espacio doméstico	Espacio público
Servicio y cuidado de personas	Poder y responsabilidad
Sensibilidad	Fortaleza
Comprensión	Competencia
Emotividad	Razón
Mediación-concordia	Autoridad-dominación

Fuente: Elaboración propia, con información de: Guía para la atención a Mujeres víctimas de violencia de Género, (2007)

La consolidación de los roles de género en estereotipos los transforma las diferencias biológicas entre uno y otro sexo en desigualdades sociales, fruto de un sistema basado en construcciones sociales y culturales en las que se ha transmitido y consolidado la supremacía de lo masculino sobre lo femenino.

El concepto de género ayuda a conceptualizar adecuadamente la violencia ejercida por los hombres sobre las mujeres y desvelar su auténtica naturaleza. Situar los desiguales roles y las desiguales relaciones de poder en el centro del análisis de la violencia de género es imprescindible para desarrollar estrategias de transformación personal y social que permitan su erradicación.

2.2.3 Género y patriarcado

Patriarcado, es un término antropológico para definir la condición sociológica en que los miembros masculinos de una sociedad tienden a predominar en posiciones de poder; mientras más poderosa sea esta posición, más probabilidades que un miembro masculino retenga esa posición. Etimológicamente significa “gobierno de los padres”. Se puede definir también como la forma de organización social en la que el varón ejerce la autoridad en todos los ámbitos, asegurándose la transición del poder y la herencia por línea masculina.

El patriarcado consiste en el poder de los padres: un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres a través de la fuerza, presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo determinan cual es o no el papel que las mujeres, deben interpretar con el fin de estar en toda circunstancia sometidas al varón.

El desarrollo del patriarcado ha supuesto la invisibilización continua de las mujeres y el desarrollo de teorías que apuntalaban su sometimiento casi consiguieron su desaparición de la historia a través del olvido académico de sus logros y sus luchas. (M, Carballal).

2.2.4 Género y poder

El ejercicio del poder del hombre no se da solamente en la familia, sino que se legitima socialmente. El poder simbólico, el concreto, el económico, el psicológico que tienen los hombres deriva de la posición de superioridad sobre las mujeres, dentro y fuera de la familia.

“Los hombres aprenden a ejercer poder sobre las mujeres y este ejercicio incluye no escuchar la voz de las mujeres, subordinar los deseos y la voluntad de ellas a los suyos y concentrarse en el cuerpo femenino como un objeto y una imagen no como una expresión integral de una persona completa consciente, con derechos y sentimientos”.

En la relación de pareja, las estrategias sexuales usadas por los hombres están destinadas a obtener control, son similares a las usadas en la sociedad, destinadas a obligar a renunciar al adversario. Lo masculino es visto como lo más valioso, tanto en el ámbito privado como público, lo que le otorga a la masculinidad privilegios y beneficios sociales.

En cuanto al poder masculino, las mujeres estamos en posición inferior, bajo una menor jerarquía. Esta diferencia genera las condiciones propicias para el dominio y la violencia y, así mismo, posibilita el control de las mujeres, de sus vidas, sus cuerpos y decisiones. Las mujeres tenemos el poder de las desposeídas y los hombres ostentan el poder de los que dominan y controlan.

La violencia sexual en el hogar tiene como objetivo tener a la pareja bajo control para obtener beneficios, como una forma de imponer la esclavitud a una persona para que sirva a otra. (Batres, 2009)

En la familia hay una jerarquía de poder basada en el sexo, edad y distribución de recursos materiales y personales. Por lo general la persona que tiene estos recursos y atributos es el hombre adulto. La posición de poder de los hombres como jefes de familia han sido legitimados por el esquema de la familia patriarcal y las instituciones sociales han apoyado y reconocido este poder. La identidad de género no está constituida por el sexo biológico, sino por el hecho de

vivir, desde el nacimiento, las experiencias, los ritos y las costumbres que se consideran apropiadas para lo masculino o lo femenino. En consecuencia, se puede afirmar que aspectos como la estructura jerárquica y la distribución del poder en la familia, están apoyados en estas creencias heredadas a través de los siglos.

Que a causa de su naturaleza las mujeres están destinadas a ejercer funciones maternas, más allá de la procreación; que las mujeres y las niñas pertenecen a los esposos-padres y por lo tanto éstos tienen el deber de disciplinarlas, violentarlas, o explotarlas sexualmente. Este poder disciplinario se mantuvo con el carácter de lícito, aún a lo largo de este siglo, siempre que se aplicase dentro de límites prudentes. (Batres, 2009)

2.2.5 Proceso de identidad femenina y género

Se refiere a la definición de las características y los atributos que son reconocidos como masculinos o como femeninos, así como el valor que se les asigna en una determinada sociedad. La construcción de género se interrelaciona con otras condiciones que existen en la vida de cada persona como son la cultura, etnia, clase social, edad, comunidad religiosa, planteamiento político e historia de su comunidad o familia. Debe entenderse como parte de un proceso cultural, social e histórico, conocido como proceso de socialización, durante el cual se configuran y se asumen la identidad femenina y masculina. Todas las personas, mujeres y hombres, nacen dentro de un grupo social que determina qué conductas, habilidades y valores se tienen y ejercen dependiendo de nuestro sexo. Es por ello que no todas las personas tienen las mismas vivencias de género.

La construcción social de la identidad del género tiene aspectos comunes y particulares que cambian de un grupo social a otro, de acuerdo con su acervo cultural, valores y ámbitos o espacios geográficos diferenciados. De este modo se puede hablar de “construcciones sociales” de la identidad de género, en referencia a que no se trata de la construcción de un solo proceso

social, sino de muchos. De ahí la heterogeneidad de identidades femeninas y masculinas que se observan en la sociedad.

El proceso de formación de identidades determina las oportunidades y limitaciones que tendrá cada individuo, según su género, para desarrollarse plenamente: su acceso y control de los recursos, su capacidad para la toma de decisiones, sus posibilidades de crear y de proponer formas eficientes de hacer las cosas, pero también determina las posibilidades de desarrollo sostenible para el colectivo en el cual se desarrolla. Esta construcción social de género conduce a la creación de las desigualdades sociales de género.

La construcción de géneros desde el poder y la subordinación, determina la subordinación de uno de ellos, el femenino, frente al dominio y poder del otro género, el masculino. Se potencian unas características en el género femenino frente a otras en el género masculino que se concretan en las identidades de género. (Revista Global hoy, Descripción)

2.3 La violencia como manifestación del ejercicio del poder en el espacio privado del hogar.

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos en Guatemala PDH y en su Informe Anual Circunstanciado 2012, en el apartado Sobre los derechos humanos, indican que uno de los flagelos que afectan a las mujeres es la violencia en el ámbito privado (antes llamada violencia intrafamiliar); para algunas de ellas al ser maltratadas psicológica y físicamente “deben soportar si quieren un hogar integrado o una relación de pareja”, pues los patrones culturales refuerzan la desigualdad hombre-mujer, justificando el uso de la violencia física, psicológica, sexual y económica.

El concepto de violencia intrafamiliar, se conoce como el ejercicio de la violencia en el seno de una familia. Es decir, la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño físico o psíquico.

El proceso terapéutico al que tiene acceso una mínima cantidad de ellas, no responde a las necesidades que presentan el alto índice de mujeres, que sufre de este tipo de atropello en el seno familiar. La violencia intrafamiliar, ocurre cuando hay maltrato entre los miembros de una familia; el maltrato puede ser de tipo físico, psicológico, sexual o económico.

En Guatemala se ha investigado acerca de este fenómeno desde hace mucho tiempo, sin embargo las estadísticas demuestran su aumento y los efectos psicológicos, emocionales y afectivos que sufren las mujeres que son víctimas de esta situación en el seno familiar.

Se llama violencia de pareja o violencia doméstica cuando afecta a algún miembro de la pareja, sin embargo, esta forma de violencia se da principalmente de los hombres hacia las mujeres. (Valdebenito, Larraín, UNICEF, 2009)

Entre enero y febrero pasados se registraron 268 casos, 14 menos que en el mismo lapso de 2012, lo que representa una disminución del 4.96 %, según datos de la Dirección de Estudio, Análisis e Investigación de la Procuraduría General de la Nación.

Según el Organismo Judicial, en 232 de los casos, los agresores estaban en estado de ebriedad y en 252 las agresiones fueron a puntapiés y bofetadas.

La mayoría de las víctimas (203) se identificó como esposa del agresor, mientras que 17 eran sus madres, señalan las estadísticas oficiales, que dieron cuenta de que más de la mitad del total de agredidas en el bimestre (144) tienen entre 30 y 59 años.

La violencia intrafamiliar, contra las mujeres se observó con mayor frecuencia en el área rural, donde se registraron 175 denuncias entre enero y febrero pasados, mientras que en la urbana se contabilizaron 93, detalla la información oficial.

El departamento que registró más hechos de violencia contra las féminas fue Guatemala, que incluye la capital, con 42 casos entre enero y febrero pasados, seguido de los de Huehuetenango (35), Alta Verapaz (16) y Quiché (16). (Siglo 21, abril 2013).

Los diferentes órganos jurisdiccionales, del Organismo Judicial no tipifican la violencia contra la mujer de acuerdo con la Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la Mujer, y continúan aplicando la ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia intrafamiliar. Considerando que los casos de violencia en el ámbito privado generalmente son atendidos por los juzgados de Paz y de Familia, la aplicación de la ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer debería prevalecer sobre la normativa general.

Según estadísticas de enero a septiembre de este año, en cuanto a Violencia intrafamiliar refiere: que el 30.28 % de mujeres de área urbana y el 69.72% de la región rural sufren de violencia intrafamiliar en los casos que han sido registrados por la Procuraduría de los Derechos Humanos. Incluye la información sobre los días de la semana en que más abusos reciben las mujeres en Guatemala.

La violencia intrafamiliar que sufren las mujeres guatemaltecas traen sobre sí efectos negativos en cuanto a autoestima, intra e interpersonales, inestabilidad emocional, afectiva, económica, relacional y efectos negativos para los hijos.

El aspecto cultural es uno de los factores que afectan este tipo de abusos, en donde se considera el machismo como la fuente principal de atropello femenino, así como el proveedor familiar, por lo que tanto mujeres como niños y niñas se ubican en el marco de necesidad, y es por ello que, permiten el abuso en todas las áreas familiares.

2.3.1 Tipos de violencia intrafamiliar

La violencia de pareja se expresa de diferentes maneras, física, sexual, psicológica y patrimonial, si la pareja controla constantemente todo lo que la pareja hace, con quién se junta, le impide ver a su familia o participar en distintas actividades o si le dice garabatos o cosas como “tonta, estúpida, no sirves para nada”; critica la forma en cómo hace las cosas de la casa, critica la manera de vestir o la apariencia física o todo lo que realice le parece mal y se enoja, puede entonces reconocer que está viviendo violencia psicológica.

- Violencia Física

Se refiere a todas las conductas dirigidas a ocasionar algún daño en el cuerpo. Según la Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, indica que:

- ✓ Violencia física son: acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer.

Este tipo de violencia es la más fácil de visualizar dada su sintomatología y las evidencias externas de su presencia, es la forma más reconocida socialmente y provoca mayor rechazo público por sus características brutales. (Gonzales, José 1998).

La violencia física inicia con un simple empujo, cachetadas, golpes de puño, patadas, intento de ahorcamiento, agresión con un cuchillo o pistola. En los casos más graves, esta forma de violencia puede incluso llegar a causar la muerte.

La Profesora Sue Mahan profesora asociada de Justicia Criminal de la Universidad central de Florida, propone que la violencia física tiene tres etapas:

Primer nivel psicológico	Según nivel, físico directo	Tercer nivel, físico indirecto
Gritar e insultar Disminuir a la persona Permanente mal humor Interrumpe el sueño y las horas de comer Le prohíbe salir y ver a sus amistades Acoso sexual verbal Amenaza con dejarla o mantener otra relación.	Amenaza con golpear Golpea o tira objetos Destruye propiedad Maneja agresivamente Amenaza su vida verbalmente Amenaza con arma o cuchillo	Cachetea o le da nalgadas Muerde o araña Golpea con la mano abierta Quema con cigarro o fósforos Empuja y sacude con fuerza Golpea con la mano cerrada Fuerza a tener relaciones coitales violentamente. Golpea con objetos contundentes. Lanza contra a la persona contra objetos o paredes. Provoca asfixia Utilización de armas de fuego y/o punzocortantes.

Fuente: Elaboración propia con información de José Vega, El problema de las mujeres que sufren maltrato en la relación de pareja. (1998)

- Violencia Sexual

Según la Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer y el decreto 22-2008, define la Violencia sexual, Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Violencia sexual: Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. La violencia sexual en la pareja se da cuando un miembro de la pareja impone al otro un acto sexual en contra de su voluntad.

Cuando pareja obliga a tener relaciones sexuales, presiona para que realice actos sexuales que no desea o que considera la mujer humillante, y es obligada a realizarlos, se está ejerciendo violencia sexual. Nadie, ni siquiera su esposo o pareja, tiene derecho a forzar a hacer algún acto sexual en contra de su voluntad.

- Violencia Psicológica

Definición de Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la Mujer define: Violencia psicológica o emocional, como acciones que pueden producir daño o sufrimiento, psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o a sus hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, los hijos u otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos con el objeto de intimidarla, menoscabar su

autoestima o controlarla, la que sometida a ése clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos.

Hace referencia a insultos, descalificaciones, amenazas, recriminaciones permanentes, acusaciones infundadas, burlas, humillaciones y todo tipo de agresión verbal. Esta forma de violencia es la de más difícil visualización ya que no deja secuelas externas, lo que implica inexistencia de rastros. Si bien es más útil provoca un impacto más dilatado en el tiempo, por el efecto destructivo de la personalidad, (Vila de Gerlic, 1987).

- **Violencia económica o patrimonial**

Violencia económica: Acciones u omisiones que repercuten en el uso, goce, disponibilidad o accesibilidad de una mujer a los bienes materiales que le pertenecen por derecho, por vínculo matrimonial o unión de hecho, por capacidad o por herencia, causándole deterioro, daño, transformación, sustracción, destrucción, retención o pérdida de objetos o bienes materiales propios o del grupo familiar, así como la retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos. (Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer 22-2008)

Está relacionada con los bienes materiales y se refleja en la destrucción de las pertenencias de la mujer, como negarse a cubrir los gastos del hogar, utilizar el poder económico para forzarla a cambiar de conducta o negarle el acceso a sus propios bienes, por tan sólo mencionar algunas.

