

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



**Depresión en la mujer por Violencia Intrafamiliar
Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Oscar Antonio Corzo

Guatemala, marzo de 2014

**Depresión en la mujer por Violencia Intrafamiliar
Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Oscar Antonio Corzo (estudiante)
M.A. (Rebeca Ramírez de Chajon (catedrática)

Guatemala, marzo de 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M. A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Decana

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

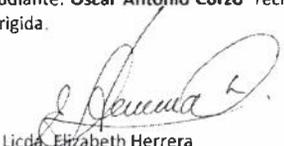
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Oscar Antonio Corzo
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

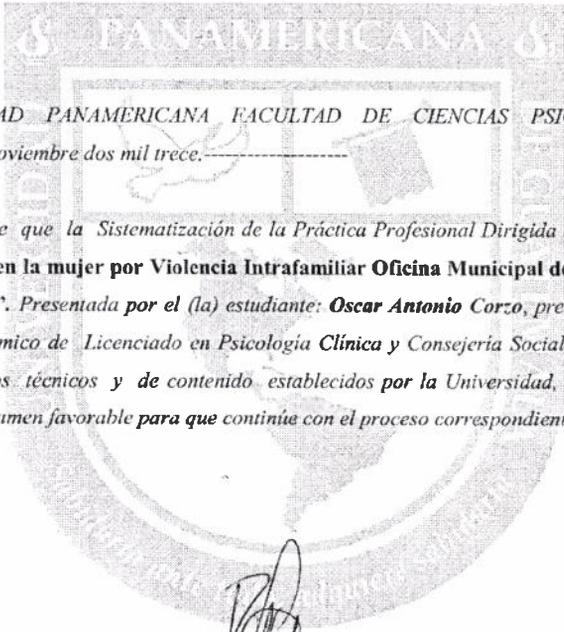
DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

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: **Oscar Antonio Corzo** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera
Decano



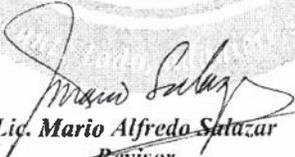
*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.*

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“Depresión en la mujer por Violencia Intrafamiliar Oficina Municipal de la Mujer de
Villa Nueva”. Presentada por el (la) estudiante: **Oscar Antonio Corzo**, previo a optar al
grado Académico de Licenciado 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 PSICOLOGICAS,
Guatemala enero dos mil catorce.

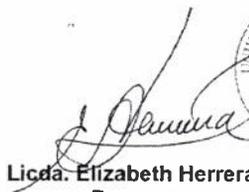
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
**“Depresión en la mujer por Violencia Intrafamiliar Oficina Municipal de la Mujer de
Villa Nueva”**. Presentada por el (la) estudiante: **Oscar Antonio Corzo**, previo a optar al
grado Académico de Licenciado en Psicología 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 marzo
dos mil catorce. _____

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Depresión en la mujer por Violencia Intrafamiliar Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva". Presentada por el (la) estudiante: Oscar Antonio Corzo previo a optar grado académico de Licenciado 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

DEDICATORIA / AGRADECIMIENTOS

A Dios, quién me dio fuerzas y sabiduría para seguir y culminar este proceso de aprendizaje.

A mi esposa Bonisu Pérez de Corzo, quién es mi apoyo incondicional, y ha sabido motivarme para continuar adelante y no detenerme en el proceso de aprendizaje.

A mi madre, Marta Lidia Corzo (+), por darme la vida.

A mis abuelos, Olivia Reyes y Hermelindo Rivera, quienes supieron darme valores y principios para ser un buen hombre.

A mis hijos, Jean y Valentina, son mi inspiración para seguir adelante y ser mejor cada día.

A mi suegra Marta Lidia, quien ha sido un apoyo incondicional en estos cinco años.

A mis hermanas, por ser parte de mi vida.

A mis catedráticos por haber sido guías en este camino de estudios y sumar conocimiento y crecimiento a mi vida profesional.

A Universidad Panamericana como mi casa de estudios y preparación, por abrirme sus puertas para crecer profesionalmente.

A mis compañeros de la universidad, quiénes formaron parte importante durante este proceso de cinco años de estudio.

A todas aquellas personas que de alguna forma me han ayudado en este proceso de superación personal.

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

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| Capítulo 1 | |
| Marco de Referencia | |
| 1.1 Descripción de la Institución | 1 |
| 1.2 Objetivo principal | 1 |
| 1.3 Visión | 1 |
| 1.4 Misión | 1 |
| 1.5 Ubicación de la Institución | 2 |
| 1.6 organigrama | 3 |
| 1.7 Planteamiento del problema | 4 |
| 1.8 Objetivos | 5 |
| Capítulo 2 | |
| Referente Teórico | |
| 2.1 Violencia intrafamiliar en Guatemala | 6 |
| 2.1.1 ¿Qué es violencia intrafamiliar | 6 |
| 2.1.2 Estadísticas sobre la violencia intrafamiliar en Guatemala | 6 |
| 2.2. Marco Legal de la Violencia Intrafamiliar | 8 |
| 2.2.1 Ley de violencia intrafamiliar decreto 97/96 | 8 |
| 2.2.2 Constitución Política de la República | 9 |
| 2.2.3 Legislación específica en relación a la violencia contra la mujer | 10 |
| 2.2.4 Aplicación de la ley en relación a la violencia intrafamiliar | 13 |

| | |
|--|----|
| 2.3 Causas de la violencia intrafamiliar en la mujer | 16 |
| 2.3.1 Culturales | 16 |
| 2.3.2 Económicas | 16 |
| 2.3.3 Legales | 17 |
| 2.3.4 Políticas | 17 |
| 2.3.5 Perspectiva biológica | 17 |
| 2.3.6 Perspectiva psicológica | 18 |
| 2.3.7 Perspectiva psiquiátrica | 18 |
| 2.3.8 Perspectiva del contexto específico | 18 |
| 2.3.9 Perspectiva social | 18 |
| 2.4 Efecto de la violencia intrafamiliar en la salud mental de la mujer | 18 |
| 2.4.1 Factores que mantienen enganchadas a las mujeres maltratadas | 20 |
| 2.5 Trastornos de los estados ánimo (según DSMIV-TR) | 20 |
| 2.5.1 Trastorno Depresivo Mayor | 21 |
| 2.6 Criterios para Trastornos Depresivos | 21 |
| 2.6.1 Criterios para el trastorno depresivo Mayor episodio único | 21 |
| 2.6.2 Criterios para el trastorno Depresivo mayor episodio recidivante | 22 |
| 2.7 Principales estados depresivos en las mujeres por violencia Intrafamiliar | 22 |
| 2.7.1 La depresión | 22 |
| 2.7.1.1 Síntomas de la Depresión | 23 |
| 2.7.1.2 Tipos de Depresión (según DSM-IV-TR) | 23 |
| 2.7.1.2.1 Depresión Severa | 23 |
| 2.7.1.2.2 Distimia | 24 |
| 2.7.1.2.3 Trastorno Bipolar | 24 |

| | |
|---|----|
| 2.8 Correlación entre la violencia intrafamiliar en las mujeres y los estados de ánimo depresivos | 24 |
| 2.9 Principales procesos terapéuticos de atención a mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar | 26 |
| 2.9.1 Conceptos sobre terapia cognitivo conductual | 26 |
| 2.9.2 Terapia Racional Emotiva | 30 |
| 2.9.3 Modelo ABC | 30 |
| 2.10 Aplicaciones de Terapia Racional Emotiva | 31 |
| 2.10.1 Terapia Individual | 31 |
| 2.10.2 Terapia de pareja | 31 |
| 2.10.3 Terapia Familiar | 32 |
| 2.10.4 Terapia de Grupo | 2 |
| 2.11 Principales procesos terapéuticos de atención a hombres agresores de Violencia intrafamiliar | 33 |
| 2.11.1 Principales Terapias Psicológicas a nivel Individual | 33 |
| 2.11.1.1 Terapia Cognitivo | 33 |
| 2.11.1.2 Técnicas | 33 |
| 2.11.2 principales terapias a nivel familiar | 34 |
| 2.11.2.1 Modelo Sistémico Grupal | 34 |

Capítulo 3

Referente Metodológico

| | |
|--|----|
| 3.1 Método | 39 |
| 3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Supervisada | 39 |
| 3.3 Delimitación | 40 |

| | |
|---|----|
| 3.4 Tiempo de práctica | 40 |
| 3.5 Cronogramas de actividades realizadas | 41 |
| Capítulo 4 | |
| Presentación de Resultados | |
| 4.1 Análisis de resultados | 43 |
| 4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida motivo de la presente investigación | 44 |
| 4.3 Logros | 46 |
| 4.4 Limitantes | 46 |
| Conclusiones | 47 |
| Recomendaciones | 48 |
| Referencias | 49 |
| Anexos | 51 |

Resumen

En las siguientes páginas se presenta el trabajo de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana sede el Naranjo, el cual desarrolló su Práctica Profesional Dirigida en la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva. En el primer capítulo se realiza una descripción completa de dicha institución y los objetivos generales y específicos.

El trabajo que se realizó en la Oficina Municipal de la Mujer, era con pacientes que presentaban algún problema en las siguientes áreas: afectiva, cognitiva, conductual, relaciones interpersonales, estas personas solicitaban ayuda psicológica. En el segundo capítulo se presenta la parte teórica del presente informe relacionado con la depresión en la mujer por violencia intrafamiliar, definición, causas, consecuencias, estadísticas, criterios sobre los estados de ánimo y los procesos terapéuticos para la atención a víctimas de violencia intrafamiliar.

En el capítulo tres se menciona el método en el que se realizó el trabajo y de cómo fueron los procesos con los pacientes. Se realizó un diagnóstico a través de una entrevista clínica, la realización de pruebas psicométricas con el fin de comprobar el diagnóstico y por último se le dio el tratamiento terapéutico al paciente en base a los resultados.

El capítulo cuatro es donde se sustentan los resultados y el porqué este trabajo se enfocó en la depresión en la mujer por violencia intrafamiliar.

Introducción

El proceso de la Práctica Profesional Dirigida, requisito para todo (a) alumno de Universidad Panamericana del último año de la carrera de Licenciatura de Psicología Clínica y consejería social, se realizó en la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva, en donde se atendieron personas en busca de ayuda psicológica.