Acciones u omisiones que repercuten en el uso, goce, disponibilidad o accesibilidad de una mujer a los bienes materiales que le pertenecen por derecho, por vínculo matrimonial o unión de hecho, por capacidad o por herencia, causándole deterioro, daño, transformación, sustracción, destrucción, retención o pérdida de objetos o bienes materiales propios o del grupo familiar, así como la retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos.

2.3.2 Ciclos de la violencia

- Fase de acumulación de tensión

Es el período en el cual ocurren incidentes de abuso menores que van acumulando tensión en la pareja. Durante este período, el hombre agrede a la mujer de una manera constante y controlada, a través de pellizcos, insultos, enojo, manifestaciones de insatisfacción, reclamos, entre otros. Ante esta situación, la mujer trata de calmar a su pareja para que la violencia no suba de intensidad: se comporta cariñosa, complaciente, trata de anticiparse todos los deseos de su pareja, o evita molestarlo.

- Fase del momento agudo

Es el período durante el cual se presenta una descarga incontrolable de las tensiones que se acumularon durante la fase previa. Esta fase se diferencia de la anterior por su carácter incontrolable, impredecible y destructivo. Usualmente se dispara por un evento externo o por el estado interno del hombre y tiene poca relación con la conducta de la mujer.

Inmediatamente después de que el incidente violento termina, las mujeres generalmente experimentan un shock inicial y una falta de creencia de que el incidente realmente les ocurrió.

Las víctimas experimentan una forma de colapso emocional que puede durar, por lo menos, las primeras veinticuatro horas después del incidente. Durante estas horas, experimentan depresión y sentimientos de desesperanza, por lo que se aíslan y no buscan ayuda inmediatamente.

Esta fase es usualmente más corta que la fase uno, o que la fase tres y dura generalmente entre dos y veinticuatro horas.

- Fase de distancia/minimización

Se generará posteriormente a la explosión un momento de distanciamiento entre quien abusa y el abusado, lo que muchas veces constituye la oportunidad para tomar la decisión de buscar ayuda.

- Fase de luna de miel

Es un período de tiempo que se presenta inmediatamente después de la segunda fase y que se caracteriza por la ausencia de tensión. Durante este período, el hombre cambia radicalmente su conducta mostrándose cariñoso, amoroso y considerado. Usualmente, se arrepiente de la agresión, pide perdón y promete que no volverá a ocurrir. Así mismo, el hombre toma acciones que demuestran su sinceridad en las promesas que está haciendo.

Durante el inicio de esta fase, la mujer puede observar la situación más objetivamente. Se siente enojada y aterrorizada, por lo que la víctima está dispuesta a realizar cambios trascendentales en su vida. Sin embargo, el cambio de conducta de su pareja y sus constantes muestras de arrepentimiento, le indican que él realmente puede cambiar y comportarse constantemente como lo hace durante este período. Ella cree que el hombre que se presenta durante esta fase coincide con lo que su pareja realmente es y que sus agresiones son el resultado de su fragilidad y de su inseguridad.

Por este motivo, piensa que si él recibe la ayuda adecuada, él siempre permanecerá de esta manera. De este modo, la mujer se percibe a sí misma como el puente que llevará a su pareja al bienestar emocional. Esta creencia se refuerza cuando le suplica que no lo abandone y cuando le manifiesta que él la necesita y de que algo terrible le sucederá si ella lo deja.

2.3.3 Consecuencias de abuso intrafamiliar en la mujer

- Internalización de la culpa

La mujer cree en los mitos acerca de la violencia. Piensa que originó los golpes al haber hecho algo mal. Su cónyuge le dice repetidas veces “¿Por qué haces que te pegue?”, “sí hubieras hecho lo que yo te decía esto no hubiera pasado”. La mujer trata de ser mejor sin darse cuenta de que la violencia no tiene nada que ver con su conducta o personalidad.

El pensamiento de la víctima se construye a partir del rol femenino; ella crece creyendo que su rol femenino es su responsabilidad que el matrimonio "funcione", si su marido la maltrata, entonces ella debe haber hecho algo mal. Sus amigos, su familia, los profesionales de la comunidad contribuyen a que ello piense esto.

La mujer pierde mucho tiempo y energía planificando su vida y sus conversaciones para no irritar a su marido. Es una forma de vida que se describe con la frase "caminar sobre huevos". Sus sentimientos de culpa por la violencia del cónyuge le evitan problemas a él y perpetúan su utilización de la violencia.

- Ambivalencia

El compañero violento no lo es siempre. Hay períodos en los que ella siente que él es un compañero cariñoso. Esta es la cruz de su ambivalencia. Quiere que la violencia termine. Ella espera que él cambie.

Ella quiere creer en sus promesas: Piensa que ella lo quiere. Su definición de amor puede ser diferente a la nuestra pero ésta es la definición por la que ella se rige. A ella también le aterroriza el proyecto de vivir sola. La separación del cónyuge puede llevarla a un gran cambio de su estilo de vida.

Para ser mujer de clase media o clase alta, la caída del nivel de vida puede ser dramática. Ella deberá enfrentar una ardua adaptación a la nueva situación. Hay barreras reales para el cambio y no sólo para la mujer golpeada, sino para todas las mujeres de nuestra sociedad.

Pocas mujeres, en matrimonio mal venidos (violentos o no) tiene la independencia económica para dejar sus matrimonios sin preocupaciones para autoabastecerse a sí misma y a sus hijos.

- Internalización de la opresión

Cuando un grupo cree que es inferior y cree que merece ser maltratado, es más sencillo que el maltrato continúe. Esas creencias son a veces llamadas "internalización de la opresión". Los mensajes acerca de la inferioridad pueden venir de diferentes fuentes: familia, amigos, cuentos infantiles, libros escolares, propagandas y películas.

La primera experiencia de victimización se complejiza cuando la víctima internaliza su opresión.

La mujer golpeada puede considerarse a sí misma inferior y cuando es golpeada por primera vez esto confirma la sospecha "algo no anda en mí".

La mujer que tiene poco apoyo para desafiar el rol femenino tradicional es más vulnerable a permanecer en una relación abusiva. Cuanto más haya internalizado la opresión, más tiempo le llevará superar su victimización.

- Síndrome de indefensión aprendida

La indefensión o desesperanza aprendida planteada por Martin Seligman (Psicología Positiva), es una forma de convicción, a la que se le atribuye el hecho de percibir que no es posible modificar la realidad y que, independientemente de las acciones que emprenda un sujeto para cambiarla, las cosas permanecerán tal y como están.

Esta percepción nace en el seno del individuo cuando, por un motivo u otro, se ve enfrentado a vivir una serie continua y aguda de fracaso ante una lucha. Dichos fracasos merman la fuerza de voluntad de cambio en el sujeto, agotando las energías emocionales y físicas necesarias para emprender nuevamente el cambio de la superación que el empuje para volver a intentarlo.

Esta situación es común en mujeres que nacen en un entorno de maltrato familiar y terminan siendo víctimas de violencia doméstica en su vida adulta, donde además, son tan escasos los

medios para salir de la pareja y reiniciar una vida, que cada intento llevado por ellas para superar la adversidad termina convirtiéndose en un fracaso o una desilusión cada vez mayor.

La indefensión o desesperanza tiene lugar cuando se percibe una pérdida total en el control de las consecuencias ante las acciones que se emprenden y se cree que el entorno es amenazante. Como consecuencia las personas con indefensión aprendida presentan una disminución acuciosa de autoestima, deseos de vivir, lo que puede llevar a la depresión. (Sánchez, R.)

- Baja Autoestima

Como consecuencia del abuso repetido y de la victimización resulta una baja autoestima. El sentimiento de confianza de la mujer en sí misma y la creencia en sus capacidades han sido dañadas. Lo más humillante para ella es el haber sido golpeada por la persona que eligió para que fuera su marido, la persona que se suponía que la quería y la cuidaría.

Ella describe generalmente después del peor episodio esta traición, cuanto más severo y prolongado es el abuso, más pobre será su auto-percepción. La mujer comienza a creer lo que le dicen. En el pasado la mujer pudo haber amenazado con irse o haberlo hecho por un breve período de tiempo, y haber resuelto no volver a menos que hubiese cambios. Al estar sola, sus miedos y la fría realidad la superan. Sus opciones son limitadas y se ve forzada a volver a una situación que no ha cambiado. Su incapacidad para seguir adelante con su resolución de no volver a su marido la hace sentir más culpable y debilita más su autoestima. Sabe que se fracaso es una victoria para él.

La mujer que voluntariamente vuelve con su marido porque él le prometió cambiar (por ejemplo hacer una terapia) puede sentir algún control sobre su vida. Puede volver con más integridad. Le ha demostrado claramente a su cónyuge que está dispuesta a seguir con él si él modifica su condición violenta. (Vega, José, 2008).

2.3.4 Marco Legal de apoyo a la no violencia intrafamiliar

- Ley para prevenir , sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar

Según el decreto 97-96 de la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y su Reglamento, indica que: la violencia intrafamiliar existen dos clases:

- ✓ Hombre hacia la mujer e hijos.
- ✓ Si la violencia es cometido por los hijos hacia los padres o hermanos, no será violencia intrafamiliar sino lesiones.

- Ley PINA

Ley de protección integral de la niñez y adolescencia Decreto No. 27-2003; Contempla todos los derechos que los niños, niñas y adolescentes tienen ante la sociedad, su familia y las instituciones gubernamentales. (Unicef)

- ✓ Reglamento General de Juzgados y Tribunales con competencia en materia de la niñez y adolescencia amenazada en sus Derechos Humanos y Adolescentes en conflicto con la ley penal, Acuerdo CSJ 42-2007.
- ✓ Creación del Juzgado de Control de Ejecución de Medidas para adolescentes en conflicto con la ley penal. Acuerdo CSJ 30-2003.
- ✓ Reglamento para la aplicación de medidas de protección a niños privados de su medio familiar por parte de juzgados que ejercen competencia en materia de niñez y adolescencia amenazada o violada en sus derechos Humanos, Acuerdo CSJ 40-20013. (Leyes de Guatemala, Unicef, 2013)

- Ley de trata de personas

Esta instituida en la República de Guatemala por medio de la Ley de Trata de personas, garantiza el derecho a la integridad persona y por medio del decreto 2-2009 prohíbe todo procedimiento inhumano, que degrade o implique violencia física, psicológica, sexual y garantiza los derechos humanos, las libertades fundamentales de cada persona y a adoptar las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar cualquier tipo de violencia contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas con discapacidad y adultos mayores. (Unicef, 2009)

- Ley de salud sexual reproductiva

Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Decreto 87-2005. En esta ley en su artículo 47, establece que se garantizaran la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos. (Artículo de El Periódico, 2013)

- Ley de desarrollo social

La Constitución de la república por medio del artículo 47 garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derecho de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos. Y considera que la educación, la salud, el trabajo y asistencia social son derechos humanos, a los cuales el Estado está obligado a velar por su implementación, conservación y restablecimiento, con el fin de procurar el bienestar físico, mental y social. (Unicef)

- Ley de Femicidio

Decreto 22-2008 , indica la Constitución Política de la República establece que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a las personas y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común, además de proteger la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de las personas. Eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, por medio del decreto 69-94 y adoptando según la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y por este medio considerar que las mujeres guatemaltecas tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos Humanos y libertades consagradas en la Constitución. (Cicam)

2.4 En qué consiste el empoderamiento

El empoderamiento según Brisas (2010), lo define como: “Proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven”.

“Las personas y/o grupos organizados cobran autonomía en la toma de decisiones y logran ejercer control sobre sus vidas basados en el libre acceso a la información, la participación inclusiva, la responsabilidad y el desarrollo de capacidades”.

“Es el proceso de cambio en el que las mujeres aumentan su acceso al poder y como consecuencia se transforman las relaciones desiguales de poder entre los géneros”.

El concepto de empoderamiento tiene su origen en la educación popular de Paulo Freire y su desarrollo teórico está unido al análisis de género. El término se aplica a todos los grupos vulnerables, pero donde ha encontrado más eco ha sido en relación con las mujeres. (Brisas, 2010)

Para que las mujeres se empoderen, deben hacerlo en el plano individual y en el colectivo. Empoderarse a nivel individual supone que adquieran confianza en sí mismas, que sean asertivas, que logren autoridad para tomar decisiones, en definitiva, que actúen como sujetos de derecho no sometidas a control ni limitadas por los roles que la sociedad les impone.

2.4.1 Principios de empoderamiento de las mujeres

El empoderamiento, implica también tener acceso a los recursos, tanto materiales como simbólicos, lo que supone que es necesario lograr el empoderamiento económico.

La filosofía del empoderamiento tiene su origen en la educación popular desarrollada por Paulo Freire. Margaret Shuler, socióloga estadounidense, identifica el empoderamiento como “un proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales”.

El empoderamiento implica:

- ✓ La toma de conciencia sobre la subordinación y la toma de confianza en sí mismas.
- ✓ La autonomía para decidir sobre sus vidas.
- ✓ La movilización para identificar sus intereses y transformar sus relaciones, estructuras e instituciones que les limitan y perpetúan su situación de subordinación.

Hay que dejar claro, que esta manera de empoderamiento, no conlleva la dominación de los otros, sino la adquisición de recursos, conciencia y habilidades para acabar con la situación injusta que vivimos las mujeres en todo el mundo y formar parte de la sociedad como ciudadanas de pleno derecho, en igualdad de condiciones.

- ✓ Apoderarla, utilizando la ley de protección contra Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer.
- ✓ Recibir atención psicológica, al ser atendida la denuncia y seguir el proceso, se proporciona ayuda a la mujer. (ya están enfermas, bajo el punto de vista emocional y psicológico).
- ✓ Proyecto de vida, darle nuevo sentido a la vida, aprovechando sus habilidades e iniciando de nuevo la vida.

2.4.2 Empoderamiento en las mujeres Grupo de sobrevivientes de Guatemala

El Modelo de Atención Integral para mujeres Sobrevivientes de violencia del Grupo Guatemalteco de Mujeres –GGM- ha sido construido y validado a lo largo de 23 años, este modelo aborda de manera multidisciplinaria la problemática de violencia contra las mujeres, cada componente fue construido con el aporte de las mujeres y validado en la práctica como alternativa viable y eficaz para las mujeres sobrevivientes de violencia.