A dichas personas se les brindó la ayuda psicológica tomando en cuenta solo cinco casos en específico que la Universidad solicitaba como requisito para cerrar dicha práctica, dentro de estos casos se atendieron trastornos de personalidad, violencia intrafamiliar y depresión.

Derivado de lo anterior se hizo esta investigación sobre la Depresión en la mujer por violencia intrafamiliar. En la actualidad la mujer ha sido víctima del maltrato intrafamiliar por parte de su pareja, hay varios factores que influyen en ellas para no querer salir de esta violencia, esto puede provocar en ellas estados depresivos que pueden formar parte de ellas y les puede llegar a afectar todas las esferas de su vida.

Según publicaciones en Siglo 21 de fecha 03 de abril del 2013, las cifras por violencia intrafamiliar han aumentado en el 2013 un 7.67 % en comparación al año anterior y en los últimos ocho años un 500 % según el Instituto Nacional de Estadística (INE)

En la mayoría de estos casos la mayoría de atacantes son esposos, pero cuáles son los factores que influyen en las mujeres a quedarse calladas y no hacer una denuncia.

Por estos factores se hizo la presente investigación para comprobar cuáles son las características que tienen las mujeres que sufren violencia intrafamiliar y poder dejar un aporte a dicha institución para ir erradicando la violencia intrafamiliar y educar a las familias Guatemaltecas sobre este tema.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la Institución

La práctica profesional dirigida se realizó en la Oficina Municipal de la Mujer (OMM) municipio de Villa Nueva, es una institución sin fines de lucro que nace como proyecto en el año 2012, gracias al apoyo del Ministerio Público y Municipalidad de Villa Nueva.

1.2 Objetivo principal

Brindar apoyo psicológico para las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, agresión sexual, maltratos a menores de edad entre otros, víctimas con signo de crisis emocional en las diferentes etapas de su proceso ya sea legal, médico y social.

1.3 Visión

“Promover la participación y el empoderamiento de las mujeres despertando sus virtudes a través de capacitaciones y talleres que las lleve a ser gestoras de su propio desarrollo; fortaleciendo el liderazgo para la toma de decisiones económicas, sociales y políticas que las beneficie”.

1.4 Misión

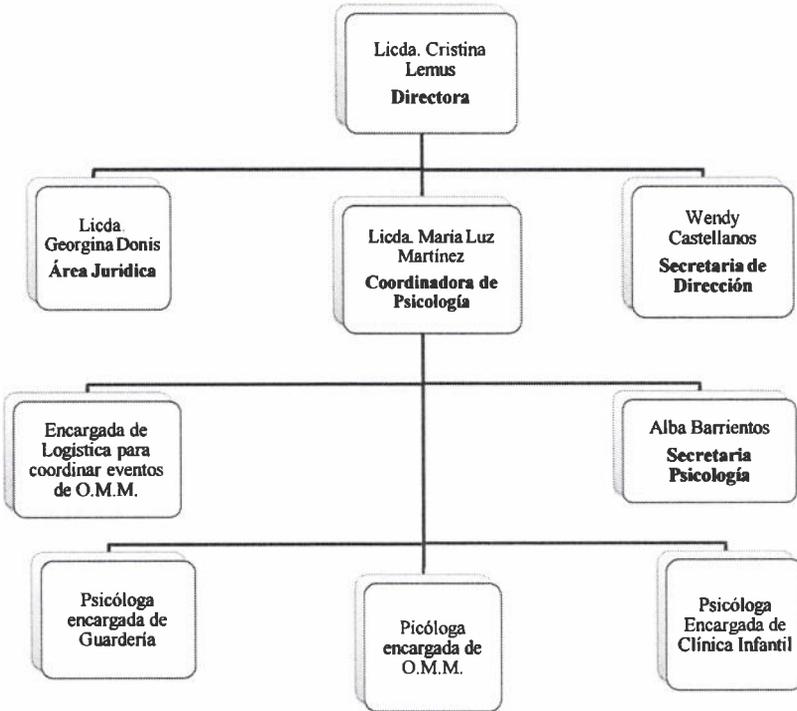
“Difundir, capacitar y defender los derechos humanos de la mujeres desde una perspectiva de género, clase y etnia; facilitando los recursos necesarios a través de programas de capacitación que les permita un desarrollo integral”.

La Oficina Municipal de la Mujer –OMM- inicialmente, fue constituida para atender pacientes remitidos del Ministerio Público, especialmente a mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar; sin embargo, la necesidad de apoyo terapéutico es tan grande, que se abrieron las puertas al público en general; generando esto una gran demanda de psicólogos y psicólogas.

1.5 Ubicación de la Institución

La Oficina Municipal de la Mujer –OMM- está ubicada, en el edificio contiguo al mercado de Villa Nueva, consta de dos niveles; en el primer nivel se encuentra la recepción y una sala de espera y en el segundo, una sala de sesiones y tres oficinas para atender a los pacientes; de momento hay un espacio utilizado por practicantes de licenciatura en derecho, dedicado a solucionar dudas de aspecto legal, tanto de pacientes que acuden a terapia psicológica, como al público en general.

1.6 Organigrama:



Fuente: Oficina Municipal de la Mujer

1.7 Planteamiento del problema

En la actualidad la mujer que ha sido víctima maltrato intrafamiliar, por parte de su pareja, manifiesta una sintomatología emocional inestable, influyen varios factores como su cultura, educación, tipo de crianza y patrones que pudo haber visto en su familia primaria; como consecuencia del maltrato intrafamiliar que viven las mujeres pueden manifestarse en ellas estados de ánimo depresivos que pueden formar parte de la vida de las mismas, les puede afectar en todas las esferas de su vida tales como: familiar, social, laboral y personal; además factores psicosomáticos que pueden generar otras patologías. Si estas mujeres víctimas de violencia intrafamiliar no son atendidas a nivel psicoterapéutico y legal, el pronóstico no se visualiza favorable porque trasciende en su esfera personal, emocional, familiar, laboral, inclusive muchas pueden llegar a situaciones depresivas, sino al suicidio e incluso el homicidio de parte de su propia pareja.

La problemática descrita ha generado proyectos, programas, leyes que apoyen dicha problemática en función de apoyar a las mujeres y buscar erradicar el problema lo cual no es fácil y cada día dadas las circunstancias políticas y sociales en Guatemala generan estados de salud mental que aunados a los propios conflictos emocionales de las personas se incrementan la problemática en mención por lo se hace necesario que la población de profesionales en salud mental continúe fortaleciendo los procesos y el apoyo a la erradicación de dicha problemática.

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

¿Cuáles son los factores que influyen en las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar para que desarrollen estados depresivos?

1.8 Objetivos

Objetivo general

Investigar los factores, que influyen en las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar y desarrollan estados depresivos

Objetivos específicos

- Establecer las causas de violencia intrafamiliar en la mujer.
- Enlistar los efectos de la violencia intrafamiliar en la salud mental de la mujer
- Analizar la correlación entre la violencia intrafamiliar en las mujeres y los estados depresivos.
- Enumerar los principales procesos psicoterapéuticos de abordajes de atención a las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar.
- Explicar los principales procesos terapéuticos de abordajes de atención a hombres agresores de violencia intrafamiliar.
- Estructurar un documento psicoeducativo sobre la temática de investigación como aporte al centro donde se realizó la Práctica Profesional Supervisada.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Violencia intrafamiliar en Guatemala

2.1.1 ¿Qué es violencia intrafamiliar?

Es la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño físico o psíquico. La violencia intrafamiliar, también nombrada como violencia familiar o violencia doméstica, puede incluir distintas formas de maltrato, desde intimidación hasta golpes pasando por el acoso o los insultos. El violento puede ejercer su accionar contra un solo integrante de la familia (como su pareja o hijo) o comportarse de forma violenta con todos. (Según la Real Academia Española)

2.1.2 Estadísticas sobre la violencia intrafamiliar en Guatemala

Las denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) aumentaron al menos un 500% durante los últimos ocho años, según revela un informe de registros de seis entidades, recopilado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Secretaría Presidencial de la Mujer. El estudio reporta que desde 2003 hasta 2011 se presentaron 174 mil 474 denuncias en todo el país y en 2006 y 2007 el número se disparó de 9 mil 401 a 21 mil 153. Durante 2003, se presentaron 5,587 denuncias y en 2011, el último año del que se tienen cifras, se reportan 33 mil 484. El estudio titulado Violencia intrafamiliar 2011 revela que las denuncias aumentaron ese año en 4.6% en comparación con 2010, cuando se registraron 32,017.

Los datos evidenciaron que el departamento en el que se registró la mayor tasa de denuncias de violencia intrafamiliar fue El Progreso, seguido de Sacatepéquez, Retalhuleu, Jalapa y Baja Verapaz. En contraposición, en Huehuetenango, Chiquimula y Totonicapán se produjo el menor número de denuncias. El caso de El Progreso no es nuevo, desde 2004 empezó el repunte de

quejas de VIF, aunque se estabilizó en 2009 y en 2011 se posicionó en el primer puesto. Anabela De la Cruz, analista de información del INE, explicó que del total de denuncias de VIF en 2011, el 91% fue interpuesto por mujeres y el 8%, por hombres. De ese porcentaje, el 57.3% se autoidentificó al denunciar como ladino, el 31.8% maya, el 1% garifunas o xinca. De la Cruz menciona que de lo que más se quejan las féminas es la violencia física, seguida de la psicológica. Los mismos motivos denuncian los hombres víctimas.

En el primer semestre del 2013, las denuncias incrementaron en un 7.67%, de enero a junio de este año se recibieron 18 mil 693 denuncias y el año pasado la tendencia fue similar: 18 mil 549 quejas en diversas instituciones como la Policía, juzgados y fiscalías en todo el país. El informe del INE detalla que por cada 10 víctimas, nueve son mujeres y una es hombre. Las féminas son víctimas de sus convivientes, esposos y ex parejas y lo más frecuente son los golpes y violencia psicológica. Entre los hombres, lo que más denuncian es el mal trato psicológico. Los menores de edad son las víctimas colaterales de las agresiones. El INE registró 27 mil 765 niños y adolescentes que son parte del círculo de la violencia en el hogar.