El modelo consta de dos áreas estratégicas: la de Empoderamiento y la de la Intervención, cada una compuesta por Protocolos Especializados y Propuestas de Trabajo, son complementarios entre sí, y su finalidad en conjunto es acompañar a las mujeres sobrevivientes de violencia, brindarles alternativas, promover el empoderamiento y autonomía, y generar condiciones externas necesarias que favorezcan un abordaje integral, responsable, oportuno y con calidez humana.

Las estrategias de intervención que contempla el Modelo de Atención Integral de GGM van encaminadas a fortalecer y complementar las de empoderamiento, consta de siete componentes:

- ✓ Redes de apoyo, se conforman con las instituciones públicas y privadas que tienen entre sus objetivos apoyar a mujeres sobrevivientes.
- ✓ Autocuidado, requiere un compromiso diario, personal e institucional lo que sumado al constante contacto con el dolor humano puede repercutir en la salud física y emocional.
- ✓ Seguridad, plan de seguridad y prevención que establezca claramente las medidas a tomar en resguardo de la integridad de todas las personas que intervienen.
- ✓ Sensibilización, Formación y Prevención, promover condiciones externas a la erradicación de la violencia contra las mujeres (a través de acciones de sensibilización, formación y capacitación, dirigidas a operadores de justicia, lideresas y otros actores sociales.
- ✓ Comunicación y difusión de información, sobre la problemática de la violencia contra las mujeres utilizando medios alternativos y masivos al alcance.

- ✓ Investigación y Auditoria Social, se realiza con la finalidad de conocer y estudiar las causas y consecuencias de la violencia para proponer estrategias de intervención, prevención y erradicación.
- ✓ Cabildeo y Negociación, contempla la elaboración de una estrategia de incidencia política en la que se identifican los actores y actoras clave, a nivel local, regional y nacional, en quienes pueden debe incidirse para lograr el fortalecimiento y sostenimiento del mismo.

Estrategias de empoderamiento, se refiere a la atención directa brindada por un equipo multidisciplinario a las mujeres de todas edades, afectadas por diferente forma de violencia en su contra. Está compuesta por nueve áreas de trabajo:

1. Atención inicial, primer contacto con las mujeres, incluye: escucha activa, atención en emergencia; eliminación de riesgos; recolección de información; elaboración de un plan de acción, conjuntamente con las mujeres.
2. Asesoría legal bajo un enfoque alternativo guiado por la promoción de los derechos, garantizados en las leyes nacionales e internacionales, y la manera en que se ejercen.
3. Apoyo psicológico, acompañamiento emocional, individual, colectivo, y coordinación de los grupos de autoayuda y apoyo (abiertos y cerrados).
4. Apoyo social elabora, conjuntamente con las mujeres, un plan para eliminar riesgos; un diagnóstico de necesidades; se gestionan y obtienen apoyos externos; acompañamientos y visitas domiciliarias.
5. Atención médica se realiza con enfoque integral, lleva a cabo acciones de prevención e información sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

6. Grupos de apoyo y autoayuda son espacios de diálogo donde las mujeres comparten su experiencia y buscan soluciones a su problemática.
7. Albergue temporal, su finalidad es proveer un lugar seguro y tranquilo a las mujeres que se encuentran en alto riesgo y sin apoyo.
8. Apoyo telefónico, se brinda a todas las mujeres que solicitan orientación, asesoría y apoyo a su situación personal de violencia, o que simplemente necesitan ser escuchadas, apoyo las 24 horas.
9. Centro de práctica, el Modelo de Atención Integral contempla la incorporación de practicantes de diferentes universidades y especialidades, quienes apoyan el trabajo de áreas como: Trabajo Social y Psicología.

2.4.3 Principios empoderamiento de las mujeres

Si se quiere crear una economía más fuerte, lograr los objetivos de desarrollo y sostenibilidad convenidos internacionalmente y mejorar la calidad de vida de las mujeres, las familias y las comunidades, es fundamental empoderar a las mujeres para que participen plenamente en la vida económica, en todos sus sectores.

El sector privado es un socio clave en los esfuerzos de promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de la mujer. Las investigaciones recientes demuestran que la diversidad de género ayuda a las empresas a mejorar sus resultados, y señalan que el interés personal y el interés común pueden ir de la mano. Para garantizar la inclusión de las mujeres utilizando sus talentos, aptitudes y la energía que poseen, se hace necesario adoptar medidas y políticas que se dirijan hacia ese objetivo.

Los Principios para el empoderamiento de las mujeres ofrecen a las empresas y al sector privado orientaciones prácticas sobre cómo empoderar a las mujeres en el lugar de trabajo, los mercados y la comunidad; estos principios, elaborados a través de una asociación entre ONU Mujeres y el Pacto Mundial de las Naciones Unidas, están diseñados para ayudar a las empresas a la hora de examinar las políticas y prácticas que aplican —o a crear otras nuevas— en el ámbito del empoderamiento de las mujeres.

Estos principios consisten en lo siguiente:

1. Promover la igualdad de género desde la dirección al más alto nivel.
2. Tratar a todos los hombres y mujeres de forma equitativa en el trabajo; respetar y defender los derechos humanos y la no discriminación.
3. Velar por la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y trabajadoras.
4. Promover la educación, la formación y el desarrollo profesional de las mujeres.
5. Llevar a cabo prácticas de desarrollo empresarial, cadena de suministro y mercadotecnia a favor del empoderamiento de las mujeres.
6. Promover la igualdad mediante iniciativas comunitarias y cabildeo.
7. Evaluar y difundir los progresos realizados a favor de la igualdad de género. (ONU, Mujeres, 2011-2013)

2.4.4 Los derechos de la mujer

Guatemala se adhirió a la carta de las Naciones Unidas y la declaración de los Derechos Humanos, y establece la ley, cuyo objetivo es garantizar la vida, la libertad, la integridad, dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres.

Derechos cívico-políticos Entre estos derechos se encuentran:

- ✓ Derecho a elegir y ser electa.
- ✓ Derecho a desempeñar cargos públicos en todos los niveles del gobierno en igualdad de condiciones.
- ✓ Derecho a participar en organizaciones y asociaciones no gubernamentales que se ocupen de la vida pública y política del país.

Derechos sociales. Incluye, entre otros:

- ✓ Igualdad de derechos para el acceso a tener servicios sociales, educación, salud y vivienda.
- ✓ Incluye el derecho a tener una identidad propia y una vida libre de prejuicios o discriminación cultural, lingüística , geográfica, religiosa y racial.

Derecho a una vida libre de violencia,

- ✓ Debiendo garantizarse el derecho a una vida sin violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Derechos económicos, sociales y culturales. Comprende igualdad de derechos para:

- ✓ El acceso a la propiedad de la tierra, de la vivienda y de los bienes en general.
- ✓ También se incluyen los derechos laborales, en cuanto a elegir profesión, las mismas oportunidades de trabajo, ascenso, estabilidad y seguridad social que los hombres.
- ✓ Semejante remuneración por igual trabajo, prestaciones e igualdad de trato y no sufrir ningún tipo de acoso sexual.

Derechos sexuales y reproductivos, los pilares en este eje son la autodeterminación en el ejercicio de la sexualidad, lo que comprende:

- ✓ La libertad en cuanto a la orientación sexual
- ✓ Derechos a la información y educación sobre la sexualidad.
- ✓ Elegir tener o no hijos, el número de los mismos, recibir información sobre métodos de planificación.

2.4.5 Empoderamiento y habilidades de liderazgo de las mujeres

El término “empoderamiento” ha ampliado su campo de aplicación, por un lado, de su inicial utilización exclusivamente en los análisis de género, ha pasado a aplicarse al conjunto de colectivos vulnerables, habiendo adquirido una amplia utilización en los estudios sobre el desarrollo, el trabajo comunitario y social.

El empoderamiento significa un incremento de la capacidad individual para ser más autónomo y autosuficiente, depender menos de la provisión estatal de servicios o empleo, así como tener más espíritu emprendedor para crear trabajo y empujarse a uno mismo en la escala social. También implica mejorar el acceso tanto a los mercados como a las estructuras políticas, con el fin de poder participar en la toma de decisiones económicas y políticas. En definitiva, supone en realidad un proceso que lleva a una forma de participación, pero que no cuestiona las estructuras existentes.

La visión de los grupos de mujeres y otros movimientos sociales va más allá; el empoderamiento sería una estrategia que propicia que las mujeres, y otros grupos marginados, incrementen su poder, esto es, que accedan al uso y control de los recursos materiales y simbólicos, ganen influencia y participen en el cambio social. Esto incluye también un proceso por el que las personas tomen conciencia de sus propios derechos, capacidades e intereses, y de cómo éstos se relacionan con los intereses de otras personas, con el fin de participar desde una posición más sólida en la toma de decisiones y estar en condiciones de influir en ellas.

En su libro las 21 Cualidades indispensables de un líder, John Maxwell, menciona la importancia de ciertas características que hacen a un líder; a continuación fragmento del mismo.

“De todos aquellos atributos esenciales del liderazgo, quizás sea el carisma el que menos entendamos. A primera vista, el carisma parece ser una energía invisible o un magnetismo atrayente. No se puede negar su presencia, pero es difícil apuntar su origen. Hay algunos que piensan que el carisma es una cualidad con la que se nace. Está integrada en ciertas

personalidades y completamente ausente en otras. Personalmente, opino que se puede aprender a tener un cierto carisma que amplifique la influencia de un líder”. (John Maxwell).

2.5 Procesos de Abordaje inmediato en casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

Atención de casos de Violencia Intrafamiliar en el primer y segundo nivel

Atención en el primer nivel

- ❖ Brindar atención médica mínima para casos con lesiones leves.
- ❖ Brindar procesos de consejería a los casos que puedan ser manejados en este nivel, sin exclusión de ningún tipo y con respeto a los valores culturales y religiosos de las personas.
- ❖ Organizar y facilitar grupos de autoayuda para padres y madres de familia en pautas de crianza no violentas, grupos de víctimas de VIF y de trabajo con agresores.
- ❖ Referencia de casos a la psicóloga o psicólogo de distrito y a Trabajo Social de casos graves que no puedan ser tratados en grupos de autoayuda y en el nivel comunitario.
- ❖ Organizar una red de apoyo comunitario a víctimas de VIF con el apoyo de Trabajo Social del distrito.
- ❖ Organizar comités comunitarios con representantes de los diferentes sectores para atender, prevenir y erradicar la VIF con apoyo de Trabajo Social.

Atención en crisis:

El personal de salud brindará acompañamiento psicológico si la víctima de Violencia Intrafamiliar –VVIF–, presenta signos de alteración emocional (gritar, llorar, agredir) que impiden la realización de la evaluación del caso, atención en crisis atendiendo a lo siguiente:

Pasos:

1. Realizar el contacto con la –VVIF–

- ✓ Establecer una relación de confianza con la VVIF:
 - ✓ Invitarle a hablar.
 - ✓ Escuchar cuidadosamente los hechos y sentimientos.
 - ✓ Sintetizar y reflejar los hechos y sentimientos.
 - ✓ Realizar declaraciones empáticas.
 - ✓ Comunicar aceptación. Demostrar interés por comunicarse.
-
- ❖ NO contar su propia historia.
 - ❖ NO ignorar hechos o sentimientos.
 - ❖ NO juzgar ni “tomar partido”
 - ❖ NO “re victimizarla”
 - ❖ “Evitar el contacto físico”

Determinar el riesgo de seguridad de la víctima:

- ✓ Utilizar el cuestionario establecido y determinar el riesgo que tiene la víctima de ser agredida nuevamente y si corre peligro su vida.
- ✓ Referir inmediatamente a un lugar seguro si se determina peligro de muerte.

Asegurar la referencia a otro nivel de atención médica (si lo amerita) y Psicología.

- Consejería

La consejería es una herramienta de atención a víctimas de VIF, en la que por medio de la comunicación interpersonal, el consejero o consejera capacitada, orienta a la persona para tomar decisiones sobre lo que desea y puede hacer para enfrentar la situación de VIF que está sufriendo. Si se tiene la sospecha de un caso de VIF se deben seguir ciertos pasos que permiten atender algunas de las necesidades de las personas implicadas en el caso, como las siguientes.

- ✓ Aprovechar cualquier contacto con el servicio de salud, no solamente para dar la atención y tratamiento médico a los efectos físicos de la VIF, sino para dar consejería en casos de sospecha de VIF.
- ✓ Cada contacto entre un prestador de servicios de salud y una persona en la que se sospecha la VIF, debe aprovecharse como la oportunidad para detección temprana de la VIF.
- ✓ Se debe dar atención a la persona con amabilidad y respeto, sin ningún tipo de exclusión y con atención a sus valores culturales y religiosos.
- ✓ Conversar o platicar con la persona sobre la situación detectada de VIF.
- ✓ Orientar a la persona sobre las diferentes opciones que hay para enfrentar su problema.
- ✓ Encaminar a la persona a decidir lo que ella puede y desea hacer para enfrentar el problema de VIF.
- ✓ Definir con la persona un compromiso para poner en práctica la decisión tomada.
- ✓ Describir detalladamente o demostrar a la persona que atiende, cómo se pone en práctica la solución elegida.
- ✓ Acordar una cita o ponerse de acuerdo de cuándo debe volver la persona al servicio, tanto por rutina como para dar seguimiento a las acciones a realizar por la persona.

Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar.

Atención de segundo nivel (centros de salud y hospitales)

- ✓ Brindar atención médica para casos con lesiones leves, moderadas y graves.
- ✓ Brindar procesos de consejería a los casos que puedan ser manejados en este nivel, sin exclusión de ningún tipo y con respeto a los valores culturales y religiosos de las personas.
- ✓ Organizar y facilitar grupos de autoayuda para padres y madres de familia en pautas de crianza no violentas, grupos de víctimas de VIF y de trabajo con agresores.
- ✓ Referencia de casos a la psicóloga o psicólogo de distrito y a Trabajo Social de casos graves que no puedan ser tratados en grupos de autoayuda y en el nivel comunitario.

- ✓ Organizar una red de apoyo comunitario a víctimas de VIF con el apoyo de Trabajo Social.
- ✓ Organizar comités comunitarios con representantes de los diferentes sectores para atender, prevenir y erradicar la VIF con apoyo de Trabajo Social.

2.6 Procesos de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

Al tomar en cuenta los efectos psicológicos de la violencia intrafamiliar, el abuso y control es necesario tener en cuenta:

- 1) Los cambios cognitivos, ya sea de los esquemas cognitivos, las expectativas, las atribuciones, percepciones o la autoestima de la mujer maltratada;
- 2) Los indicadores de malestar o disfunción psicológica (por ejemplo, los miedos, la ira, la depresión, el abuso de sustancias;
- 3) Los problemas de relación con otras personas distintas al agresor, tales como problemas de confianza en los demás, miedo a la intimidad.