El gerente del INE, Rubén Narciso Cruz, expresó que las cifras demuestran que en el 90% de los casos los hombres son los que ejercen violencia en el hogar “y son los mismos que exigen seguridad al Estado”, expresó. Cruz considera que “el Estado debe intervenir en el hogar a través de la educación” debido a que los índices de violencia en el país se deban a las condiciones en que se vive en el seno familiar. “La violencia se replica y si eso aprendieron en casa, lo mismo ocurrirá en su entorno”, precisó, al referirse a los menores de edad. En mayo del año en curso, es cuando casi siempre se disparan las denuncias. El año pasado el Sistema de Justicia recibió 3 mil 380 casos.

Los agresores en su mayoría son los esposos o esposas, seguido por los convivientes y ex cónyuges. Aunque en la lista de atacantes también aparecen hermanos, padres, suegros, hijos, hijastros, nietos, tíos y primos. El informe revela que las mujeres y hombres que denunciaron ser víctimas de maltrato en el hogar reportaron que el domingo es cuando más agresiones se cometen, seguidas por el lunes. En cambio, los viernes y sábados aparecen entre los días de

menos violencia. Con relación al mes en el que más hechos ocurrieron se evidencia que enero ocupa el primer lugar, con un 14.7% de denuncias. Mayo y septiembre del año en curso, son los otros meses en los cuales se cometió más violencia intrafamiliar según los denunciantes. (De leon, 2013).

2.2. Marco Legal de la violencia intrafamiliar

2.2.1 Ley de violencia intrafamiliar decreto 97/96

La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. (Decreto Número 97-96 de la constitución de Política de la República.). En un gran número de ámbitos (político, social, psicológico, entre otros.) se considera que todo acto de violencia contra la mujer es un acto de subordinación, de poder, de control, de desigualdad..., principalmente fundamentado en las pautas del sistema patriarcal, ya que como señala (Alberdi I y Rojas, 2005), “la idea central del patriarcado es la representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer.”

La violencia contra la mujer está vinculada a esta idea entre otras cosas por presentar un reparto rígido de funciones basado en el poder y superioridad del hombre frente a la sumisión e inferioridad de la mujer. A lo largo de la historia, la mujer ha sido considerada un ser desvalido y, en general, con escasa capacidad para todo lo relacionado con lo social y público. Aún hoy en día, muchos hombres y mujeres no terminan de aceptar y de creer en la idea de una posible igualdad entre ellos, lo que hace que el patrón de desigualdad y jerarquización siga vivo.

Un punto de partida para acercarse, al concepto de violencia es hacer referencia a la definición establecida por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que en el artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer (1995), define que debe considerarse como violencia contra la mujer:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”

2.2.2 Constitución Política de la República

En 1985 fue emitida una nueva Constitución Política de la República, cuya vigencia se inició el 14 de enero de 1986. Esta Constitución contempla un gran porcentaje de artículos referentes a los derechos humanos, para dar paso así a la transición hacia la democracia después de varias décadas de dictaduras militares que pusieron en entredicho la libertad, la seguridad y la vida de hombres y mujeres, durante un conflicto armado que permitió la persecución, desaparición forzada, de hombres, mujeres, niñas y niños, así como el establecimiento de políticas de tierra arrasada, masacres y represión de comunidades rurales enteras; durante esta época se recrudeció la violencia contra las mujeres quienes fueron asesinadas a manos del ejército, se pisoteó su dignidad, fueron violadas, mutiladas e incineradas. Los hombres que pertenecían a las patrullas de autodefensa civil o eran comisionados militares, o bien amigos de unos u otros, en algunos casos se valían de esa circunstancia para golpear a sus parejas en total impunidad.

En el marco de la Constitución Política, se encuentra que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; son deberes del Estado garantizarles a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. Desde el punto de vista formal constituye un avance para las mujeres guatemaltecas, el establecimiento de los postulados anteriores y el contenido del artículo 4º referente a la libertad e

igualdad, en el que se expresa que “En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad.

Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí”. Por primera vez se menciona en forma expresa a las mujeres en un texto constitucional, sin discriminación por razones de estado civil. Este avance responde al hecho de que en 1982 el Estado de Guatemala ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Decreto Ley 49/82), lo cual indudablemente inspiró a los constituyentes. La frase que reza: “Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad”, marca la pauta para que constitucionalmente se pueda atacar la violencia y la discriminación contra las mujeres.

2.2.3 Legislación específica en relación a la violencia contra la mujer

Por medio del Decreto 69/94 el Congreso de la República de Guatemala aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer –Convención de Belém do Pará-, la cual fue ratificada el 5 de enero de 1995 por el Presidente de la República. Dicha Convención entró en vigor para el Estado de Guatemala, en el mes de mayo de 1995. Es hasta en octubre de 1996, cuando con base en la Convención antes mencionada se emite la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (la llamaremos ley de violencia intrafamiliar) es de hacer notar que desde su título intrafamiliar la ley restringe la protección exclusiva para las mujeres, como manda la Convención y se incluye a otros integrantes de la familia. Esta nueva ley tiene por objetivo principal la protección de las mujeres y las niñas y la emisión de medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad se refieren entre otros aspectos, a sustraer a las víctimas del contacto con los agresores: se ordena al marido que deje el hogar conyugal, que se acerque al lugar de trabajo o de estudio de la víctima, se le priva de la guarda y cuidado de las hijas e hijos cuando ha cometido abuso sexual en contra de ellas/os, se puede decomisarle las armas que mantenga en el hogar o con las que haya amenazado o herido a las víctimas. En el ámbito penal, los legisladores dividen los delitos en públicos y privados. Los primeros son los que ellos consideran que causan impacto social, los segundos son delitos de “poca monta”, “de bagatela”, “sin importancia para la sociedad”, por lo tanto éstos delitos son perdonables y pueden ser negociados. Los delitos sexuales que en su mayoría se cometen en contra de las mujeres y atentan contra su dignidad, su integridad y su libertad sexual, son considerados delitos privados.

Fuera de esa conceptualización, también existen agresiones contra las mujeres que, aún cuando se pudieran considerar de orden privado, los legisladores han omitido. Se ha omitido, por ejemplo, considerar como delito la violencia intrafamiliar, la violación por el cónyuge o conviviente, el acoso sexual. Algunos delitos como el incesto –que es la violación reiterada de niñas por parientes (aunque debiera contemplarse también como sujetos activos a los hombres encargados de su educación, custodia o guarda)- tienen penas mínimas, sin tomar en cuenta el daño infligido con repercusiones para toda la vida de relación y la autoestima de las mujeres. Recientemente la Corte de Constitucionalidad declaró inconstitucional el artículo 200 del Código Penal, por el cual, en los delitos sexuales se podía extinguir la responsabilidad penal o la pena si ya se hubiera impuesto, si el agresor contraía matrimonio con la agredida.

Desde hace varios años el movimiento de mujeres inició el proceso para reformar el Código Penal, a través de la propuesta de ley y estrategias de cabildeo y negociación, considerando, entre otros, los aspectos antes mencionados; ese proceso fue retomado en el año 2003 por la Red de la No Violencia contra las Mujeres y actualmente aún se discute en el seno de las comisiones específicas –Comisión de la Mujer, Comisión del Menor y la Familia, Comisión de Legislación y Puntos Constitucionales- si se incluirá en todo o en parte la propuesta del movimiento de mujeres, en las reformas que han iniciado el proceso de formación de la ley en el seno del Congreso mediante la Iniciativa 2630.

El código penal (vigente desde 1973) constituye lo que jurídicamente se denomina derecho sustantivo para cuya aplicación práctica necesita de “una maquinaria”, del derecho adjetivo, conocido como derecho procesal penal. En el Código Procesal Penal supuestamente se conciben ventajas para las víctimas. La persecución de los delitos puede ser: por acción pública –de oficio en donde el Ministerio Público actúa como ente acusador en representación del Estado-, por acción pública mediante instancia particular y por acción privada. En cuanto a los delitos sexuales el Código Procesal Penal establece que pueden ser perseguidos por acción pública mediante instancia particular. En este sentido, las mujeres deben contar con auxilio profesional en vista de que su desconocimiento de aspectos legales, les dificulta defenderse en todas las etapas del proceso y coadyuvar a la investigación; se deja como una carga a las mujeres, el acceso a la justicia, negando principios constitucionales referentes a la obligación del Estado de velar por la vida, la integridad, la seguridad, la libertad y el desarrollo integral de las personas.

En el Código Procesal Penal también se contemplan medidas desjudicializadoras, con el objetivo de no “recargar” a los tribunales con trámites de los delitos de poca importancia. Dentro de esas medidas se encuentra la aplicación del criterio de oportunidad a personas de poca peligrosidad o delincuentes primarios, es una ventaja para el sistema de justicia y para quien delinquirá. Entre los delitos susceptibles de la aplicación del criterio de oportunidad se encuentran los delitos sexuales. Por el criterio de oportunidad los casos denunciados se llevan a la conciliación o a la mediación entre el agresor y la agredida. Así, dice el Código y los procesalistas, se da intervención a la víctima en la decisión de su caso. Tales disposiciones permiten la renuncia o desistimiento, o bien la negociación de los delitos sexuales cometidos en contra de las mujeres, redundando en su impunidad.

2.2.4 Aplicación de la ley en relación a la violencia intrafamiliar

En el caso de la ley de violencia intrafamiliar se pueden señalar algunos aspectos que hacen que su aplicación sea lenta, escasa o tergiversada y en algunas ocasiones se revierta la denuncia en contra de las mujeres. Quienes tienen que aplicar la ley, desde los agentes de policía, fiscales del Ministerio Público, jueces/zas de Familia y de Paz Penal, en su mayoría se basan en el imaginario social que reitera estereotipos sexistas que señalan a las mujeres como provocadoras o culpables de la violencia, o bien que el conflicto se debe resolver por la propia pareja o que las mujeres víctimas pueden encontrar por sí mismas, estrategias para que pare o se transforme la violencia (Ej. cocinar lo que le gusta al marido, portarse bien, quedarse calladas, acceder a las demandas sexuales indiscriminadas del marido).

Algunos jueces que se resisten a aplicar la ley, argumentan que esta ley es inconstitucional, en la medida en que el juez puede obligar al marido que salga del hogar conyugal, cuando generalmente es él quien aparece en el Registro de la Propiedad como dueño de la vivienda, por lo tanto se estaría violando, según ellos, el derecho humano a la propiedad privada consagrado en la Constitución Política de la República; entre otros argumentos que esgrimen contra la ley, dicen que el decomiso de las armas cuando se cuenta con una licencia, también viola el derecho de portar armas que establece la Constitución. Esa falta de aplicación de la ley obedece a la falta de sensibilización y capacitación en derechos de las mujeres. Aunque la ley de violencia intrafamiliar establece que para presentar la denuncia no es necesario el auxilio profesional, en los juzgados raramente se aceptan las denuncias verbales.

Las medidas de seguridad, con algunas excepciones, no son dictadas en forma inmediata, por lo cual las mujeres deben esperar varios días para contar con la resolución de protección legal. El Ministerio Público se concreta a recibir la denuncia y si bien actúa, remite el caso a la Policía para que brinde auxilio a la víctima para su traslado a otra vivienda, de esa cuenta las mujeres con sus hijos salen de su entorno familiar a buscar en dónde vivir, mientras que el agresor permanece “con todo derecho” residiendo en donde ha sido el hogar familiar. La Policía cuando debe actuar

de oficio o por denuncia, se resiste a allanar la vivienda en donde se escucha que el marido está golpeando a su cónyuge o conviviente, aunque la ley expresamente faculta al ingreso para evitar mayores daños. Sin que exista ninguna norma que lo establezca, la Policía recibe la denuncia y remite a la víctima al Ministerio Público para que la ratifique. En el caso de las mujeres indígenas, la situación se agrava desde luego que en su mayoría, los operadores de justicia desconocen el idioma que ellas hablan y las instituciones carecen de intérpretes para su atención adecuada. Esto se suma a la discriminación y el racismo imperante, con mayor razón respecto de las mujeres indígenas por el uso del traje “típico”. Además, no existen instituciones de justicia en todas las localidades y si las mujeres se atreven a denunciar, deben recorrer largas distancias, lo cual las desanima y a veces prefieren continuar sufriendo los malos tratos, con las consecuencias de agravamiento o fatales que suelen ocurrir. Cuando las mujeres se atreven a denunciar también confrontan la inseguridad de regresar a sus hogares a seguir conviviendo “con el enemigo” y a las represalias de este. En Guatemala únicamente existe un albergue temporal para las mujeres víctimas de violencia.

Se trata del albergue de la Asociación “Nuevos Horizontes” que tiene su sede en Quetzaltenango, el cual es insuficiente para acoger a todas las mujeres de la República que se atreven a denunciar, sobre todo si se toma en cuenta que las mujeres no se trasladan solas sino se acompañan de sus hijas e hijos. Una circunstancia que debería tomarse en cuenta en los programas de sensibilización y capacitación a operadores de justicia, es la desigualdad existente entre hombres y mujeres, la cual es considerada “histórica” por la Convención de Belén do Pará y otros instrumentos internacionales relativos a la violencia contra las mujeres: “relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres”. Esas relaciones socializan a las mujeres para la indefensión (síndrome de la indefensión aprendida), por lo cual se les hace muy difícil denunciar y si lo hacen, se les dificulta también sostener la denuncia.

A la indefensión se suma la dependencia económica, social y cultural del marido en sociedades machistas como la nuestra, en donde el matrimonio empieza con mandato religioso de “hasta que la muerte los separe” (a veces efectivamente la muerte los separa porque o bien ella se suicida desesperada por el maltrato físico, psicológico y sexual, o bien el cónyuge la mata). El sistema de

justicia si comprendiera esta situación, debería apoyar a la víctima para su protección física y emocional (a través de una atención integral y alojamiento en albergues) y no inducir al desistimiento o a la conciliación o mediación mediante la aplicación del criterio de oportunidad al victimario. En el caso de la violencia sexual, las víctimas se quejan de nuevos atropellos –a veces también sexuales- de parte de los operadores de justicia ante quienes presentan sus denuncias.

No existe un servicio médico forense con cobertura nacional que tenga laboratorios para practicar y analizar hisopados vaginales en casos de violación, el posible contagio de infecciones de transmisión sexual y para la realización de las pruebas de ADN que permitirían la identificación del victimario. Los femicidios que se han incrementado a partir del año 2000, han quedado en su mayoría en la impunidad. El Ministerio Público no coordina acciones con la Policía Nacional Civil para llevar a cabo investigaciones eficientes y eficaces para identificar a los asesinos. Las evidencias y escenas de los crímenes no son resguardadas. Familiares de las víctimas son tratadas mal y se da una descalificación de las víctimas, es decir, se les señala como delincuentes, antes que juzgar a quienes las han matado. Hay muestras de una gran irresponsabilidad e incapacidad de quienes tienen en sus manos la investigación escudándose en la falta de recursos económicos institucionales.

La propia Policía Nacional Civil y el Ministro de Gobernación, han reconocido públicamente que en algunos casos las mujeres ya habían denunciado ser víctimas de violencia de parte de sus maridos y luego aparecen asesinadas; sin embargo, no existen sentencias condenatorias proporcionales al número de mujeres víctimas de muertes violentas. (Intercambios, 2006).

2.3 Causas de la violencia intrafamiliar en la mujer

Varias son las teorías que buscan las causas generadoras de la violencia, tanto sociales, como culturales, económicas y políticas. La violencia es una respuesta a ciertos tipos de situaciones, como puede ser:

2.3.1 Culturales

- Socialización por separado según el sexo.
- Definición cultural de los roles sexuales apropiados.
- Expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones.
- Creencia en la superioridad innata de los varones.
- Sistemas de valores que atribuyen a los varones el derecho de propiedad sobre mujeres y niñas.
- Concepción de la familia como esfera privada bajo el control del varón.
- Tradiciones matrimoniales (precio de la novia, dote).
- Aceptación de la violencia como medio para resolver conflictos.

2.3.2 Económicos

- Dependencia económica de la mujer respecto al varón.
- Restricciones en el acceso al dinero contante y al crédito.
- Leyes discriminatorias en materia de herencia, derecho de propiedad, uso del terreno público, y pago de pensiones alimenticias a divorciadas y viudas.
- Restricciones en el acceso al empleo en los sectores formales e informales.
- Restricciones en el acceso de las mujeres a la educación y a la capacitación.

2.3.3 Legales

- Inferioridad jurídica de la mujer, ya sea según la ley escrita o según el derecho consuetudinario y su aplicación práctica.
- Leyes en materia de divorcio, cuidado de los hijos, pensiones alimenticias y herencia.
- Definiciones jurídicas de la violación y los abusos domésticos.
- Bajo nivel de alfabetización jurídica entre las mujeres.
- Falta de tacto en el tratamiento de mujeres y niñas por parte de la policía y del personal judicial.

2.3.4 Políticos

- Representación insuficiente de la mujer en las esferas del poder, la política, los medios de comunicación y en las profesiones médica y jurídica.
- Trato poco serio de la violencia doméstica.
- Concepción de la vida familiar como un asunto privado y fuera del alcance del control del estado.
- Riesgo de desafiar el status quo o las doctrinas religiosas.
- Restricciones en la organización de las mujeres como fuerza política.
- Restricciones en la participación de las mujeres en el sistema político organizado.

(Heise L.L, 1994) La violencia puede ser estudiada desde varios enfoques:

2.3.5 Perspectiva biológica

Algunos casos de lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales o anomalías en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión.

2.3.6 Perspectiva psicológica

Los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol.

2.3.7 Perspectiva psiquiátrica

Los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión y estrés post-traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad límite o antisocial incrementa de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados.

2.3.8 Perspectiva del contexto específico

Hay diferencias en la expresión de la violencia en medios rurales y en medios urbanos debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos.

2.3.9 Perspectiva social

Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas, uno de ellos es la transmisión intergeneracional de la violencia.

2.4 Efecto de la violencia intrafamiliar en la salud mental de la mujer

La conducta violenta, tanto en el terreno físico como en el psíquico va causando un deterioro psicológico en la mujer que desde el punto de vista conductual se manifiesta en una auténtica sumisión a los deseos y órdenes del agresor. El agresor llega a tener un control y dominio de la

mujer que hace que cada vez sea más inflexible, por lo cual la violencia continúa su ciclo de intensidad creciente, y la mujer llega a perder su propia identidad para convertirse en una posesión más. Una de las mayores barreras que se han interpuesto en el avance de nuestro conocimiento sobre las consecuencias reales del trauma por violencia, ha sido la propensión tan extendida a culpar a la esposa maltratada de su propia desdicha. Tanto se ha repetido que ella misma ha llegado a creerlo.

Además de serios daños físicos, la violencia familiar causa en las víctimas trastornos emocionales que serán más profundos y duraderos cuanto más tiempo dure la relación:

- Baja autoestima.
- Interiorización del machismo, dependencia del varón y en general de todas las figuras de autoridad.
- Depresión profunda: falta total de esperanza, se sienten sin fuerzas, respuestas emocionales muy limitadas, altos niveles de autocrítica y baja autoestima.
- Miedo, estrés, conmoción psíquica aguda, ansiedad y desorientación.
- Incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social.
- Sentimientos de subordinación, dependencia y sometimiento.
- Sentido de culpabilidad. Ellas mismas se sienten culpables de la situación.
- Desmotivación y profunda ausencia de esperanza.
- Incertidumbre, dudas e indecisiones por bloqueo emocional.
- Falta total de esperanza.
- Impotencia/indecisión: Carecen de poder interior para superar los problemas.
- Se crea el “síndrome de la mujer maltratada”, que es parecido al síndrome de Estocolmo, donde uno se identifica con la figura de poder y de valor, en este caso el marido.
- Vivencia y transmisión de roles sexistas.
- Poco o nulo margen en la toma de decisiones con lo que respecta a la vida de pareja y a la suya propia. Padenen a veces trastornos alimentarios severos como anorexia o bulimia.
- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto.
- Frecuentes trastornos de alcoholismo y de ludopatía.

- Baja interiorización de valores sociales y democráticos.

2.4.1 Factores que mantienen enganchadas a las mujeres maltratadas

1. El amor romántico como adicción y dependencia.
2. La creencia mágica de que él cambiará.
3. El miedo, tanto a cómo le hace sentirse como a lo que pueda hacer el maltratador si ella no se sigue mostrando sumisa.
4. La convivencia: “Él es el bueno y yo soy la mala. Si me trata así es para mejorarme”.
5. El Síndrome de Estocolmo (Se da principalmente en secuestros de larga duración, en los que la víctima llega a identificarse con el maltratador para intentar ganarse su simpatía y salvar así su vida).
6. La dependencia económica y el aislamiento social.