Por lo que se hace necesario visualizar no solo la atención primaria de urgencia, sino que también la intervención psicoterapéutica, siendo algunas de estas: terapia individual, terapia de pareja, terapia familiar, terapia grupal. El acercamiento inicial debe ser individual y pueden combinarse con la terapia grupal, y tomando en cuenta que cada caso es diferente, se deberá tener el juicio clínico para el abordaje de terapia de pareja, y el abordaje de terapia familiar.

2.6.1 Terapia individual

En este programa se pueden incorporar aquellas mujeres maltratadas que han presentado denuncia y ya están inmersas en el proceso judicial. Con ellas, además de la atención terapéutica individual y grupal, se realiza una intervención específica para prepararlas para el juicio oral al

que, si lo requieren, se les acompañara. Hay que tener en cuenta que para muchas mujeres maltratadas, el proceso judicial es una situación nueva y estresante, que en muchas ocasiones puede reactivar la sintomatología de la ansiedad padecida y que puede hacer reaparecer el miedo que provoca el agresor al que no han visto desde hace tiempo y con el que se van a volver a encontrar en el juzgado. Es importante prepararse para que puedan afrontar en las mejores condiciones posibles y con las máximas garantías todo el proceso.

Para ello es necesario recordar las técnicas de relajación trabajadas y dar toda la información que necesiten acerca de cómo es una sala de vistas, cómo es un juicio oral, cómo y dónde declarará... para ayudarle a disminuir y a controlar su ansiedad.

Los Objetivos terapéuticos son:	
Favorecer el encuentro interpersonal terapéutico; mejorar los síntomas que hayan aparecido a raíz del suceso traumático.	Recuperar el control de su vida y de sus emociones.
Desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento y de resolución de conflictos.	Aumentar la sensación de valía y autonomía.
Potenciar los recursos personales.	Trabajar el reconocimiento y la expresión de sus sentimientos.
Facilitar el desahogo emocional	Detectar bloqueos y distorsiones que impiden el desarrollo de su personalidad y sus conductas sanas.
Aceptación de sí misma, facilitar la capacidad del contacto pleno con la realidad presente.	Apertura a la experiencia
Analizar sus relaciones desde otra perspectiva y responsabilizarse de ellas.	Reconocer los posibles del cambio; reforzar sus responsabilidades como adulta.
Recuperar los parámetros de seguridad perdidos durante el suceso traumático, volviendo a confiar en los demás.	Buscar la normalización de su vida cotidiana. (Rodríguez, M.)

Fuente: Elaboración propia con información de: Psifemia, Rodríguez, M. 2007/08).

María del Rosario Ramírez, Licenciada en Psicología de la Procuraduría de los Derechos Humanos, recade Guatemala, recalca las áreas donde las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar son apoyadas en esa institución.

Las siguientes son algunas de las áreas mencionadas por la Licenciada Ramírez:

- ✓ Desculpabilización, ante la denuncia de la mujer ante el maltrato intrafamiliar.
- ✓ Empoderar, al proporcionar información sobre la ley, con que puede ser protegida.

Según Alfredo Herrera encargado de Sistematización y Comunicación de Fundación Sobrevivientes, desde el año 2001 y desde la propia experiencia de ser víctima, surge la necesidad de dar acompañamiento humano y profesional a mujeres víctimas de violencia. En el año 2006 emprendió de manera estable el proceso en el cual centra su principal objetivo estratégico que es “Contribuir a que las mujeres, niñez y adolescencia víctimas de violencia y trata de personas en Guatemala, alcancen justicia y recuperen su proyecto de vida”.

El acceso de justicia para las víctimas incluye en el abordaje psicológico en el que las mujeres, niñas y adolescentes rompan el círculo de la violencia, recuperen su proyecto de vida y logren recuperar su autoestima y poder interno, reconstruir las relaciones afectivas con su entorno familiar, para contribuir a una sociedad más sana y con una convivencia libre de violencia.

La Fundación Sobrevivientes se perfila como un centro especializado en litigio estratégico; es una entidad de servicio social, no lucrativo, no gubernamental, sin intereses políticos o religiosos, está integrado por un equipo de profesionales para brindar atención especializada a mujeres víctimas de violencia, siendo un centro que aplica un enfoque multidisciplinario, humano, solidario y de acompañamiento; que presta atención de refugio temporal a mujeres que viven violencia de cualquier tipo (física, sexual, psicológica extrema).

Los servicios que se prestan son:

Atención social	Respeto a la diversidad étnica, sexual, ideológica y religiosa de las mujeres, niñas y adolescentes.
Atención jurídica y seguimiento de casos	Es prioridad la intervención inmediata y decidida de casos de violencia contra la mujer.
Atención psicológica primaria en crisis.	La atención adecuada puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para las mujeres y sus hijos e hijas.
Casa de refugio temporal para las víctimas de la violencia.	A capacidad de brindar una intervención multidisciplinaria (atención psicológica, legal, médica, preventiva), permite ofrecer a las víctimas las herramientas para generar y fortalecer la toma de decisiones para dar los primeros pasos hacia una nueva vida.
Terapias de recuperación psicológica.	Permite ofrecer a las víctimas las herramientas para generar y fortalecer la toma de decisiones para dar los primeros pasos hacia una nueva vida

Fuente: Elaboración propia con información de Fundación Sobrevivientes

2.6.2 Las principales corriente psicoterapéuticas a nivel individual son:

Corriente Humanista
<p>Concepto, Es una escuela que prioriza las experiencias no verbales, los estados alterados de conciencia, como medio para alcanzar el potencial humano.</p> <p>Objetivos terapéuticos: identificar factores que facilitan el cambio favorable y duradero tanto en la persona que busca ayuda como en el terapeuta.</p> <p>Enfoque, formulan hipótesis y explican el aprendizaje y el cambio con base en el paradigma clásico de estímulo-reforzamiento-respuesta.</p>

Corriente Gestalt

Concepto: El enfoque Gestalt es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándose por lo que es, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que ES. El EG es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico.

Enfoque: El Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

Objetivos terapéuticos: El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales.

El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de las intelectualizaciones (ZIM). Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

Corriente Racional Emotiva

Concepto: Plantea como el ser humano adquiere su conocimiento y que está influido por las interpretaciones que imponemos a nuestras percepciones; es la filosofía personal, el sistema de creencias del individuo

Enfoque: Sostiene que la conducta del hombre, a pesar de estar determinada en cierto grado y limitada por su naturaleza biológica y su historia; las personas pueden entender o ampliar sus elecciones de acción y transformar de modo significativo su personalidad a través de: a) comprender cómo se limitan a sí mismas, b) desarraigar y modificar sus rígidas filosofías de vida, c) trabajar activamente en contra de sus pensamientos habituales de autoderrota, hasta que se rompan las cadenas que las restringen. (Ellis, 1973)

Objetivos terapéuticos: descubrir las creencias o filosofías irracionales que producen emociones y reacciones dañinas al ser humano, de acuerdo a la concepción de cada persona. La creencia irracional obstaculiza la obtención de metas, pues la persona se maneja con emociones absolutas, reduciendo el experimentar placer.

Fuente: Elaboración propia con información del libro Psicoterapias contemporáneas de Luis Oblitas, 2008

2.6. 3 Terapia de pareja

En la terapia de pareja se utilizan diferentes enfoques por medio de los cuales se logra que la pareja recupere la relación que se ha perdido, a causa de la violencia en todos sus aspectos. El empoderamiento relacional no depende únicamente del hombre o de la mujer que están involucrados en una relación, sino, en el deseo de ambos de continuar vinculados en el aspecto afectivo.

Los enfoques que se describen a continuación, se utilizan según la pareja que busca la ayuda terapéutica:

Enfoque sistémico, según el Dr. Ricardo de la Espriella Guerrero en su artículo Terapia de pareja los objetivos generales de la terapia sistémica de pareja son:

- Manejar la queja que motivo la consulta, en muchas ocasiones requiere de mayor exploración.
- Promover un cambio que favorezca la meta-comunicación y que siempre respete los valores de sus integrantes.
- Permitir redefiniciones y evitar las interacciones rígidas.

Es posible desarrollar un enfoque centrado en la queja o problema, no solamente en un síntoma o diagnóstico. Provee a la pareja un lugar propio, independiente de otros sistemas. Permite incluir elementos, como registros, diarios, prescripciones, rituales, para continuar el trabajo terapéutico y realizar el seguimiento a los cambios y evidenciar las características dinámicas.

Enfoque Cognitivo-conductual

El Dr. Aaron T. Beck (2000), propone que el modelo Cognitivo proviene de todos o los pensamientos que una persona tiene y como la distorsión del pensamiento, influye en su estado de ánimo y en la conducta. La terapia Cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del

paciente y sus problemas, está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados, determina la atención en los obstáculos que impiden resolver problemas y alcanzar objetivos. Destaca el presente y ayuda a identificar y evaluar los pensamientos y comportamientos funcionales y a actuar en consecuencia.

Según Walter Riso la técnica cognitiva enfatiza la modificación de esquemas, procesos y productos, y las relaciones que el pensamiento automático o controlado y las distorsiones cognoscitivas establecen con la conducta motora y las emociones.

El enfoque Cognitivo-conductual se focaliza en la identificación y corrección sistemática de aquellas estructuras informacionales cognitivo/afectivas, así como aquellos aspectos relacionados con la filosofía de vida, valores, esquemas motivacionales y el sistema general de creencia. (Hollon, Kris, 1986; Riso, 2000; Beck, 1996).

Enfoque Psicoanalítico, según los autores del artículo Psicoterapia Psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica (Pérez Testor, C. et al. 2009), el objetivo del tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar conflictos inconscientes y dinámicas relacionales que generen sufrimiento. Se busca promover nuevas experiencias con la otra persona, de manera de reorganizar la relación, además de la importancia de la disposición de la pareja para observarse a sí misma, para adentrar en la comprensión de sus experiencias emocionales.

El trabajo se centra en la contribución de cada miembro y en especial de la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad. El enfoque psicoanalítico estimula el funcionamiento reflexivo de la pareja, consisten explorar, clarificar e interpretar fantasías, deseos, temores, defensas y demás procesos que afectan a las relaciones.

Según Scarff (2008) los objetivos fundamentales son: reconocer y elaborar las identificaciones proyectivas e introyectivas mutuas de la pareja.

- Mejorar la capacidad de la pareja para proporcionar mutuamente apego y autonomía, así como la capacidad de progreso.

- Recuperar la capacidad de comunicación inconsciente, que permita el desarrollo de la empatía, la intimidad y la sexualidad.
- Promover la individuación y la diferencia entre los miembros de la pareja.
- Facilitar que la pareja recobre la confianza en sus posibilidades de crecimiento.

Enfoque Gestalt, tiene como objetivo que la pareja cambie patrones o pautas neuróticas en la que ha caído la relación, se propone un énfasis en el aprendizaje de nuevas formas de relacionarse, comunicarse y solucionar conflictos. El enfoque Gestáltico enfoca el término de “darse cuenta”, es la manera de percibir lo que está sucediendo dentro de sí mismo y en el mundo que le rodea. Con ello la pareja tiene la capacidad de comprender y entender aspectos de sí mismo, y situaciones o circunstancias que se producen y la manera en que les afecta.

Se requiere que la pareja sea participativa y aprenda a distinguir la realidad de la fantasía, de la importancia del contacto que es una de las principales necesidades psicológicas del ser humano. En el enfoque Gestalt también plantea la importancia de los límites tanto del cuerpo, como de la variedad de ambientes en los que el ser humano se desenvuelve.

Enfoque de análisis transaccional, el docente de la Facultad de Psicología y Humanidades Julio Silva Cruz (2008), explica la estructura y funcionamiento de la personalidad humana, por este medio se observa, coteja, evalúa, actualiza e integra sobre la conducta. Tiene como objetivo fundamental ayudar a la persona a crecer y desenvolverse plenamente al liberarlo de las ataduras y compromisos argumentales, enseñándole los caminos hacia la autonomía, la intimidad y la autenticidad, mediante la recuperación y fortalecimiento de su posición existencial realista.

Por lo definido anteriormente, en cuanto a la pareja el Análisis transaccional puede proporcionar respuestas a multiplicidad de preguntas que las personas formulan habitualmente con respecto de sí mismas, de los demás y de las conductas y motivos de cada uno. Ubica en la pareja la responsabilidad con respecto a uso adecuado u oportuno de conductas y proporciona alternativas para el cambio conductual a través del mejoramiento de sus formas de relación y emancipación con respecto a un estilo de vida conflictivo.

Enfoque de la terapia breve centrada en soluciones, Jacobo Reyes Martos (2008), en la propuesta de evaluación paso a paso, indica que el enfoque determina las necesidades del cliente, los síntomas como quejas, o dimensión funcional de un comportamiento que la persona desea mejorar o cambiar, pero que no sabe cómo hacerlo. Centra la atención en la dimensión dinámica y adaptativa de la respuesta de la persona a los problemas con los que se enfrenta. Determina en qué consiste el problema, el conjunto de hechos y circunstancias que dificultan la consecución de ciertos datos conocidos; se considera la frecuencia de circunstancias que provoquen disgusto o preocupación. Propone nuevas soluciones y genera expectativas de cambio.

2.6.4 Terapia Familiar

El enfoque sistémico constituye la base teórica de toda terapia familiar, desde este marco se entiende, que la familia es un sistema y que por tanto, los miembros que lo componen están interrelacionados y cuando uno de ellos tiene un problema o síntoma, los demás también sufren las consecuencias y pueden colaborar en la solución.

En varias ocasiones, el/la terapeuta decidirá contar con la colaboración de algunos miembros de la familia o con todos ellos y los citará a consulta, otras veces, citará de manera individual al/la paciente o citará a los padres si ese fuera el caso y luego a los hermanos(as), pero siempre tendrá presente las relaciones que el paciente establece con su entorno familiar, y trabajará sobre ello.

En todo caso, en Terapia Familiar el proceso terapéutico es similar (en sus etapas e intervenciones) al de la Terapia Individual, con la diferencia de que se trabaja con la familia y las relaciones que el/la paciente establece en ella.

La principal aportación de Gregory Bateson, al enfoque sistémico en la terapia familiar consiste en la formulación de la teoría del doble vínculo. Esta teoría surge a partir de los estudios de

Bateson en instituciones psiquiátricas acerca de la interacción de la familia con los pacientes esquizofrénicos. Acorde a esta teoría el doble vínculo se establece cuando

- a) Existe un mensaje a nivel digital (lo que se dice).
- b) Existe un mensaje analógico (lo que se actúa)
- c) El emisor del mensaje tiene un rol de autoridad (padre/madre) sobre el receptor del mensaje (hijo/a).
- d) Existe una necesidad de supervivencia física y emocional del receptor (hijo), que el emisor (padre/madre) cubre.
- e) Cualquier respuesta que del receptor (hijo/hija) no satisface la necesidad contenida en el mensaje del emisor (padre/madre)

Es importante concebir que los trastornos emocionales en una familia son el resultado de la interacción y retroalimentación de los miembros del sistema familiar sobre “el/la, paciente que presentan un síntoma.

2.6.5 Terapia grupal

El concepto de terapia de grupo, fue utilizado en un primer momento por Joseph Pratt, influido por Joseph Jules Dejarine en los años 1900 aproximadamente. Pratt, era un médico que atendía a personas con tuberculosis, de las cuales por razones económicas, no podían seguir su tratamiento en un hospital. Él para poder atender a varios pacientes en un tiempo corto, y con el fin de proporcionarles información sobre los cuidados de su enfermedad, los reunió en grupos. Se fue dando cuenta de que el hecho de estar en un grupo, fue para ellos un proceso terapéutico. (Nadal, C)

2.6.5 Grupos de apoyo

Un grupo de apoyo es un grupo de personas que se reúnen para darse ayuda mutua y aprender comportamientos para afrontar los problemas derivados de la VIF. Se pueden formar grupos de

apoyo para víctimas de la VIF, pero también se pueden formar con los agresores, para trabajar los estilos de afrontamientos no violentos, la comunicación asertiva, entre otras, con los padres y madres de familia que ejercen violencia contra sus hijos e hijas y con otras personas miembros de su familia.

Las personas en un Grupo de Apoyo:

- ✓ Tienen una situación o experiencia en común.
- ✓ Se ayudan unas a otras, especialmente a mejorar o desarrollar nuevas prácticas de relacionamiento y comunicación.

Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar

Se aprenden nuevas formas de afrontamiento de los conflictos que permiten superar los problemas de VIF.

¿Cómo formar un Grupo de Apoyo?

- ✓ Formar un grupo a partir de una experiencia común, en este caso, de VIF.
- ✓ Construir con el grupo un propósito común “compartir sus experiencias en VIF y las formas como ha sido enfrentado”.
- ✓ Formar grupos no mayores de 15 personas.
- ✓ El grupo funciona mejor si las mismas personas asisten siempre, pero el grupo debe estar dispuesto a recibir nuevos miembros y personas que lleguen de forma esporádica.
- ✓ El lugar de reunión debe ser de fácil acceso a las personas participantes. Si son madres debe ser un lugar donde puedan llevar a sus hijos e hijas.
- ✓ Defina con las personas un día y hora fija para la reunión.
- ✓ Generalmente la reunión del grupo es mensual. La duración de las reuniones por lo general es de una a dos horas.

- ✓ El personal de salud puede ser el facilitador o facilitadora del grupo, pero poco a poco una de las participantes pueden tomar ese papel.

Antes de la reunión de Grupos de Apoyo

- ❖ Con los participantes se elige un tema para la reunión.
- ❖ De acuerdo con el tema, se preparan materiales de apoyo como láminas, mantas, rota folio, guías de trabajo u otros.
- ❖ Si desea la participación de alguna persona como invitada especial, haga arreglos con anticipación con el grupo.

Atención psicológica en el Segundo Nivel de Atención:

- ✓ Resolver los casos que acudan al servicio y aquéllos referidos por el personal del Primer Nivel de Atención, sin exclusión alguna y con pleno respeto de los valores culturales y religiosos de las personas.
- ✓ Atención médica del caso, referencia del caso a Psicología y Trabajo Social.
- ✓ Examen psicológico completo.
- ✓ Clasificación de caso y definición de abordaje psicoterapéutico.
- ✓ Tratamiento del caso.
- ✓ Atención a la salud física y mental de la víctima en forma individual, de pareja o en grupo dependiendo de la evaluación del caso y atendiendo a las características del ciclo de vida de la persona a ser atendida.
- ✓ Capacitar al personal de salud del Primer Nivel para trabajar grupos de autoayuda y consejería, para víctimas y agresores de VIF.
- ✓ Apoyar por medio de Trabajo Social para la organización comunitaria en la prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar.
- ✓ Supervisar la consejería, los grupos de autoayuda y las redes de apoyo por medio del/de la psicólogo/a y Trabajo Social.

Atención psicológica y/o psiquiátrica en el Tercer Nivel de Atención:

En caso de que la paciente cumpla criterios clínicos de una depresión de moderada a severa, según Criterios Diagnósticos de la Guía de clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 o exista riesgo suicida, referirla a un hospital para ser atendida por psiquiatra o médico con capacidad de manejo de antidepresivos.

- Terapia Breve y de urgencia

En este tipo de programa se pueden incorporar las mujeres maltratadas que presentan problemas concretos, independientemente de la situación traumática vivida y que, por diversas circunstancias, requieren ser derivadas a otros servicios y aunque no hayan denunciado su caso.

- ✓ En esta intervención terapéutica se realizan 4 sesiones encaminadas a centrarles como mujeres maltratadas -después del acontecimiento traumático que han sufrido- y que entiendan todo el proceso judicial en el que pueden verse inmersas.

Los objetivos son:

- ✓ Ayudar en el restablecimiento de los parámetros de seguridad rotos por el suceso traumático;
- ✓ Que expresen sobre el suceso traumático y su significación para ellas;
- ✓ Proporcionar información sobre lo que están viviendo respecto al suceso traumático, la evolución futura de los síntomas y sobre todo el proceso judicial;
- ✓ La preparación y planificación de la rutina diaria;
- ✓ Trabajar la sintomatología de la ansiedad;
- ✓ Detectar, evitar o prevenir posibles consecuencias psicopatológicas que puedan desencadenar en un trastorno adaptativo, afectivo o de estrés postraumático;
- ✓ Responsabilidad como adulta de sus actos y sus consecuencias. (Protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa de Salud mental, Guatemala 2008)

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida

El objetivo del presente trabajo se alcanzó con la utilización del Método Cualitativo, el cual se empleó en relación al Marco Teórico.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida

Respecto al proceso de Práctica Profesional Supervisada, se aplicaron las técnicas siguientes:

- ✓ Entrevista estructurada y no estructurada (dependiendo del caso)
- ✓ Escucha activa
- ✓ Observación
- ✓ Pruebas proyectivas:
 - Árbol
 - Figura humana
 - De la casa
 - Bajo la lluvia
 - Test de depresión de Hamilton

Por medio de las técnicas se obtuvo información importante, la cual se utilizó para encontrar la respuesta a la problemática del o la paciente que fueron atendidos.

Empleando test proyectivos, así como la metodología clínica de signos y síntomas que presento al momento de la relación terapéutica, se estableció el porqué de la situación presente que aqueja al o la paciente.

La metodología para el psicodiagnóstico:

- ✓ DSM IV- TR Criterios multiaxiales

Metodología Psicoterapéutica, enfoques utilizados:

- ✓ Gestalt
- ✓ Cognitivo-conductual
- ✓ Logoterapia
- ✓ Racional Emotiva
- ✓ Terapia breve y de emergencia
- ✓ Atención en crisis

3.3 Población atendida en el centro de Práctica Profesional Dirigida

La atención para las y los pacientes se proporcionó en la Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto de Cancerología INCAN y Hospital Bernardo del Valle, Guatemala, de la Unidad de cuidados paliativos, Instituto de Cancerología INCAN y Hospital Bernardo del Valle, Guatemala 6ª. Avenida 6-58 zona 11.

3.3.1 Cronogramas de actividades realizadas

<p>Cronograma de actividades de Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología INCAN</p> <p>Horario de atención de 8:00 a 12:00 horas, de lunes a viernes</p>		
<p>Organización y agenda diaria 8:00 a 9:00 a.m.</p>	<p>Visita a encamamiento 9:00 a 10:00 a.m.</p>	<p>Reunión de equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos) para informar sobre procesos de pacientes en encamamiento y aspectos emocionales presentados.</p>
<p>Atención a pacientes y/o familias que reciben atención médica, información sobre Diagnóstico y situación actual de enfermedad.</p>	<p>Citas a familias y/o pacientes para investigación, organización y funcionamiento de red de cuidados.</p>	<p>Acompañamiento psicológico a familiares y/o pacientes oncológicos de Unidad de Cuidados Paliativos.</p>
	<p>Acompañamiento a pacientes y/o familiares para preparación de final de la vida.</p>	

Fuente: elaboración propia

3.3.2 Actividades normales de práctica

Universidad Panamericana
 Facultad de Ciencias Psicológicas
 Psicología Clínica y Consejería Social



Horario de Práctica IV

Lugar:
 Unidad de Cuidados Paliativos
 Instituto Nacional de cancerología INCAN
 Y Hospital Bernardo del Valle
 6TA. Ave. 6-58 zona 11
 Ciudad

Unidad de Cuidados Paliativos Fecha de inicio del 1º. de febrero al 31 de octubre de 2013	Días para realizar la práctica De lunes a viernes	Horario de 8:00 a 12:00 a.m.
Visitas en encamamiento a pacientes mujeres y varones, referidos a Unidad de Cuidados Paliativos, en el horario de práctica.	Intervenciones familiares para formación de red de cuidados, funcionamiento o reorganización familiar para el cuidado del y la paciente.	Información a pacientes y familia sobre diagnóstico y situación actual de enfermedad. Preparación para final de la vida.

Fuente: Elaboración propia

3.3.3 Talleres u otras actividades especiales

<p>Película una vez por mes para las y los pacientes en encamamiento. Por niveles hombres y mujeres.</p>
<p>Platica para concientizar al servicio policial de seguridad el ingreso de familiares a Unidad de Cuidados Paliativos, para recibir información sobre pacientes, y el buen trato hacia ellos.</p> <p>14/7/2013</p>
<p>Grabación de video educativo sobre Cuidados Paliativos</p> <p>septiembre 2013</p>
<p>Asistencia a familiares de pacientes fallecidos en morgue del hospital, asistencia a pacientes para encontrar ayuda en área de Trabajo Social.</p>
<p>Celebración Día de Cuidados Paliativos</p> <p>3 de octubre de 2013</p>

Técnicas utilizadas en Práctica Profesional Supervisada

Cognitivo-
conductual

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

Características de la Terapia Cognitivo

Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.

- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida. (Oblitas, 2008).

<p>Logoterapia</p>	<p>La premisa de la Logoterapia se concreta en que el ser humano descubra por sí mismo el “sentido de su existencia”, el para qué y por quién vivir, el sentido de su ser en el mundo y el sentido de todo aquello que es componente para la condición humana. De ese modo nada le es ajeno al análisis existencia: amor, sufrimiento, trabajo, comunidad humana, la muerte. El ser humano necesita de un significado, cuando vivimos sin él, sin metas, valores o ideales, parece provocar trastornos considerables, que pueden culminar en suicidio.</p> <p>Según Víctor Frankl, el hombre no inventa el sentido, sino lo descubre. El ser humano puede dar significado a su vida a través de los valores de dar (valores creativos), de practicar (al experimentar la bondad, la verdad, la belleza. Otro tipo de valores es la actitudinal, por medio de las actitudes a lo largo de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso terapéutico consiste en una cadena continua de improvisaciones. • Esta relación debe contrapesar los extremos de la familiaridad humana y la separación científica. Esto quiere decir que el terapeuta no debe guiarse por la nueva simpatía en su deseo de ayudar al paciente, ni a la inversa, reprimir su interés humano por la otra persona, reduciéndose a la pura técnica. • Esta técnica es especialmente efectiva en el tratamiento breve de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria. No es un método superficial, ya que afecta a las capas más profundas de la persona. Es una "reorientación existencial". • En el verdadero sentido de la palabra, la logoterapia se basa en el principio logoterapéutico del “antagonismo psicoonético”, que se refiere a la capacidad específicamente humana de separarse, no sólo del mundo, sino también de uno mismo. (Oblitas, 2008)
--------------------	---

Fuente: Elaboración propia con información de Oblitas 2008

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4. Análisis de resultados

Se presenta a continuación el caso con el que se trabajó en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Cancerología INCAN, cuya paciente es referida por médicos de UCP, quien presenta claudicación y agotamiento físico, emocional y económico al ser la única cuidadora de su mamá; paciente que presenta cáncer en el estómago y quien requiere de cuidados en el tratamiento de la enfermedad, así como, demandas abrumadoras para la cuidadora, quien actualmente presenta síntomas de depresión, ansiedad y dificultades para conciliar el sueño.

La paciente será recibida cada semana en Unidad de Cuidados Paliativos y se iniciará con ella acompañamiento psicológico en las áreas que manifieste necesidad, sin tener ningún costo económico. En el caso particular de Clara se ha investigado sobre los orígenes del agotamiento emocional, físico y psicológico, imperante desde la niñez y presente actualmente.

La importancia del empoderamiento de la mujer en este caso se enfoca en el abuso físico, sexual, emocional, afectivo y económico, del cual, es víctima la paciente.

Así como la relevancia del conocimiento de los derechos, lo que ha permitido cambios visibles en la vida de la paciente, así como, las modificaciones en conducta y conocimiento de sus habilidades la ha llevado a lograr un mejor trato, a limitar la acción dañina del entorno familiar, así como la dignidad y validez de ser mujer; y no por ello ser humillada, maltratada y esclavizada por su mamá y demás familia, incluyendo a la pareja actual.

El acompañamiento psicológico ha llevado a la paciente a dejar el pasado y enfocarse en el presente, en lo que puede lograr, además de apoyarla en el desarrollo de sus habilidades manuales, culinarias y aspectos femeninos que la hacen especial y única.

4.1 Logros

- ✓ Evolución en el proceso psicoterapéutico, ya que la paciente asiste con puntualidad, muestra mejoría con tratamiento médico e interés en solución de conflictos familiares y personales.
- ✓ Localización de pobres mecanismos de defensa iniciados en la niñez temprana debido al abandono materno y el abuso físico paternal durante la niñez; agregado a ello el abuso sexual al que fue sometida por parte de uno de sus hermanos alrededor de 6 años.

4.2 Análisis

La situación actual de la paciente refiere de experiencias dolorosas del pasado, cuya carga emocional desborda sus capacidades de solución inmediata; las características personales refieren a una mujer frágil, sumisa en extremo, vulnerable y con pobres mecanismos de defensa, que le puedan ayudar a superar las situaciones pasadas, que son hoy revividas en cada situación que se le presenta.

4.3 Limitaciones

- ✓ La paciente asistió solo a 8 sesiones debido problemas económicos (ya que en el INCAN tomaron la decisión de cobrar por el servicio de Psicología), costo que es elevado para muchos de los pacientes que asisten, agregado a ello, la paciente no cuenta con recursos propios.
- ✓ La madre de la paciente se negó a seguir recibiendo asistencia médica, argumentando que “no tengo nada”, y esa decisión también repercute en la inasistencia de CL paciente que recibe acompañamiento psicológico.

4.4 Presentación de caso

Informe Clínico

Datos generales

Nombre: C. L.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 4 de octubre de 1969

Edad: 42 años

Escolaridad: ninguna, pero aprendió a leer y escribir

Profesión: ama de casa.

Dirección: Amatitlán

Teléfono: 66332923

Religión: no especifica, asiste a ambas, católica y evangélica.

Pruebas aplicadas/Instrumento y fecha de aplicación:

- Test de la figura humana, (1 de febrero)
- Test del árbol (8 de febrero)
- Test de la casa, (11 de febrero de 2013)

Referido por:

Médicos del Departamento de Cuidados Paliativos, Dra. Sylvia Bleijenstein, Dr. Víctor Samayoa y Dra. Eva Duarte (Jefe de UCP)

Fecha de inicio en tratamiento terapéutico:

1º. febrero de 2013

Motivo de la consulta:

Los médicos de UCP refieren al área de Psicología a C.L. indicando que la visualizan como una persona depresiva, agotada física, emocional y psicológicamente a punto de la claudicación, esta situación se debe a que ella es la única cuidadora de su mamá quien está diagnosticada con

Cáncer de estómago. En cada consulta a la que asisten paciente y cuidadora, los médicos han notado el deterioro que presenta C.L., por lo que consideran referirla al área de Psicología para brindarle soporte emocional, el cual es proporcionado para pacientes y su familia y/o cuidador (a) principal.

El agotamiento se manifiesta desde hace dos años refiere C.L. tiempo que lleva en el cuidado de su mamá y con la responsabilidad de traerla al hospital y la administración de medicamentos en casa.

Historia del problema actual

Al referirse sobre sí misma la paciente indica con llanto “me siento muy agotada, no aguanto más los insultos de mi mamá, que siempre me dice que por culpa mía ella está enferma, que soy yo quien la pone cada vez peor, no sé qué hacer, pues yo hago todo lo que ella me dice; me insulta con malas palabras, me tira lo que le preparo de comida y yo soy la única que se preocupa de ella , mis otros hermanos (6) no hacen nada por ella.

No la ayudan económicamente y por eso yo también me encargo de la tienda para tener dinero para la medicina y la consulta”. (Llanto, emocionalmente alterada).

Su queja primordial es el agotamiento físico, a punto de la claudicación debido al exceso de trabajo que realiza en el cuidado de su mamá, los oficios domésticos, hacerse cargo de la tienda, cuyos fondos le sirven para comprar medicina y pagar la consulta médica, además de ser empleada del resto de la familia (hermana menor, esposo e hijas) para quienes debe cocinar todos los tiempos de comida.

Impresión diagnóstica

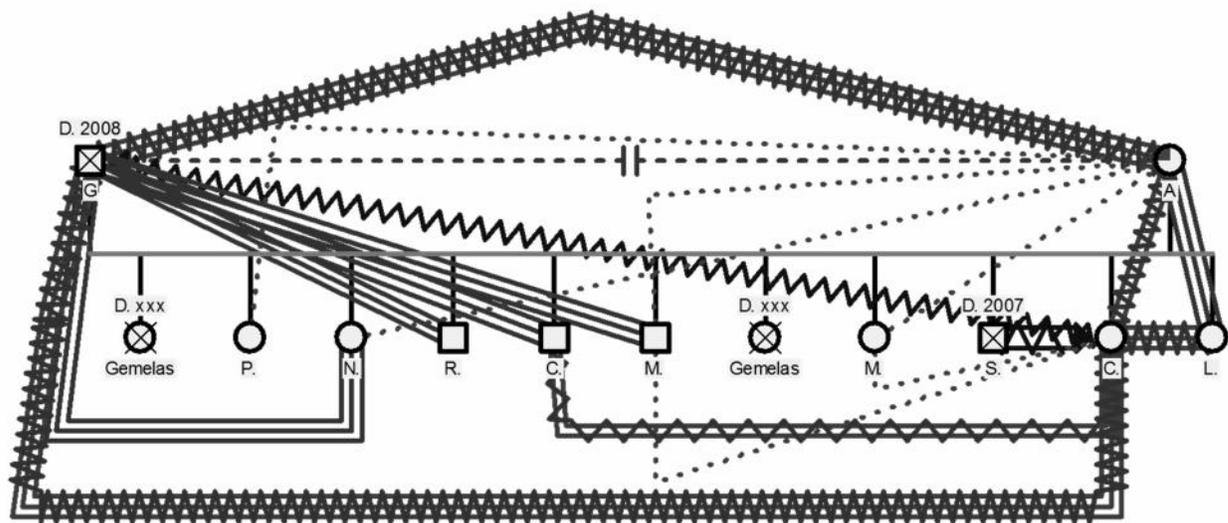
- Trastorno de estrés post-traumático

Síntomas: acontecimiento traumático re-experimentado persistente, provocando imágenes, pensamientos o percepciones, incluye, flash back, malestar psicológico intenso al exponerse a

estímulos internos y externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Dificultad para conciliar el sueño, hipervigilancia, dificultades para concentrarse, deterioro social, laboral. Temor, desesperanza, la persona manifiesta disminución del interés por participar en actividades gratificantes, malas relaciones interpersonales y familiares.

Genograma



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la paciente.

Evaluación Multiaxial

Eje I

- F 43.1 Trastorno de Estrés post-traumático

Eje II

- Z03.2 sin diagnóstico

Eje III

- Ninguno

Eje IV

- T74.1 abuso físico del niño (niña)
- T74.1 abuso físico del adulto
- T74.2 abuso sexual del niño (niña)
- Abuso sexual del adulto (compañero sentimental anterior)
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda

Eje V

- Escala de evaluación de actividad global (EEAG)
41-50 Síntomas graves (inicio del tratamiento)
61-70 (actual)

Técnicas empleadas

- Técnicas de Gestalt (aquí y ahora)
- Logoterapia (sentido de vida)
- Cognitivo-conductual (cambios en conducta y uso de conocimientos previos)
- Empoderamiento de paciente en su rol (mujer, madre, hija)
- Autoestima
- Sanidad del niño interior (Técnica dirigida y aplicada por Licda. Annabella de Romero).
- Gestalt

Descripción del Proceso (Síntesis de cómo se trabajó y que a qué se llegó.)

El proceso que se dio a C. L. inicia por la consideración de médicos del UCP del cuidado que necesita la cuidadora principal y única de la paciente (madre de la paciente), por quien llega a recibir terapia.

El proceso se inició al momento de reconocer C. L. su necesidad de recibir ayuda, al reconocer que la responsabilidad que tiene actualmente es abrumadora, siendo que existen más hermanos que podrían hacerse cargo del cuidado de su mamá. La necesidad de recibir ayuda viene desde la niñez, al ser abandonada por su mamá y dejada con su papá y hermanos, en donde recibió abusos físicos, sexuales y emocionales.

Se inició terapia con la esperanza de mejorar la calidad de vida de C. L., utilizando técnicas que ayudaran a la mejoría de su vida, entre ellas, Cognitiva-conductual, Logoterapia, Gestalt. Se realizaron tareas entre una sesión y otra, las cuales la paciente cumplió a cabalidad, se presentó puntualmente a cada sesión y se observó cambios sustanciales en las áreas que deseaba mejorar.

Análisis: la situación actual de la paciente refiere de experiencias dolorosas del pasado, cuya carga emocional desborda sus capacidades de solución inmediata; las características personales refieren a una mujer frágil, sumisa en extremo, vulnerable y con pobres mecanismos de defensa, que le puedan ayudar a superar las situaciones pasadas, que son hoy revividas en cada situación que se le presenta.

Plan terapéutico

- Cita semanal y/o quincenal, depende de las posibilidades económicas para asistir (vive en Amatlán).
- Tareas para modificación de conducta
- Tareas en uso de límites

Observaciones adicionales

La paciente asistió a un total de 10 citas terapéuticas, luego de las cuales se observó cambios positivos, permanentes (hasta ese momento) de la mejoras en varios aspectos de su vida. Luego de no tener noticias de la paciente después de 1 mes se dio por concluido el tratamiento. Cierra de relación psicoterapéutica 9 de mayo de 2013.

Conclusiones

1. El empoderamiento que se proporciona a las mujeres que son víctimas de abuso intrafamiliar, por medio del acompañamiento psicológico, les provee de nuevas perspectivas para el futuro, les ayuda a descubrir sus habilidades y a ponerlas en práctica, para mejorar su sistema de vida, lejos del agresor.
2. Los tipos de violencia intrafamiliar a los que son sometidas las mujeres guatemaltecas son: violencia física y sexual. Psicológica y económica o patrimonial; esto derivado de las características culturales de nuestro país.
3. El empoderamiento implica concientizar a la mujer víctima de violencia intrafamiliar sobre la confianza en sí misma, la autonomía que posee para decidir sobre su vida y la transformación de intereses, estructuras que le colocan límite y perpetúan la subordinación.
4. Los procesos terapéuticos a los que tienen acceso las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, ayudan y proveen de herramientas necesarias para continuar con la vida; como la terapia individual, consejería de parejas, terapia familiar y terapia grupal, donde pueden encontrar alivio a la situación que viven y nuevas compañeras en las que se pueden apoyar.
5. El conocimiento de sus derechos, así como, de las instituciones públicas y privadas, proporcionan alivio y soporte para denunciar la violencia intrafamiliar en la que se sitúa la mujer guatemalteca y abre la brecha para recibir el acompañamiento psicológico tanto para la mujer como para sus hijos e hijas.

Recomendaciones

1. Proveer información a las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar de Unidad de Cuidados Paliativos, sobre la importancia de desarrollar sus habilidades y practicarlas, de manera, que puedan mejorar el sistema de vida propio y de sus hijos e hijas.
2. Informar de los diferentes tipos de violencia, los cuales, pueden percibirse como comunes y hasta necesarios; proponiendo romper con las costumbres culturales de nuestro país.
3. Concientizar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar sobre la importancia de sí misma como mujer y romper paradigmas que limitan y perpetúan la subordinación a la pareja masculina.
4. Proveer el acceso a recibir ayuda terapéutica en beneficio individual, familiar, grupal, en donde pueda encontrar pares que sufren de la misma situación, pero que se han beneficiado de la asistencia psicológica.
5. Implementar el plan de comunicación para dar a conocer las instituciones por medio de las cuales puede encontrar ayuda legal, psicológica, de protección e incluso de acompañamiento en procesos psicológicos y legales.

Referencias

Bibliográficas

1. Álvarez. C. Modelo de atención Integral para Mujeres sobrevivientes de violencia del Grupo Guatemalteco de Mujeres GGM, # 9, año 6, 2011
2. Batres, G. Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. San José Costa Rica, 1997
3. Beck, A. Conceptos básicos y profundización Terapia Cognitiva. Barcelona España. Editorial Gedisa, 2000
4. Martin, A. Manual de Psicoterapia Gestalt, España 1976
5. Oblitas, L. Psicoterapias Contemporáneas (2008) México D.F. Editorial Cengage Learning Editores S.A.
6. Olympe. C. Derechos Humanos de las mujeres en Guatemala. Editorial Grupo Olympe, 2006
7. Ramírez, María del Rosario, Procuraduría de los Derechos Humanos, entrevista personal.
8. Riso, W. Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos, Editorial Norma S.A. Colombia, 2006

Tesis

Abuhala, Mónica, Indicadores emocionales de los niños y niñas víctimas del maltrato doméstico. Maracaibo, Venezuela 2010. Recuperado: 23/10/2013. Disponible:
<http://200.35.84.131/portal/php/buscar.php?base=marc&cipar=marc.par&epilogo&Formato=w&Opcion=detalle&Expresion=!BAbuhala+Chtay,+M%EF%BF%BDnica+Sabrina>

Internet

1. Álvarez, C. Modelo de atención integral para mujeres sobrevivientes de Violencia del Grupo Guatemalteco de Mujeres GGM. Recuperado 12/11/2013. Disponible:
<http://ggm.org.gt/wp-content/uploads/2012/08/Boletina-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-2a-Ed-01-16-nov-1.-2011.pdf>
2. Barrera, J. Psicoterapia de pareja, Enfoque Gestalt. (2012). Recuperado 10.12.2013
http://psicologiaypsicoterapia.mex.tl/163046_Psicoterapia-de-pareja.html.
3. Brizas, Definición de conceptos: Empoderamiento (I) (05/10/2010). Recuperado 09.10.2013, disponible: <http://brizas.wordpress.com/2010/10/05/definicion-de-conceptos-empoderamiento-i/>
4. Carballal, M. Empoderar a las Mujeres. Recuperado 8.11.2013 documento disponible en: <http://empoderarmujeres.blogspot.com/search/label/patriarcado>
5. Cenadoj (Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial) Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contrala Mujer. Decreto 22-2008 Guatemala,. Recuperado 12.11.2013. Disponible:
<http://www.oas.org/dsp/documents/trata/Guatemala/Legislacion%20Nacional/Ley%20contra>
6. Cicam, Trilogía de Leyes, Centro de Investigación y Apoyo a la Mujer. Recuperado 15.10.2013. Disponible: <http://www.sosmujeres.com/wp-content/uploads/2011/08/leyversionoriginal1.pdf>

7. Chóliz, M. Psicología de la emoción. El proceso emocional (2005) Universidad de Valencia, España. Recuperado 10.10.2013. Disponible en: <http://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
8. De la Espriella Guerrero, R. Terapia de pareja: abordaje sistémico. (2008). Recuperado el 10.12.2013 Documento disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a14.pdf>
9. De León, J. Informe Anual Circunstanciado, Situación de los derechos humanos en Guatemala, (2012). Recuperado 10.10.2012, disponible: [http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Documentos/Informes%](http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Documentos/Informes%20anuales/Informe%20Anual%20Circunstanciado%202012.pdf)
10. Derechos Humanos de la Mujer, suplemento Revista USAC. Recuperado: 12.11.2013, disponible: <http://www.gtcit.com/usac/publicaciond.php?PublicacionId=2932&lang=es>
11. Derechos humanos de la Mujer en Guatemala diagnóstico, Universidad de San Carlos de Guatemala USAC, Programa plurianual democracia y Derechos Humanos en América Central-Guatemala. IDHUSAC. Consultora Grupo Olympe, Mayo 2006. Recuperado 22.10.2013, disponible: www.acnur.org/t3/recursos/publicaciones/publicaciones/?eID.
12. Empoderamiento de las mujeres, Th relaciones. Recuperado 20.10.2013. Disponible: <http://www.tnrelaciones.com/empoderamiento/>
13. Fundación Sobrevivientes. Documentos e información recibida a través de www.sobrevivientes.org Recuperado 21.10.2013

14. Lange, J. Las emociones. La teoría de James-Lange. Recuperado 05.07.2013, <http://ipsicologo.com/2013/06/las-emociones-la-teoria-de-james-lange.html>

15. Maxwell, J. Las 21 cualidades indispensables de un líder, Artículo de opinión publicado en Executive Excellence, No. 86, noviembre 2011. Recuperado 22.10.2013, disponible: http://www.eexcellence.es/index.php?option=com_content&view=article&id=841:john-maxwell&catid=35:articulos-publicados&Itemid=57

16. Mayobre, P. et al. La formación de la identidad de género. Una mirada desde la filosofía. Recuperado 7.11.2013 Disponible: <http://weba.uvigo.es/pmayobre/textos/varios/identidad.doc>.

17. Murguialday, C. et al., Empoderamiento. Diccionario de Acción Humanitaria y cooperación al Desarrollo. Recuperado 20.10.2013, disponible: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86>

18. Nadal, Cristina, Libro Gestalt y trabajo grupal en línea. Introducción a la intervención grupal con un enfoque humanista-existencial. Aportaciones de la Gestalt al tratamiento de grupo. Recuperado 25.11.2013, disponible: http://es.wikibooks.org/wiki/Introducci%C3%B3n_a_la_intervenci%C3%B3n_grupal_con_un_enfoque_humanistaexistencial/Aportaciones_de_la_Gestalt_al_tratamiento_de_grupo

19. ONU Mujeres, 2011-2013, Plan estratégico, Marco integrado de los recursos de ONU-Mujeres. Anexo III. Recuperado 24.10.2013. Disponible : <http://www.unwomen.org/~media/Headquarters/Attachments/Sections/Executive%20Board/EB-2011-AS-UNW-2011-09-StrategicPlan-Annex3-es.pdf>

20. Pérez, C. et al. Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. Apuntes de Psicología 2009, vol. 27, número 2-3, págs. 197-217. Recuperado 10.12.2013, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, Universidad de Cádiz, et al. Documento

disponible:

<http://www.cop.es/delegaci/andocci//files/contenidos/vol.%2027%20n%BA%202-3,%202009%20apuntes%20psicolog%EDa/4.pdf> .

21. Protocolo Facultativo de la convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer. 6 de octubre de 1999. Recuperado 11.11.2013, Disponible:
http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Documentos/Leyes%20y%20Tratados/prot_conv_discrim_mujer.pdf

22. Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública i Asistencia Social, Programa Nacional de salud Mental, octubre 2008. Recuperado 12.11.2013 Documento:
<http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeLaSalud/progrmaSaludMental/Violencia%20intrafamiliar.pdf>

23. Principios para el empoderamiento de las mujeres. ONU Mujeres. Recuperado el 15.10.2013. Disponible: <http://www.unwomen.org/es/partnerships/businesses-and-foundations/womens-empowerment-principles>

24. Psicología Básica, introducción a la psicología de la emoción, recuperado 25.10.2013. disponible: <http://www.psicologia-online.com/pir/principales-teorias-de-la-emocion.html>

25. Psicoterapia para mujeres, Recuperado 22.11.2013, disponible :informacion@psifemia.com, <http://psifemia.com/index.htm>

26. Psicoterapia Gestalt, Terapia de Pareja. Recuperado 09.11.2013. Disponible: http://psicologiaypsicoterapia.mex.tl/163046_Psicoterapia-de-pareja.html

27. Purificación Caruncho et al. Identidad femenina y los nuevos mitos. Recuperado 13.11.2013,
http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/la_identidad_femenina_y_los_nuevos_mitos.doc.
28. RENa, Red escolar Nacional, Conducta emocional. Recuperado 3.11.2013. disponible:
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema4.html>
29. Rodríguez, M. Psicología forense. No a la violencia, Novedoso modelo de programas terapéuticos para mujeres maltratadas. España. Recuperado 15.10.2013, disponible:
<http://mjrodriguezdearmenta.blogspot.com/2008/12/mi-modelo-de-programas-terapeuticos.html>
30. Sánchez, R. Síndrome de indefensión aprendida. Recuperado en 3.11.2013, disponible:
<http://www.etceter.com/c-conocimiento/p-sindrome-de-indefension-aprendida/>
31. Silva, Julio. Intervenciones desde el análisis transaccional en mujeres con experiencia de infidelidad. 2008. Documento en pdf. Recuperado 10.12.2013,
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/intervenciones analisis.pdf> .
32. Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Guía de atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, Gobierno de Canarias. (2007) Recuperado 20.10.2013, disponible:
http://www.iberopuebla.edu.mx/micrositios/observatorioviolencia/bibliotecavirtual/guiasde_autoayuda/3guia_atencion_victimas_violencia_cambiada_21042008.pdf
33. Traba, A. et al, En torno al género como categoría de análisis, Documento PDF. Recuperado 07.11.2013 disponible
http://webs.uvigo.es/pmayobre/06/arch/profesorado/amada_traba/genero.doc

34. Valdebenito, L. et al. UNICEF, (2007), El maltrato deja huella. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF, Santiago de Chile. Recuperado 28.10.2013. Disponible: http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf

35. Vega, José, El problema de las mujeres que sufren maltrato en la relación de pareja. Revista de Investigación en Psicología (1998) vol. 1, No. 2, pp. 75-98. Recuperado 6.11.2013. Documento: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a03v1n2.pdf

36. Vidales, R. Antecedentes del enfoque sistémico en la terapia familiar. Introducción al enfoque sistémico en la terapia Familiar, junio 2012. Disponible: <http://iefam.com/blog/introduccion-al-enfoque-sistemico-en-la-terapia-familiar/>

Revista electrónica

1. Revista Colombiana de Psiquiatría, Terapia de Pareja: abordaje sistémico. Ricardo de la Espriella Guerrero. Vol. 37 Bogotá diciembre 2008. Recuperado 9.12.2013, disponible: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500014&lng=es&nrm

2. Revista Global hoy. Términos Construcción social de la identidad de género. Recuperado 12.10.2013. Disponible: <http://www.global.net/iepala/global/fichas/ficha.php?entidad=Terminos&id=869>

3. Revista internacional de Psicología clínica y de la Salud ISSN 1132-9483. Volumen 15, # 3, 2 (2008). Recuperado 10.12.2013, <http://jacoboreyesmartos.files.wordpress.com/2009/10/terapia-breve-entrevista.pdf>.

4. Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud, Jacobo Reyes Martos, Terapia Breve centrada en soluciones, ISSN 1132-9483, volumen 15, No. 3, 2006, p 533. Recuperado: 9.12.2013, disponible: <http://jacoboreyesmartos.files.wordpress.com/2009/10/terapia-breve-entrevista.pdf>

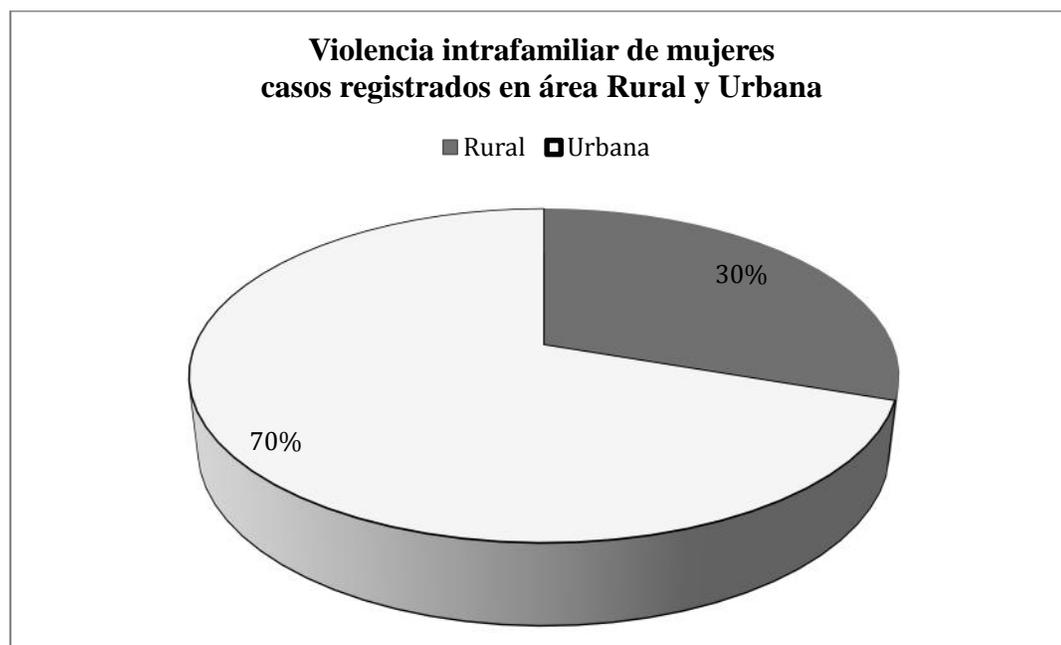
5. Revista USAC, Derechos Humanos de la Mujer, suplemento. Recuperado: 12.11.2013, disponible: <http://www.gtcit.com/usac/publicaciond.php?PublicacionId=2932&lang=es>

Anexos

**Violencia intrafamiliar de mujeres Mensual
Enero a Septiembre 2013**

Mes	F.	%
Enero	124	9.25
Febrero	144	10.74
Marzo	165	12.30
Abril	145	10.81
Mayo	134	9.99
Junio	159	11.86
Julio	171	12.75
Agosto	154	11.48
Septiembre	145	10.81
Total	1,341	100

Fuente: PDH, con datos de PNC



Fuente: PDH con datos de Policía Nacional Civil
Enero a Septiembre de 2013

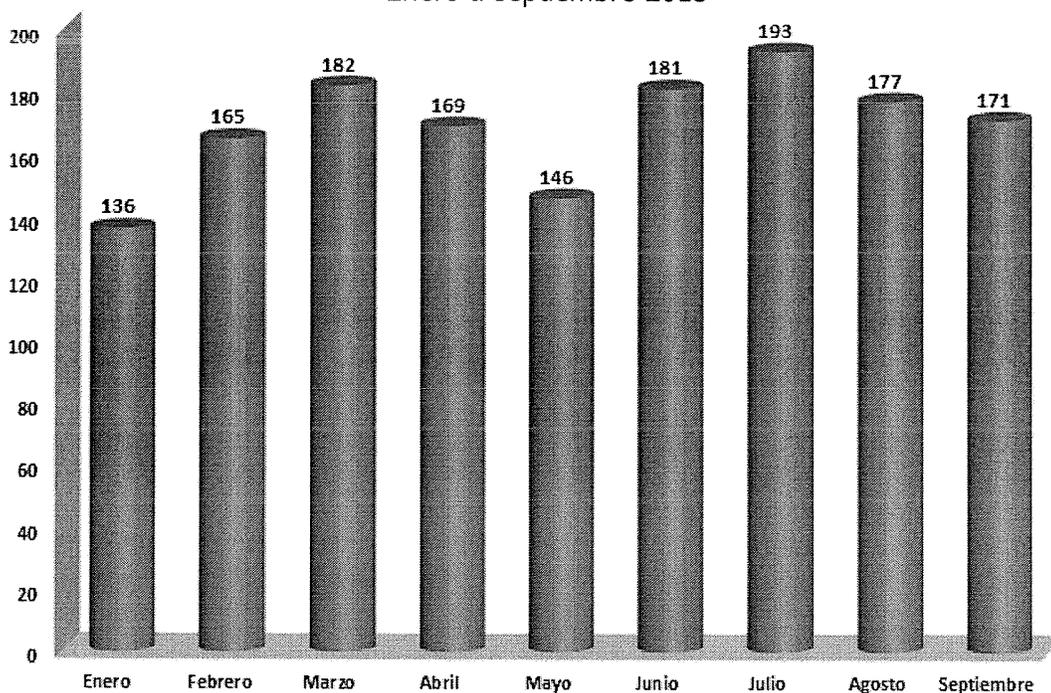
Tabla 1
Violencia intrafamiliar
Mensual

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Mes	F.	%
Enero	136	8.95
Febrero	165	10.86
Marzo	182	11.97
Abril	169	11.12
Mayo	146	9.61
Junio	181	11.91
Julio	193	12.70
Agosto	177	11.64
Septiembre	171	11.25
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Gráfica 1
Violencia intrafamiliar
Tendencia mensual
Enero a septiembre 2013



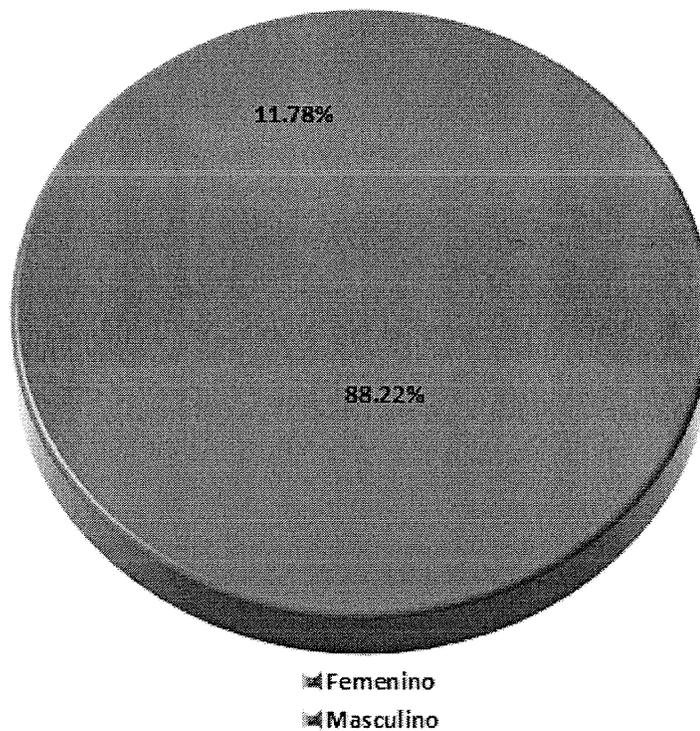
Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 2
Violencia intrafamiliar
Según sexo de la víctima
Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Sexo	F.	%
Femenino	1,341	88.22
Masculino	179	11.78
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Gráfica 2
Violencia intrafamiliar
% de casos registrados según sexo de la víctima
Enero a septiembre 2013



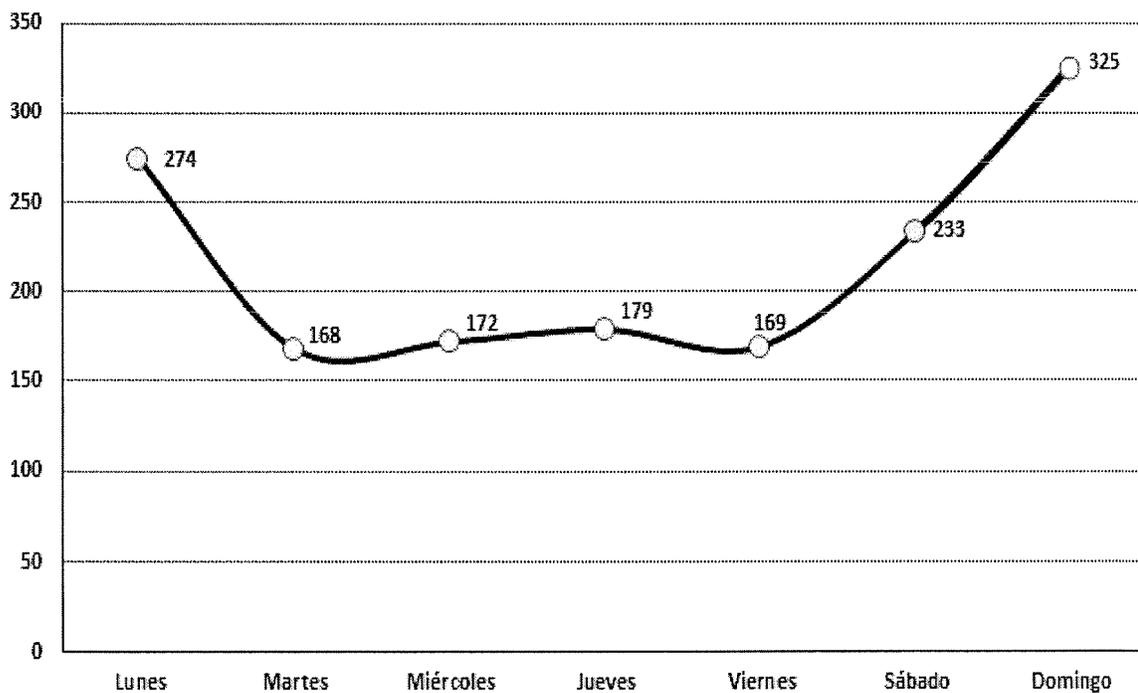
Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 3
Violencia intrafamiliar
Según día de la semana
Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Día	F.	%
Lunes	274	18.03
Martes	168	11.05
Miércoles	172	11.32
Jueves	179	11.78
Viernes	169	11.12
Sábado	233	15.33
Domingo	325	21.38
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Gráfica 3
Violencia intrafamiliar
Tendencia según día de la semana
Enero a septiembre 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 4
Violencia intrafamiliar
Según área rural o urbana

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Área	F.	%
Rural	1,068	70.26
Urbana	452	29.74
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 5
Violencia intrafamiliar
Parentesco del agredido(a) con el agresor(a)

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Parentesco	Total	%	Femenino	Masculino
Esposo	982	64.61	979	3
Progenitora	181	11.91	175	6
Progenitor	79	5.20	4	75
Hermana	64	4.21	64	0
Hijo	51	3.36	5	46
Madrastra	47	3.09	43	4
Hija	43	2.83	43	0
Hermano	28	1.84	3	25
Cuñada	7	0.46	7	0
Suegra	7	0.46	7	0
Esposa	6	0.39	0	6
Hijastra	3	0.20	3	0
Nietos	3	0.20	0	3
Sobrino	3	0.20	0	3
Abuela	2	0.13	2	0
Padrastra	2	0.13	0	2
Prima	2	0.13	2	0
Suegro	2	0.13	0	2
Tía	2	0.13	2	0
Abuelo	1	0.07	0	1
Cuñado	1	0.07	0	1
Hermanastra	1	0.07	1	0
Hijastro	1	0.07	0	1
Padre	1	0.07	0	1
Sobrino	1	0.07	1	0
Total	1,520	100.00	1,341	179

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 6
Violencia intrafamiliar
Estado del agresor

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Estado del agresor	F.	%
Ebriedad	1,373	90.33
Estado normal	142	9.34
Drogas	5	0.33
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 7
Violencia intrafamiliar
Tipo de agresión

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Tipo de agresión	F.	%
Bofetadas y puntapiés	1,408	92.63
Amenaza verbal	57	3.75
Lesiones con arma blanca	15	0.99
Agredida física y psicológica	13	0.86
Amenaza con arma blanca	13	0.86
Lesiones con objeto contundente	10	0.66
Amenaza con arma de fuego	2	0.13
Mordedura	2	0.13
Total	1,520	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

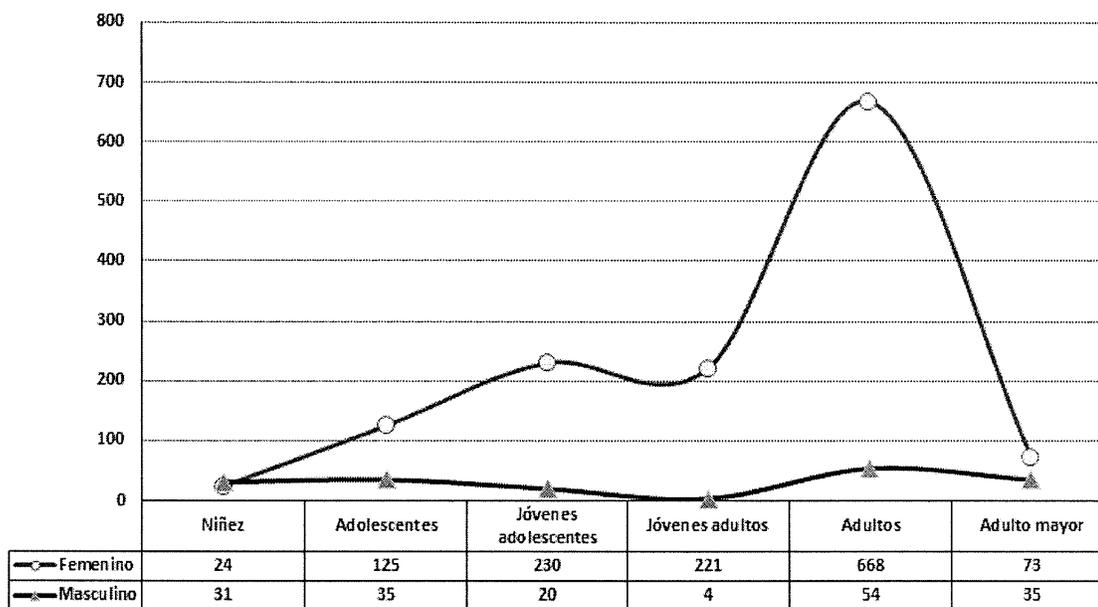
Tabla 8
Violencia intrafamiliar
Sexo de las víctimas según rango de edad

Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%
Niñez (00-13)	24	1.79	31	17.32
Adolescentes (14-19)	125	9.32	35	19.55
Jóvenes adolescentes (20-24)	230	17.15	20	11.17
Jóvenes adultos (25-29)	221	16.48	4	2.23
Adultos (30-59)	668	49.81	54	30.17
Adulto mayor (60-99)	73	5.44	35	19.55
Total	1,341	100.00	179	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Gráfica 4
Violencia intrafamiliar
Tendencias según rangos de edad y sexo de las víctimas
Enero a septiembre 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

Tabla 9
Violencia intrafamiliar
Escala de 00 a 17 años de edad y sexo de las víctimas
Enero a septiembre 2013
Frecuencia y porcentaje

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%
00 - 02	1	1.12	4	7.02
03 - 05	1	1.12	4	7.02
06 - 08	2	2.25	10	17.54
09 - 11	14	15.73	4	7.02
12 - 14	12	13.48	16	28.07
15 - 17	55	61.80	13	22.81
Se desconoce	4	4.49	6	10.53
Total	89	100.00	57	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la PNC

DI NO A LA VIOLENCIA VERBAL



¡No Calles!
Llama al 110



Fundación
Sobrevivientes



Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación
Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandín B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Koib, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECIÑOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

Guatemala 04 de febrero de 2013

Doctora Eva Duarte
Depto. De Cuidados Paleativos INCAN
Presente

Estimada Doctora,

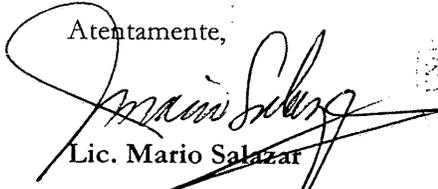
Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, ya que tenemos una estudiante interesada en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestra estudiante de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: Depto. De Cuidados Paleativos INCAN. La estudiante que desea colaborar en su Centro es: **Mariela Guadalupe García Orantes.**

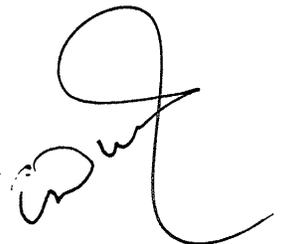
La estudiante deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,


Lic. Mario Salazar

Coordinador General Campus El Naranjo
Universidad Panamericana



.....



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA Y HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE S.
6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C.A.

PBX: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerguate.org



Guatemala 31 de Octubre de 2013-11-22

Licdas.
Melissa Lemus
Joan Rivas
Presente

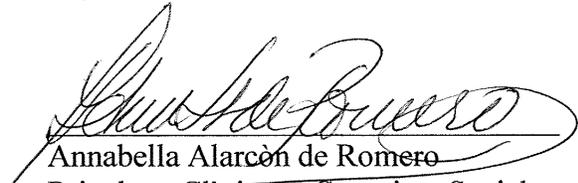
Estimadas licenciadas:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la Señora Mariela García Orantes, estudiante de 5to. Año de Psicología Clínica y Consejería Social, realizó sus Prácticas Profesionales Dirigidas en la Unidad de Cuidados Paliativos, específicamente en el área de Psicología, lugar donde se desempeñó desde el día 1ro. De Febrero hasta el 31 de Octubre del presente año.

Su desempeño fue observado como una profesional proactiva, disciplinada, puntual y entusiasta en la atención a los pacientes de UCP; empleando todos los conocimientos adquiridos en Universidad Panamericana y aplicándolos a las diferentes situaciones que se presentan en esta unidad.

Por lo anterior, me permito felicitar al equipo de profesionales y a la Universidad Panamericana que prepararon a la Licda. Infieri Mariela García Orantes para el desarrollo de su profesión.

Atentamente,


Annabella Alarcón de Romero
Psicóloga Clínica y Consejera Social
M.A. en Adicciones.

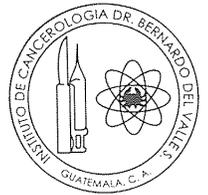
Licda. Annabella Alarcón R.
PSICOLOGA CLINICA ESPECIALISTA
EN INTERVENCIÓN EN CRISIS
COL. 1245



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA Y HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE S.

6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C. A.

PBX: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerguate.org



Guatemala 31 de octubre 2013

Licenciadas
Meliza Lemus
Joan Rivas
Catedráticas de Practica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Presente

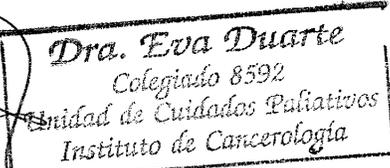
Estimadas licenciadas:

Deseándole éxitos en sus labores diarias en tan distinguida institución.

Por este medio quiero expresarle mi satisfacción en cuanto a la práctica que realizó en el Instituto Nacional de Cancerología, en el departamento de Cuidados Paliativos la estudiante en psicología **Mariela García Orantes**, en donde desempeño un excelente trabajo con los pacientes y familiares, formando redes de apoyo, creando una mejor atención y calidad de vida a los pacientes que se encuentran con enfermedad terminal. Siendo una parte muy importante el apoyo psicológico para darle acompañamiento durante todo el proceso de la enfermedad.

Agradeciendo de antemano la atención y colaboración con el departamento de Cuidados Paliativos.

Atentamente,

Dra. Eva Duarte
Jefe del Depto. Cuidados Paliativos
INCAN

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA

EL CÁNCER SE PUEDE PREVENIR, NO LE TEMA...¡COMBATALO!



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA Y HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE S.

6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C. A.

PBX: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerguate.org



Guatemala 10 de noviembre 2013

Licda.
Rebeca Ramírez de Chajòn
Catedrática Asesora de Sistematización
UPANA
Presente

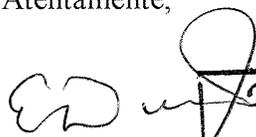
Licda. Ramírez de Chajòn:

Reciba un cordial saludo, deseando que sus actividades estén siendo realizadas con éxito.

Por medio de la presente hago de su conocimiento que hemos recibido de la alumna Mariela García Orantes, practicante de Psicología Clínica y Consejería Social el aporte de Práctica Profesional Dirigida el cual consiste en 12 afiches por medio de los cuales se aporta información de la importancia de Empoderamiento en Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Por medio de la información vertida en los afiches se proporcionara acerca de las instituciones por medio de las cuales las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar pueden acudir a recibir ayuda.

Atentamente,


Dra. Eva Duarte
Colegiado 8592
Unidad de Cuidados Paliativos
Instituto de Cancerología
Dra. Eva Duarte
Jefe de Unidad de Cuidados Paliativos
INCAN

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA

Actividad de cine con pacientes en encamamiento



Día de Cuidados Paliativos Guatemala



Actividad con familiares de pacientes fallecidos, Día de Cuidados Paliativos, octubre 2013



Intervenciones individuales y familiares

Asistencia psicológica y apoyo espiritual