2.5 Trastornos de los estados ánimo (según DSMIV-TR)

Trastornos del estado de ánimo

| <u>Episodios afectivos</u> | <u>Trastornos Depresivos</u> | <u>Trastornos bipolares</u> | <u>Otros Trastornos del estado de ánimo</u> |
|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Episodio depresivo Mayor | Trastorno depresivo mayor. | Trastornos bipolares I | Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedades. |
| Episodio Maniaco | Trastorno distímico. | Trastornos bipolares II | Trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias. |
| Episodio Mixto | Trastorno depresivo no especificado. | Trastorno ciclotímico | Trastorno de estado de ánimo no especificado. |
| Episodio hipomaniaco | | Trastorno bipolar no especificado | |

Fuente: Elaboración propia.

2.5.1 Trastorno Depresivo Mayor

Agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, uno o más episodios depresivos mayores y sin historia de episodios maníacos, mixtos hipomaniacos-no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias- ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

2.6 Criterios para Trastornos Depresivos (según DSM-IV-TR)

2.6.1 Criterios para el trastorno depresivo Mayor episodio único

| | |
|------------|--|
| Criterio A | Presencia de un único episodio depresivo mayor. |
| Criterio B | El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. |
| Criterio C | Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio. |

Fuente: Elaboración propia.

2.6.2 Criterios para el trastorno Depresivo mayor episodio recidivante

| | |
|------------|--|
| Criterio A | Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. |
| Criterio B | Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. |
| Criterio C | Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. |

Fuente: Elaboración propia.

2.7 Principales estados depresivos en las mujeres por violencia intrafamiliar

2.7.1 La depresión

Es una enfermedad episódica y recurrente que, sin tratamiento oportuno, evoluciona con un amplio compromiso de funciones físicas y psíquicas, un serio deterioro de la calidad de vida, una tendencia hacia la cronicidad, con una mayor morbilidad general y una elevada mortalidad. Un episodio depresivo es una disfunción anímica, cognitiva, motora y vegetativa, que presenta al menos cinco de los siguientes síntomas durante un periodo superior a las dos semanas ininterrumpidas de sufrimiento: ánimo depresivo, anhedonia, anorexia y baja de peso, insomnio o hipersomnia marcada, retardo o agitación psicomotora, adinamia o fatigabilidad, sentimientos de insuficiencia o culpa inapropiada, disminución de capacidades cognitivas y/o rumiaciones nihilistas. Un episodio depresivo mayor típico se suele presentar en las formas simple o melancólica, y puede complicarse clínicamente al ofrecer las siguientes características: riesgo de suicidio, síntomas psicóticos, estupor, rasgos atípicos, dependencia a alcohol o sustancias.

2.7.1.1 Síntomas de depresión

Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente. Sentimientos de desesperanza y pesimismo. Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo. Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual. Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”. Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta. Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso. Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio. Inquietud, irritabilidad. Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

2.7.1.2 Tipos de Depresión (según el DSM-IV-TR)

Los tres tipos son: depresión severa, la distimia el trastorno bipolar

2.7.1.2.1 Depresión Severa

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

2.7.1.2.2 Distimia

Es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

2.7.1.2.3 Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

2.8 Correlación entre la violencia intrafamiliar en las mujeres y los estados de ánimo depresivos

La violencia contra la mujer ha sido durante años un problema invisible, tan considerado del ámbito de lo privado que ni las propias mujeres víctimas de ella se atrevían a nombrarla. En cuanto a la violencia sobre la mujer es el hombre el principal victimario ejerciendo una conducta abusiva crónica en lo emocional, físico y sexual respecto a sus parejas. Este comportamiento puede ser una acumulación de factores psicológicos desde la infancia en que él mismo fue a su vez un “niño maltratado”; la mayoría de ellos no admiten, que esto sea violencia sino lo incorporan a la masculinidad, inclusive para la sociedad son agradables y seductores.

Según diferentes autores las mujeres maltratadas soportan las situaciones de violencia continuadas por parte de sus esposos por disímiles causas, una de ellas es que la mitad de estas féminas perciben la estabilidad y conservación de la unidad familiar. La mujer maltratada por su compañero no disfruta de la agresión, sino que se somete para no volver a ser maltratada y por qué no cuenta con los recursos psicológicos para afrontar la situación en la que se encuentran. La herencia social y los patrones culturales, también están presentes a la hora de explicar por qué las mujeres no rompen fácilmente el vínculo de pareja con el hombre que las maltrata, por qué no pueden salir del ciclo de la violencia. Ante estas preguntas ellas plantean:

- Si lo dejo, ¿quién me mantiene?
- Por mantenerme con el padre de mis hijos.
- Por no ponerle un padrastro a mis hijos.
- No tengo para donde irme con los niños.
- Si lo dejo y termino la relación, ¿qué pasa conmigo?
- Toda mi familia dice que es muy buen padre.
- Él me trae de todo para la casa; no nos falta nada. Después, ¿cómo hago?
- Si rompo con él, ¿para dónde voy?, ¿quién me protege?
- Muchas personas no me entienden; piensan que eso se forma porque yo lo provoqué o yo busco la discusión.

La influencia de patrones socioculturales, demanda de las mujeres una renuncia de su bienestar personal y la postergación de sus necesidades a favor de la unidad familiar. La mujer es considerada el eje de unión y el sostén afectivo. El sistema sexo – género, legitimado en la cultura patriarcal, establece relaciones hombre – mujer basadas en el poder, el dominio y el control, difíciles de romper por las propias mujeres ya que está implicada la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las estructuras y redes de apoyo existentes necesitan de capacitación para, primero, poder desmitificar la violencia y después detectar, diagnosticar, derivar o atender a las personas que soliciten servicios, así como realizar acciones de prevención para evitar las conductas violentas.

2.9 Principales procesos terapéuticos de atención a mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar

2.9.1 Conceptos sobre terapia cognitivo conductual

Para Beck y Rush, en su obra *Terapia Cognitiva de la Depresión* (2008), la terapia cognitiva conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, etc.) se basa en el supuesto teórico subyacente que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Caro, en su libro *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (1997) habla de la terapia cognitiva-conductual y dice: El foco de la terapia esta en el contenido ideacional envuelto en el síntoma, por tanto, la terapia cognitiva se relaciona con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su intercorrelación.

Bandura, en su obra *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales* (1987) afirma que las terapias cognitivas-conductuales vienen a intentar rectificar ideas, concepciones, estilos y estrategias cognitivas para modificar los sentimientos, valores, actitudes y conductas.

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se enfoca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

La terapia Cognitivo - Conductual

Es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero se fueron desarrollando diseños que permitieron tratar otros trastornos y otras diversas problemáticas humanas. Esta orientación sirve para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognitivas y los errores habituales y específicos, con la utilización de una mezcla técnicas en torno a la modificación de la conducta y procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar a las personas en la identificación y corrección de creencias inadecuadas, asumiendo que sí se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera la experimentación de una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

Webb (1992) señala que el tratamiento para estas mujeres debería ir dirigido a identificar y cambiar las creencias distorsionadas, a responder de forma más adaptativa a la experiencia de abuso y a aprender nuevos patrones de interacción. Para ello propone líneas de intervención cognitivo-conductuales en modalidad individual o grupal, que incluyen reestructuración cognitiva, modelado, parada de pensamiento e inoculación de estrés.

(Waker, 1999) Señala que el objetivo con mujeres maltratadas es ayudarles a dejar el lugar de víctimas y convertirse en supervivientes. Describe un programa de intervención que consta de 7 pasos y que está dirigido a ayudar a la víctima ha:

- 1- Reconocer que ha sido maltratada, poder etiquetarlo y reconocer que el abuso ha tenido un efecto perjudicial sobre la salud.
- 2- Recobrar la confianza en su propia habilidad para protegerse y sentirse más segura.
- 3- Recuperar su capacidad cognitiva, esto es, su capacidad de concentración y de atención, principalmente.
- 4- Eliminar los síntomas del Trastorno.

- 5- Seleccionar y separar los temas propios de la violencia de otras experiencias de vida más tempranas.
- 6- Romper el aislamiento y restablecer las relaciones interpersonales.
- 7- Aprender a integrar el trauma en la vida cotidiana, utilizar lo que se ha aprendido para reconstruir una nueva identidad y seguir adelante con la vida.

De manera más reciente, (Walker, 2006) describe un programa de intervención de 12 semanas, distribuido en 12 módulos. El trabajo en cada uno de ellos es el que se describe a continuación:

- 1- Nombrar el abuso y etiquetarlo,
- 2- Desarrollar un plan de seguridad para la víctima y validar sus experiencias de maltrato.
- 3- Modificar los pensamientos irracionales.
- 4- Reconocer el peligro y construir fortalezas.
- 5- Reducir el estrés y los síntomas del Trastorno.
- 6- Conocer el ciclo de la violencia.
- 7- Psicoeducación sobre el Trastorno y el Síndrome de la Mujer Maltratada.
- 8- Psicoeducación sobre el impacto de la violencia en los hijos.
- 9- Elaboración del duelo por la ruptura de la relación.
- 10- Restablecer las relaciones interpersonales.
- 11- Restablecer actividades placenteras y abordaje de las cuestiones legales.
- 12- Cierre de la terapia y continuación con la vida.

(Villavicencio, 2000) Señala diez objetivos hacia los cuales debería ir dirigida toda intervención con mujeres maltratadas:

- 1- Favorecer el desahogo emocional de la víctima, proporcionándole comprensión y apoyo en todo momento.
- 2- Aumentar su seguridad y la de sus familiares.
- 3- Ayudarle en la toma de decisiones para favorecer el restablecimiento del control de su vida.
- 4- Desculpabilizarla, insistiendo en que ella no es la responsable e de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja, estando el maltrato injustificado en cualquier persona y situación.
- 5- Ayudarle en la aclaración de roles de género y mitos sobre la violencia.
- 6- Proporcionarle información sobre la violencia doméstica y sus consecuencias.
- 7- Ayudarle a comprender sus fortalezas y debilidades.
- 8- Ayudarle en la expresión de emociones, sobre todo de los sentimientos contradictorios hacia el agresor.
- 9- Ayudarle a afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en el caso de una separación.
- 10- Ayudarle a proyectarse en el futuro.

En definitiva, a pesar de la diversidad de indicaciones sobre qué aspectos deberían ser abordados en mujeres víctimas de violencia doméstica, se podría concluir de los estudios revisados que los objetivos inmediatos serían garantizar la integridad física de la mujer y la de sus familiares, favorecer la expresión emocional de la víctima, ofreciéndole apoyo constante, desculpabilizar a la mujer por la ocurrencia de los episodios violentos e informarle sobre las reacciones psicológicas normales antes la exposición prolongada a una situación de maltrato.

Una vez abordados estos objetivos, las diferentes investigaciones apuntan a trabajar la sintomatología que presentan estas mujeres, como las distorsiones cognitivas, los sentimientos de Pérdida y los síntomas de ansiedad y depresión.

2.9.2 Terapia Racional Emotiva

La TRE desde su surgimiento formal en 1955, ha sido una de las formas de consejería y de psicoterapia con mayor influencia dentro del campo clínico, comprobado por muchos de los profesionistas de la salud mental. Ellis en 1939 inicia sus investigaciones abordando temas como el sexo, amor, matrimonio y pareja y en el proceso descubre su habilidad de que al hablar con sus amigos podría ayudarlos cuando estos estaban ansiosos y/o deprimidos en alguna área de su vida.

El desarrollo de la TRE se debe, en parte a su esencial orientación optimista y humanista; optimista, puede brindar a las personas la posibilidad de obtener los medios para lograr un cambio; humanista porque ayuda al desarrollo del potencial humano, contribuyendo a que este consiga su bienestar personal y trabaje para alcanzar las metas planteadas.

La TRE expone que la perturbación psicológica es el resultado de nuestras interpretaciones idiosincráticas. La filosofía personal disfuncional y el sistema de creencias de las personas se consideran el objetivo básico, la meta de la intervención terapéutica.

La meta principal de la TRE consiste en ayudar a los seres humanos a pensar en forma racional (científica, clara y flexible) a tener emociones apropiadas y a actuar de una manera funcional y adaptativa (eficacia), con el objetivo de que logren sus metas y sean felices.

2.9.3 Modelo ABC

Como uno de los principios esenciales de la TRE Albert Ellis ha elaborado una teoría acerca de los trastornos emocionales, que por sus siglas, es conocida como el ABC, de la racionalidad y en la cual se descubre como una persona llega a transformarse.

La TRE comienza considerando una consecuencia emocional y conductual (que se denomina "C") y se dedica a identificar el evento activador (llamado "A") que aparece como el precipitado de tal consecuencia emocional y conductual. Mientras que el punto de vista más comúnmente

aceptado es que “A” provoca “C”, la TRE sostiene que las creencias del individuo (denominadas “B”), que en realidad son evaluaciones acerca de lo que paso en “A”, son las que determinan la aparición de “C”.

La teoría básica de la TRE plantea que, cuando las personas están perturbadas, es casi seguro que implícita o explícitamente tiene creencias irracionales de tipo absolutista, dogmático y rígido, Uno de los mejores métodos para ayudar a disminuir o eliminar su perturbación emocional es mostrarles como debatir activamente esas ideas y motivarlas a continuar haciéndolo consigo mismas durante las sesiones terapéuticas o fuera de ellas, hasta que puedan llegar a una nueva filosofía que les permita pensar y comportarse de forma racional.

2.10 Aplicaciones de Terapia Racional Emotiva

2.10.1 Terapia Individual

Hace énfasis en la importancia que tienen las creencias irracionales de una persona, al igual que sus preferencias, por lo que la mayoría tiende a buscar la terapia individual. La TRE es confidencial, y se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma.

2.10.2 Terapia de pareja

La TRE afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación.

2.10.3 Terapia Familiar

La terapia familiar racional emotiva es efectiva cuando ayuda los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas. En la TRE familiar, cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares. Asimismo, se enseña a los adultos de la familia a asumir la responsabilidad de sus propias actividades, incluso cuando otros miembros de la familia estén actuando mal y contribuyendo a las dificultades.

2.10.4 Terapia de Grupo

En la terapia de grupo se enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresar con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Los objetivos principales de los asistentes a la terapia de grupo son: comprender las raíces de sus síntomas y desenvolverse mejor en sus relaciones interpersonales; entender las dificultades de otros miembros del grupo y ayudarles a minimizar sus perturbaciones para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen menos, llegando, así, a un cambio no solo conductual sino filosófico en el que se abandona cualquier forma de autodestrucción y los integrantes aprenden a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores. (Oblitas, 2008)

2.11 principales procesos terapéuticos de atención a hombres agresores de Violencia intrafamiliar

2.11.1 Principales Terapias Psicológicas a nivel Individual

2.11.1.1 Terapia Cognitiva

Tiene como principio fundamental que los trastornos psicológicos frecuentemente involucran errores en el pensamiento o en la cognición, que las respuestas emocionales con el resultado de nuestras cogniciones, es decir de nuestros pensamientos sobre los eventos y no consecuencias de los eventos en si mismos. Propone dentro de este marco que el cliente debe de descubrir el auto lenguaje distorsionado y este se refiere a pensamientos automáticos con los que se expresan los esquemas de cognitivos y las distorsiones, los contenidos del pensamiento que modifican la percepción y evaluación de la realidad. Los ofensores tienen como común denominador una serie de pensamientos estereotipados y negativos sobre las mujeres, producto de la cultura patriarcal plagada de valores misógenos.

2.11.1.2 Técnicas

Dentro de las técnicas se propone:

- Estructura de problemas por medio de diálogos.
- Planes de seguridad escritos y detallados.
- Lista de alternativas.
- Registro de conductas y emociones.
- Técnicas psicoeducativas (lecturas, videos).

Con la ayuda del cliente se estructura las tareas para por ejecutar, cuya finalidad es generar un nuevo aprendizaje que le permita redefinir el problema.

2.11.2 principales terapias a nivel familiar

2.11.2.1 Modelo Sistémico Grupal

Se trata de un Modelo de Intervención Grupal, que se emplea generalmente para terapia familiar. No es uno de los modelos clásicos, es decir, que se ha desarrollado más tarde y ahora mismo está en auge. De tal forma que el modelo sistémico trata a la familia o al grupo como un todo en el que las partes están jerarquizadas en base a las relaciones que se establecen entre los miembros del grupo. En este aspecto, los conflictos internos y externos se convierten en una base para el estudio de la dinámica familiar o grupal.

Conceptualización de la familia como un sistema abierto, con sus propiedades sistémicas:

- Totalidad: El cambio en un miembro afecta a los otros.
- Límites: Entre los subsistemas con permeabilidad variable (difusos, claros, rígidos).
- Jerarquía.
- Retroalimentación: La conducta de cada uno influye sobre los demás mediante feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector).
- Equifinalidad: Se puede llegar a una misma pauta de interacción a través de caminos diversos.
- Tendencia a estados constantes: La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.

Principales Escuelas Sistémicas

Tres escuelas predominantes:

1. La escuela internacional del MRI (Mental Research Institute) (Palo Alto)

- Su orientación y su propuesta sistematizada de terapia breve, están recogida en "Cambio" de Watzlawick, Weakland y Fisch.
- El cambio terapéutico no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en su evolución.

Máxima: "La solución es el problema".

Los problemas que llegan a la consulta, son el resultado de una dificultad y la aplicación de su supuesta solución, que no ha servido para resolverlo, pero que ha obstaculizado el proceso normal de transformaciones de la persona.

- Su intervención se dirige a investigar la funcionalidad de la conducta problema, para cortocircuitar el proceso cibernético de feedback del que forma parte (se intenta neutralizar la solución aplicada, por parte de la familia).
- Los cambios I, son los cambios que no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su funcionamiento. Son las soluciones aplicadas por la familia. Frecuentemente, adoptan la forma de intentar hacer lo contrario de aquello en lo que consiste el síntoma (se rigen por el sentido común).
- Los cambios II, son aquellos que afectan a los parámetros del sistema y suponen una resolución.

Para lograrlos, los terapeutas emplean intervenciones paradójicas que contradicen el sentido común, pero los producen en periodos breves de tiempo.

El MRI, resalta la necesidad de proponer este tipo de prescripciones con una racionalidad definida: "La táctica elegida ha de traducirse al propio lenguaje de la persona". Esto supone una reestructuración cognitiva que a veces acompaña a la prescripción paradójica (la intervención semántica se incluye como acompañamiento necesario para el cumplimiento de una tarea, más que como eje de intervención en sí mismo). La escuela MRI se conoce dentro del campo de las terapias breves, por plantearse su trabajo en 10 sesiones, con cierta independencia del tipo de trastorno.

2. La escuela estructural/estratégica (triada social)

- Agrupa las aportaciones de Jay Haley y Salvador Minuchin.
- Consideran la dinámica interaccionar que se da en los sistemas triádicos (3 o más miembros).
- Postulan que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones.

La alianza supone la proximidad de 2 o más miembros. Cuando ésta proximidad se constituye en contra de un tercero, se considera coalición. Haley habla de triángulos perversos para referirse a coaliciones entre miembros de distinta generación (padre e hijo contra madre), lo que dificulta el crecimiento del hijo. Las coaliciones, por ser negadas, son más difíciles de detectar que las alianzas. Para Minuchin, los subsistemas familiares tienen límites interiores, y a su vez la familia tiene sus fronteras con el exterior (pueden ser difusos, rígidos o claros).

Las familias aglutinadas tienen límites muy difusos y fronteras más bien rígidas. Es difícil mantener la individualidad dentro de la familia y difícil comprometerse con el exterior.

Las familias desligadas tienen límites y fronteras rígidas. Existe excesiva individualidad y, a veces, algunas necesidades afectivas quedan sin satisfacer.

Minuchin dibuja los mapas estructurales de la familia, que delimitan los límites de los miembros, dibujándose las alianzas y las coaliciones.

Técnicas utilizadas

En una primera fase hay que conseguir "entrar" en el sistema mediante la unión y la acomodación: Procedimientos de rastreo (recogida de información interaccionar), mantenimiento (respeto de las reglas actuales del sistema) y mimetismo (potenciación de algunos elementos de similitud entre el terapeuta y la familia).

Una vez que el terapeuta ha entrado, puede utilizar técnicas de reestructuración:

Redefinición positiva del síntoma: Intenta proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, que ponga en duda las estructuras del sistema (Ej.: niño de 3 años que empieza a llorar durante la sesión).

Prescripción de tareas conjuntas para varios miembros de la familia: Promueve alianzas alternativas a las existentes (reelaboración de límites).

Desequilibrarian: requiere que el terapeuta forme una alianza intensa con un subsistema de la familia para obligar a una reestructuración de límites.

Haley y Madanes añaden las intervenciones paradójicas.

Aplicación del enfoque estratégico de Haley con los trastornos de la adolescencia (esquizofrenia incipiente, delincuencia y drogadicción).

La escuela estructural es efectiva en el campo de los trastornos infantiles en general, y en los psicósomáticos en particular.

3. Escuela de Milán (escuela sistémica)

Mara Selvini-Palazoli, "Paradoja y contra paradoja".

Su punto de partida son los trabajos de Bateson, y el grupo de Palo Alto, con su enfoque comunicacional cibernético, familia como un sistema cibernético autorregulado, en el que todos sus elementos están interconectados y donde el problema que se presenta cumple una determinada función, dentro de la lógica interna del sistema.

Este equipo, se ha definido más como un centro de investigación del proceso terapéutico (caso único), que como un centro terapéutico. La principal característica de esta escuela es su adecuación para el tratamiento de familias con organización muy rígida ("transacción psicótica").

La aplicación de sus tratamientos se ha dado sobre todo en 2 trastornos: la anorexia y los trastornos psicóticos. Interés en el estudio de los derivantes y de su vinculación con el sistema.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Método

Para lograr los objetivos del presente trabajo de investigación de sistematización de práctica supervisada, se utilizó el método cualitativo, en relación al marco teórico, y en relación al proceso de práctica profesional supervisada, se aplicaron las siguientes técnicas.

La observación, las entrevistas no estructuradas, las pruebas proyectivas y psicológicas, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información, e investigar el porqué y como es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, acorde a sus historias clínicas o anamnesis. .

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Supervisada

Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes test proyectivos:

- Árbol
- Familia
- Figura humana

Test psicométricos:

- Escala de depresión de Beck
- Escala de depresión de Jung

Como metodología para generar psicodiagnósticos se utilizaron los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR.

Como metodología psicoterapéutica se utilizaron los enfoques: cognitivo conductual, conductuales, terapias de apoyo en procesos individuales de toda la población atendida en la clínica psicológica de la oficina municipal de la mujer de Villa Nueva.

3.3 Delimitación

Área Geográfica: La investigación se realizó en la Oficina Municipal de Villa nueva lugar donde se hicieron las prácticas supervisadas.

Población: Intervinieron en la muestra mujeres con violencia intrafamiliar que llegaron a consulta debido a que hicieron una denuncia al Ministerio Público y este las refirió, esto fue durante el periodo de practica supervisada. Se hicieron entrevistas y pruebas psicológicas con la finalidad de información de las pacientes.

3.4 Tiempo de Práctica

La recolección de información cualitativa se realizó durante el tiempo de las prácticas supervisadas, la cual inició el 01 de febrero y finalizó el 31 de octubre del año 2013.

3.5 Cronogramas de actividades realizadas

Cronograma de Práctica Oficina Municipal de la Mujer

| Febrero | | |
|---------|-------------------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 7 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 14 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 21 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 26 | Presentación Alerta Alejandra | 9:00-12:00 |
| 28 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Julio | | |
|-------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 4 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 11 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 18 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 25 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Marzo | | |
|-------|-----------------------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 5 | Capacitación del MP | 8:00-15:00 |
| 7 | Curso por especialistas mexicanos | 8:00-15:00 |
| 14 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 21 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 28 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Agosto | | |
|--------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 1 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 8 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 15 | FERIADO | |
| 22 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 29 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Abril | | |
|-------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 4 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 11 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 18 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 25 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Septiembre | | |
|------------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 5 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 12 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 19 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 26 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |

| Mayo | | |
|------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 2 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 9 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 16 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 23 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 30 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

| Octubre | | |
|---------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 3 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 10 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 17 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 24 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |
| 31 | Atención a pacientes | 9:00-13:00 |

| JUNIO | | |
|-------|----------------------|------------|
| Día | Actividad | Horas |
| 6 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 13 | Capacitación por MP | 8:00-14:00 |
| 20 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |
| 27 | Atención a pacientes | 9:00-16:00 |

Fuente: elaboración propia

Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida (ver anexos)

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de Resultados

En el proceso realizado se buscó la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio: Investigar los factores, que influyen en las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar y desarrollan estados depresivos.

Derivado a la pregunta de investigación se pudo analizar que en la vida de toda pareja o familia pueden surgir crisis o conflictos que amenazan la seguridad y estabilidad emocional de la misma, pero hay ciertas señales que denotan en una relación cuando hay violencia intrafamiliar y se debe poner atención a estas señales para tratar esta violencia; así mismo se evidenció que la mujer es el eje principal sobre la violencia intrafamiliar y que por ende esta es la que sufre los estados depresivos y que a raíz de una depresión sufre de otros trastornos que requieren la intervención de una psicoterapia que ayude al individuo o a la familia a salir de esa crisis; en tal situación el terapeuta debe apoyar a la familia en el proceso de adopción de nuevas estrategias que le permitan adecuarse a su nueva realidad de vida, lograr la salud física y mental, desarrollando un funcionamiento óptimo de sus roles, según la situación por la que atraviese la familia.

Se observo que las principales causas del porque la mujer permanece en una circulo de violencia intrafamiliar pueden ser culturales porque el varón es el que controla el hogar y ellos tienen el derecho de propiedad sobre las mujeres. Económicas; ya que la mujer dependen del hombre y tiene control de la estabilidad económica de la familia. Legales, por las condiciones de la mujer en cuanto a nivel de alfabetización que es bajo y que no hay un buen trato por parte de la policía y del personal judicial. Pero en la actualidad las cosas han cambiado es cuestión de informar y educar sobre la violencia intrafamiliar tanto al agresor como al agredido para ir erradicando la violencia intrafamiliar.

4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida motivo de la presente investigación

A continuación se presentara el informe psicológico del paciente que se trato por depresión, en la oficina municipal de la mujer, del cual surgió la presente investigación.

Informe Cierre de Casos

Nombre del Paciente: R. X. A.

Edad: 38 años

Sexo: Femenino

Fecha de inicio de la Intervención: 06 de junio 2013

No. de Sesiones 14

➤ Motivo de Consulta

La paciente fue referida por el Ministerio Público por violencia intrafamiliar. Ella refiere literalmente “Fui golpeada durante varios años por eso decidí poner una denuncia para dejarlo”. Vivió con su pareja durante muchos años y decidió dejarlo, esto le ha causado depresión y es muy seguido.

➤ Impresión Diagnóstica/Diagnóstico:

En la percepción que se tiene del paciente, es una persona con una depresión severa, la paciente ha manifestado que no tiene intereses de nada, que ella desearía estar durmiendo todo el día y que ha dejado de hacer muchas cosas debido a su depresión. Considero que esta depresión se ha iniciado a través de los maltratos y abusos de la pareja, se han venido reforzando con el tiempo en cada acontecimiento que le ha sucedido a la misma. La paciente es una persona que ha pasado por varios sucesos desde su nacimiento hasta la edad adulta, se observo que estos han sido factores que modificaron su personalidad y lo podemos ver en las pruebas proyectivas que tiene dificultad para conectarse con los demás, problemas de timidez.

La paciente necesita estabilidad emocional ya que nunca la ha tenido y se ha venido reforzando con el abandono de su madre biológica que no le pudo dar un hogar estable, luego la primera pareja que no quiso casarse con ella y prefirió a otra persona y posterior la infidelidad del esposo, esto ha creado en la paciente se una persona no segura de sí misma y que necesita el apoyo de otros.

La paciente tiene problemas de depresión y de autoestima por todas las situaciones que ha pasado y esto lo ha proyectado en todas las pruebas, considero que la paciente tiene que cerrar ciclos y trabajar el perdón para lograr salir de su depresión y elevar su autoestima para que pueda percibir las cosas de otra manera y que pueda enfrentar las situaciones que se le presente de una manera asertiva.

➤ Técnicas Empleadas (Resumen)

Se utilizo un manual de tratamiento para la terapia cognitivo conductual de la depresión.

I Pensamientos como afectan el estado de ánimo.

II Actividades afectan el estado de ánimo y

III Relaciones Interpersonales Afectan tu estado de ánimo.

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

Con la paciente se obtuvo el resultado deseado ya que se finalizó el plan terapéutico y la paciente tuvo cambios favorables hasta el final del tratamiento. Manifestó estar contenta por los cambios que obtuvo y las herramientas que se le dieron le ayudarán en el futuro para no recaer en depresión.

- Número de consultas dadas. 14
- Motivo de Cierre: Fin de plan terapéutico.
- Fecha en que se cierra el caso. 14 de septiembre 2013.
- Recomendaciones: ninguna
- Observaciones adicionales: Ninguna

4.3 Logros

- Colaborar en la Oficina Municipal de la mujer que trata directamente víctimas mujeres y que no se había tenido practicante hombre.
- Ofrecer atención psicológica a víctimas de violencia intrafamiliar y lograr los objetivos deseados en dichas terapias.
- Haber obtenido un aprendizaje profundo en cuanto a lo que sufre la mujer por violencia intrafamiliar.
- Se obtuvieron cambios favorable en la paciente ya que se hizo la intevercion psicológica adecuada a la necesidad de la misma.

4.4 Limitantes

- En el lugar no había suficientes oficinas para atender a los pacientes.
- El espacio destinado para consultas no había privacidad.
- Los recursos de papelería y útiles es muy escaso no hay apoyo por parte de la oficina.
- El personal de psicología es muy limitado y se ponen el lista de espera a los personas y la espera es muy larga.

Conclusiones

1. Se establecieron las causas de la violencia intrafamiliar las cuales pueden ser varias, pero estas siguen un patrón repetitivo que puede venir desde la infancia y que se refleja en la edad adulta que es cuando se manifiesta dicha violencia.
2. Se enlistó los efectos que sufre la mujer por violencia intrafamiliar con el propósito de dar a conocer los daños psicológicos a los que se ve expuesta, y como estos afectan su salud mental, familiar, social y laboral.
3. La violencia intrafamiliar que sufre la mujer esta correlacionada con los estados depresivos que ella presenta, debido a que justifica la violencia ante la sociedad lo cual no permite romper el vínculo con su agresor y esto la lleva a un estado depresivo difícil de contrarrestar y no poder salir del círculo de violencia.
4. Existen varios procesos psicoterapéuticos de abordaje y de atención para las mujeres sobrevivientes de la violencia intrafamiliar, los cuales se relacionan con la terapia cognitiva, donde se toman en cuenta sus creencias para que puedan ser modificadas y se logre un cambio conductual y mejorar su entorno familiar.
5. No existen protocolos estructurados de procesos terapéuticos de abordajes de atención para hombres agresores de violencia intrafamiliar, lo cual nos muestra la necesidad y la importancia que tendría la existencia de estos protocolos para poder brindar una atención integral a hombres y mujeres que se encuentra en un círculo de violencia. Estructurar un protocolo para hombres agresores ayudaría a enfocarse en las causas de la violencia con el fin de modificar conductas.
6. Se estructuró un documento psicoeducativo para que las mujeres puedan detectar si están siendo víctimas de violencia intrafamiliar con el fin de ayudar y evitar que las mujeres continúen siendo agredidas y se atreven a romper el silencio.

Recomendaciones

Para la Oficina Municipal de la Mujer:

1. Contar con una mayor cantidad de profesionales de psicología para atender de manera inmediata al paciente y no ponerlos en lista de espera tan larga dada la alta demanda que hay dentro del municipio de Villa Nueva.
2. Elaborar talleres psicoeducativos a las familias enseñándoles qué es la violencia intrafamiliar y cuáles son los pasos que debe seguir para salir de ese ciclo de violencia.
3. Solicitar ayuda de otras entidades para hacer publicidad sobre este tema y así detener la violencia intrafamiliar.

Para la Universidad Panamericana:

1. Dada la demanda existente en la Oficina Municipal de la Mujer se sugiere tomar en cuenta como una opción para los estudiantes que requieren realizar prácticas, con el fin de poder beneficiar dicha institución.

Referencias

Bibliográficas

- Alberdi I y Rojas, F. (2005). *Violencia Tolerancia Cero* . Caixa : Obras social Fundacion .
- Beck, A. T. (2000). *Terapia Cognitiva Conceptos básicos y profundización*. Barcelona España: Editorial Gedisa.
- Castro, R. R. (2006). *Violencia de Genero en las parejas Mexicanas*. Mexico: Inmujeres-Crim.
- Chinchilla Moreno, A. (2011). *La Depresion y sus Mascaras* . Argentina : Editorial Medica Panamericana.
- De leon, E. (03 de Abril de 2013). Aumenta denuncias por violencia intrafamiliar. *Siglo 21* , pág. 1.
- E., L. F. (2005/2006). *Trastorno de estres post Traumatico en Mujeres victimas de Violencia Domestica*. Madrid: Cuadernos de Medicina Psicosomatica.
- Fainblum, A. (2002). *Vilencia y discapacidad; en violencia intrafamiliar* . Buenos Aires, Argentina : Rubinzol Culzoni .
- Frances, A. *DSM-IV-TR*.
- Gonzaález Napoles, A. N. (2012). *Plan de Comunicacion comunitaria para minimizar La Violencia Intrafamiliar contra la Mujer* . Colombia : Fundacion Universitaria Andaluza Inca Garcilaso .
- Heise L.L, P. J. (1994). *Violence against Women The Hidden Health BURden Discussion*. Waschington D.C.: Banco Munidal.
- Intercambios, A. (2006). *Informe de Guatemala sobre la Violencia Intrafamiliar*. Guatemala: CIDH .

Leonore, W. (Noviembre de 2009). *Leonore Walker/la Mujer*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2013, de Leonore Walder/la Mujer: trabajodelamujeractual.blogspot.com/2009/11/leonore-walker.htm

Mental, I. N. (2009). www.nimh.nih.gov. Recuperado el 25 de Octubre de 2013, de www.nimh.nih.gov: <http://www.nimh.nih.gov>

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporaneas*. Mexico, D.F.: Cengage Learning.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva Fundamentos teoricos conceptualización del caso clinico*. Colombia: Grupo Editorial Norma.

Sanchez y Gutierrez, D. *Terapia Familiar Modelos y tecnicas*. Manual Moderno.

Statt, D. A. (1980). *La Psicología*. Mexico: Harper & row Latinamericana.

Valenzuela, P. S. (Noviembre de 2004). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en mujer embarazada y su producto (tesis). *Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo en mujer embarazada y su producto*. Colombia, Colima, Colombia .

Villavicencio, P. (2000). *Violencia Domestica*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Waker, L. (1999). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de clinica Psicologica* , 8, 3, 201, 210.

Walker, L. (2006). *Prevencion y Atencion a la Violencia de genero Para Equipos de Salud Mental*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo .

Апexos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Subsistat ante todo, adjuvare subsistat"

Guatemala 12 de febrero de 2013

Licenciada María Luz Martínez
Oficina Municipal de la Mujer
Presente

Estimada Licenciada Martínez,

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 estudiantes interesadas en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras estudiantes de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: Oficina Municipal de la Mujer. Por lo que solicitamos el espacio para el estudiante **Oscar Antonio Corzo**.

Cada 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
Director General Campus El Naranjo
Universidad Panamericana

Vo.Bo. Institución _____

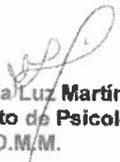


MVN-OMM-PSI-38-2013
Guatemala, 01 Octubre de 2013.

Licenciado
MARIO SALAZAR
Coordinador General Campus el Naranjo
Universidad Panamericana de Guatemala.
Presente.

Por este medio informamos que, el Señor **Oscar Antonio Corzo**: quién se identifica con número de carnet **0908951**; inició su Practica Supervisada en el mes de febrero y finalizo la misma en el mes de octubre del presente año, culminando Práctica en esta institución en la que brindo atención Psicológica, así como también llevó a cabo otras actividades propias de su profesión como Psicólogo Clínico en la Oficina Municipal de la mujer, de la Municipalidad de Villa Nueva.

Sin otro particular, atentamente.


Licda. Maria Luz Martínez
Departamento de Psicología
O.M.M.


Cristina Lemus Velasco
Directora O.M.M.
Municipalidad de Villa Nueva

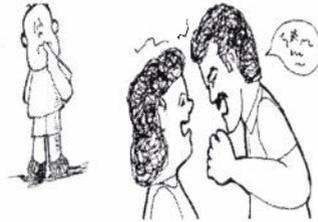


Vo.Bo.
Ing. Javier Mauricio Reyes Paredes
Director de Recursos Humanos



Villa Nueva próspera, educada y segura.





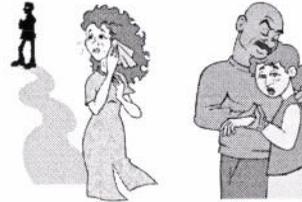
La Violencia intrafamiliar es una acción violenta en contra de una persona o abuso de la fuerza ejercida sobre una persona para obligarla a hacer lo que no quiere.

Tipos de Violencia:

- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia económica
- Violencia psicológica o emocional

Situaciones de Violencia:

- Insultar a alguien
- Culpar al otro sin razón
- Forzar a relaciones sexuales
- Celar en nombre del amor
- Manipulación
- Amenazar



PREGUNTAS QUE NO ROMPEN EL CICLO DE VIOLENCIA

- Si lo dejo ¿Quién me mantiene?
- No tengo a donde irme con mis hijos
- Toda mi familia dice que es un buen hombre
- Si rompo con el ¿Quién me protege?, ¿para donde me voy?
- Muchas personas piensan que yo lo provoqué.
- El me trae de todo a la casa
- No quiero dejar sin padre a mis hijos

CARACTERÍSTICAS DE UNA MUJER QUE PADECE VIOLENCIA:

- Se siente triste y siente que no vale nada
- Cree que no podrá salir adelante
- Se siente sola, tiene miedo
- Esta deprimida
- Se culpa de todo
- Se siente desmotivada y sin esperanza
- Se siente insegura
- Tiene problemas de sueño

CICLOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



Guatemala, 26 de noviembre de 2013.

Licenciada

Maria Luz Martínez

Encargada del Área de Psicología

Oficina Municipal de la Mujer

Villa Nueva, Guatemala

Licenciada Martínez:

Por este medio me permito comunicarle, que dentro del Proceso de Sistematización de la Práctica, de la Carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, se sugirió diseñar un Proyecto que ayude a las mujeres a identificar cuando hay violencia intrafamiliar, para que pueda ser aprovechado en Centro de Práctica "Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva", principalmente en el Área de Psicología.

Por lo que me permito remitirle 100 (cien) ejemplares del Trífoliar denominado, "Depresión en la Mujer por Violencia intrafamiliar", esperando que el mismo sea de utilidad en las actividades que en esa Oficina desempeña, el cual está relacionado con el tema que desarrollé en la Sistematización antes mencionada.

Asimismo, aprovecho la oportunidad para agradecer toda la colaboración prestada en el tiempo que se me permitió realizar mis prácticas en tan distinguida institución.

Sin otro particular, deseándoles toda clase de éxitos en sus labores, me despido con muestras de consideración y respeto, atentamente,



Oscar Antonio Corzo

Practicante de Psicología Clínica y Consejería Social
Universidad Panamericana



Anejo: 100 ejemplares del trífoliar (Depresión en la Mujer por Violencia Intrafamiliar).



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
 PROGRAMA DE ESTUDIOS
Nombre del Curso: Práctica IV -Profesional Dirigida-Pre-Requisito: Práctica I, Práctica II, Práctica IIITrimestre: X

Sede: _____

Ciclo: 2013

Código: _____

Jornada: _____

Horario: _____

| Mes | Año |
|--------------------|------|
| Enero | 2013 |
| Fecha de Recepción | |

| |
|---------------------------------------|
| Sello de Registro y Control Académico |
|---------------------------------------|

| |
|-----------------|
| Vo.Bo. Decanato |
|-----------------|

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

| Contenido: | Fecha: |
|--|--------|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 prestablecido, 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 apearse 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. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología. Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, 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., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie