



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**LA MOVIOLA EN EL AUTOESTIMA DE LAS
MUJERES MALTRATADAS DE LA CASA DE LA
MUJER DE RIOBAMBA,
PERÍODO JULIO– DICIEMBRE 2014**

AUTORAS: TANIA ALEXANDRA GUSQUI CUZCO

CUMANDÁ LUZ SANAGUANO ESPINOZA

TUTORA: DRA. ALEXANDRA PILCO. MSC.

RIOBAMBA 2015

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Nosotros, miembros del tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que las señoritas egresadas de Psicología Clínica, Tania Alexandra Gusqui Cuzco con C.I.: 0604278895 y Cumandá Luz Sanaguano Espinoza con C.I.: 0603985227, se encuentran aptas para la defensa pública de la tesina **LA MOVIOLA EN EL AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS DE LA CASA DE LA MUJER DE RIOBAMBA, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE 2014.**

Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes.

Riobamba, 26 de octubre de 2015

Atentamente

Dra. Alexandra Pilco MsC

TUTORA

Ps. Cl. Cristina Procel

PRESIDENTA

Mg. Ramiro Torres

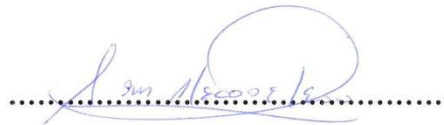
MIEMBRO

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado.

Presentada por Tania Alexandra Gusqui Cuzco y Cumandá Luz Sanaguano Espinoza para optar por el título de Psicóloga Clínica y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación. En el respectivo tema: LA MOVIOLA EN EL AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS DE LA CASA DE LA MUJER DE RIOBAMBA, PERÌODO JULIO – DICIEMBRE 2014.

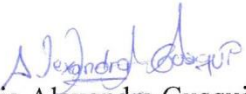
Riobamba, 23 de Octubre de 2015



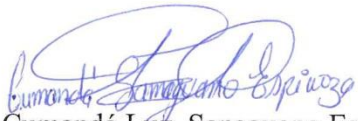
DRA. ALEXANDRA PILCO. MsC.

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras Tania Alexandra Gusqui Cuzco y Cumandá Luz Sanaguano Espinoza somos responsables de todo el contenido de este trabajo de investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo


Tania Alexandra Gusqui Cuzco

C.I.060427889-5


Cumandá Luz Sanaguano Espinoza

C.I.060398522-7

DEDICATORIA

A, Dios por darnos sabiduría e inteligencia.

A, nuestros padres por habernos brindado su apoyo incondicional en el trayecto de nuestra vida estudiantil y a la Dra. Alexandra Pilco. MsC tutora de tesis, quien nos ha impartido conocimiento para el desarrollo de nuestro trabajo investigativo.

Alexandra y Cumandá.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por haberme dado sabiduría para llegar a culminar mi carrera profesional, a mis padre que con sus bendiciones y su apoyo incondicional me han inculcado buenos valores, a mis hermanos (as) que siempre estuvieron pendientes en todo momento durante el trayecto de mi vida estudiantil, también quiero agradecer a mi esposo y como no a mis queridos hijos que han sido mi fortaleza diaria y a mi tutora de tesis Dra. Alexandra Pilco por su paciencia en el desarrollo del proyecto.

Alexandra Gusqui.

En primer lugar quiero agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis padres por brindarme siempre su apoyo incondicional ante mi meta alcanzada.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi tutora de tesis, Dra. Alexandra Pilco. MsC. Por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Cumandá Sanaguano

RESUMEN

El presente trabajo pretende analizar la eficacia de la técnica psicoterapéutica la Moviola en el autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba, siendo fundamental la autoestima en el desarrollo personal de cada individuo, porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental y al encontrarse afectada en la población de estudio hemos visto necesario aplicar la técnica psicoterapéutica antes mencionada, esta consiste en la auto-observación logrando una visión más flexible de la propia experiencia y de las distintas tonalidades emocionales del individuo. Se identificó a una población de 40 mujeres maltratadas de las cuales 12 mujeres maltratadas presentaron baja autoestima según el test de Rosenberg y se inició un proceso terapéutico en 12 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, posterior a la intervención terapéutica el nivel de baja autoestima mejora notablemente, los datos obtenidos mediante el reactivo psicológico indica que incremento el 75% presentando autoestima alta, el 17% autoestima media y el 8% autoestima baja. La metodología que estructura la investigación es de tipo explicativa por que describe las causas de la baja autoestima de las mujeres maltratadas que asisten a la Casa de la Mujer en el departamento de manualidades. En cuanto al diseño de la investigación es cuasi- experimental ya que estudia a la baja autoestima mediante la observación clínica. Al concluir la investigación comprobamos la eficacia de la técnica la Moviola al reducir marcadamente la baja autoestima en la población de estudio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This paper aims to analyze the effectiveness of Maviola psychotherapeutic technique in self-esteem of abused women at Casa de la Mujer de Riobamba, self-esteem development of each individual is very important, one-self estimation is the key for mental health and being affected on the study population it has been necessary to apply the psychotherapeutic technique mentioned before, that is self-observation achieving a more flexible view of the experience and the different emotional tones of the individual. 40 abused women of which 12 beat-up women had low self-esteem according to Rosenberg Test and a therapeutic process started in 12 sessions lasting 45 minutes each, after therapeutic intervention self-esteem improvement increased drastically, the data obtained through psychological reagent has indicated that 75% has presented high self-esteem, 17% average self-esteem and 8% low self-esteem. The methodology structure is explanatory research type that describes the causes of low self-esteem of abused women attending la Casa de la Mujer at the handicrafts Department. Regarding the research design is quasi-experimental studies because it was done by a clinical observation of low self-esteem. The investigation concluded the effectiveness of the Moviola technique which obviously reduced low self-esteem in the studied population.

Translation reviewed by:

Dra. Fanny Zambrano V.
ENGLISH TEACHER AT LANGUAGES CENTER FCS



Riobamba October 26th, 2015

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG.
TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS:.....	I
AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A).....	III
DERECHO DE AUTORÍA.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE GENERAL	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
MARCO REFERENCIAL	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. OBJETIVOS.	6
1.3.1. Objetivo general:	6
1.3.2. Objetivos específicos:	6
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	10
2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	10
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	13
2.4.1. La Moviola.....	13
2.4.2. Antecedentes de la técnica la Moviola.....	13

2.4.3.	Definición de la Moviola	14
2.4.4.	La técnica	14
2.4.5.	El Método.....	15
2.4.6.	La técnica de la Moviola cumple tres fases y puede ser utilizada de la siguiente manera.....	16
2.4.7.	La terapia en acción	17
2.4.8.	Preparación del contexto clínico e interpersonal.....	17
2.4.9.	Construcción del marco terapéutico.....	18
2.4.10.	Análisis de la historia evolutiva personal.....	21
2.5.	LA AUTOESTIMA	23
2.5.1.	Antecedentes históricos.....	23
2.5.2.	Definición.....	24
2.5.3.	Formación de la autoestima	25
2.5.4.	Niveles de autoestima	26
2.5.5.	Componentes de la autoestima.....	29
2.5.6.	Dimensiones de la autoestima.....	30
2.6.	EL MALTRATO.....	31
2.6.1.	Definición.....	32
2.6.2.	Tipos de maltrato.....	32
2.6.3.	Causas del maltrato	33
2.6.4.	Consecuencias del maltrato.....	34
2.6.5.	Etapas del desarrollo del maltrato	35
2.6.6.	Situación emocional de la mujer maltratada	35
2.6.7.	Algunas mitos de las mujeres maltratadas	36
2.7.	MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN MUJERES MALTRATADAS DE LA CASA DE LA MUJER DE RIOBAMBA.....	37
2.8.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	39
2.9.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	42
2.9.1.	Hipótesis.....	42
2.9.2.	Variables	42
2.10.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43

CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1. MÉTODO.....	45
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	47
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	48
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	49
4.1. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	73
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
5.1. CONCLUSIONES.....	75
5.2. RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁG.
Tabla N° 1: Niveles autoestima de las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la moviola.....	50
Tabla N° 2: Dignidad	53
Tabla N° 3: Cualidades personales	55
Tabla N° 4: Capacidad propia	57
Tabla N° 5: Actitud positiva	59
Tabla N° 6: Satisfacción.....	61
Tabla N° 7: Orgullo.....	63
Tabla N° 8: Pensamientos de fracaso.....	65
Tabla N° 9: Respeto por sí mismo	67
Tabla N° 10: Inutilidad.....	69
Tabla N° 11: Buena persona	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁG.
Gráfico N° 1: Niveles de autoestima de las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la moviola.	50
Gráfico N° 2: Dignidad	53
Gráfico N° 3: Cualidades personales	55
Gráfico N° 4: Capacidad propia	57
Gráfico N° 5: Actitud positiva	59
Gráfico N° 6: Satisfacción	61
Gráfico N° 7: Orgullo.....	63
Gráfico N° 8: Pensamientos de fracaso.....	65
Gráfico N° 9: Respeto por sí mismo	67
Gráfico N° 10: Inutilidad	69
Gráfico N° 11: Buena persona	71

INTRODUCCIÓN

El maltrato a la mujer es un acto de agresión que adopta la víctima por parte de su conyugue, debido a creencias, conductas y costumbres sociales que ha discriminado a lo largo del desarrollado de la historia, por el hecho de ser mujer, dejando secuelas de dolor y angustia cuyo resultado es el sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo amenazas como, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto el ámbito familiar y en la vida pública, alcanzando secuelas graves a nivel emocional.

Los esquemas cognitivos, emocionales y conductuales que acarrear a varias mujeres a resistir el maltrato, ha sido radicado en su personalidad en el trayecto de su vida, debido a distintas causas de vivencias, tanto el ámbito familiar propio, como en el de origen.

La autoestima es la base principal para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida, una buena autoestima incrementa emociones positivas en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias de cada individuo, logrando una mejor sociabilización en el entorno, apreciándonos como personas en nuestra manera de ser, consiguiendo niveles de mayor eficacia en las labores que promovemos, siendo más independientes y autónomas. Estos aspectos afectan a la mujer que han sufrido maltrato de su pareja, lo cual es necesaria una intervención orientada a impulsar el autocuidado psicológico y la higiene mental.

El presente trabajo hace referencia a La Moviola en la baja autoestima de las mujeres maltratadas de Riobamba, focalizándonos en el objetivo general que es determinar la eficacia de la moviola la autoestima de las mujeres maltratadas. Por lo tanto es necesario que las participantes dentro del proceso terapéutico, conduzcan su foco de atención en aspectos de su experiencia personal mediante la auto-observación.

La distribución de la presente Tesina de Grado está conformada por cinco capítulos a saber:

En el capítulo I.- Se describe el problema, objetivos que se pretenden lograr al concluir esta investigación y la justificación e importancia.

En el capítulo II.- Consta la línea de investigación, el análisis y descripción del posicionamiento teórico personal, antecedentes de investigaciones anteriores con respecto al problema que se investiga, fundamentación teórica donde se encuentra el análisis detallado de las variables, el desarrollo del marco contextual y de hipótesis

En el capítulo III.- Explica la metodología utilizada, características de la población, criterios de inclusión y de exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos y análisis e interpretación de datos.

En el capítulo IV.- Se analiza e interpreta los datos que corresponden al estudio de la información recopilada, procesada, analizada e interpretada, se presenta tablas de porcentajes en forma escrita y gráficos estadísticos.

En el capítulo V.- Se expone las conclusiones en razón de este trabajo y se plantea las recomendaciones requeridas, a los que se ha llegado posterior al trabajo investigativo.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El maltrato es un acto de violencia aprendida, acarrea consecuencias que tiene como resultado, daño psicológico, físico, sexual y patrimonial para quién lo sufre. En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud el 35% de las mujeres de todo el mundo sufren violencia por parte de sus parejas y que el 35% la sufrirán, en la pareja o fuera de ella, en algún momento de sus vidas. (OMS, 2014)

Además en América Latina siendo los países donde las mujeres han presentado más denuncias por violencia son: Bolivia (53%), Colombia (39%), Perú (39%), mientras que Paraguay (18%), Jamaica (17%), República Dominicana (16%) y Haití (13%) serían los de menor porcentaje. (PNUD, 2014)

Las investigaciones en Ecuador indican que el 60,6% de mujeres sufren maltrato, siendo en la zona urbana con un 61.4% y en la zona rural es el 58.7%. Las Provincias con mayor porcentaje de violencia son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay, mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menos índice de violencia contra la mujer, el 90% de la mujeres han sufrido violencia por su pareja y no se han separado, el 54.9% no piensan separarse, el 23.5% se separó por un tiempo y regresaron y el 11.9% piensan separarse, según la Encuesta Nacional de Violencia de Género realizado por el INEC. En Ecuador en los 10 primeros meses del 2014, se han registrado 47 femicidios según la Comisión Ecuménica, recordó que estos casos “son cada vez más crueles” y que en ocasiones “los cuerpos de las víctimas aparecen torturados, mutilados y con signos de violencia sexual” (CEDHU, 2014)

A nivel de la Provincia de Chimborazo, según las investigaciones realizadas en el Juzgado de lo Penal y la Fiscalía General del Estado en la ciudad de Riobamba indican los tipos de violencia que han sufrido estas mujeres, siendo la Psicológica con un 53.9%, Física 38%, Sexual 25,7% y Patrimonial 35,3%. Además la atención de violencia familiar de la Policía, manifiestan que los casos no han disminuido según las estadísticas, en enero atendieron 52; febrero 45, marzo 55, abril 75, mayo

79. De estos, el 75% corresponde a violencia física; el 24% a psicológica, datos correspondientes al año mencionado anteriormente. (DEVIF, 2014)

Inicialmente se aplicó un cuestionario para identificar maltrato en las mujeres que acuden a la Casa de la Mujer al departamento de manualidades siendo una población electa para el estudio.

Posterior a las entrevistas realizadas con las participantes y basándonos en la observación clínica se pudo determinar que las principales causas para que exista maltrato en esta población son: la baja escolaridad de la mujer maltratada, el abuso de consumo de alcohol del agresor y sobre todo las limitaciones económicas dentro del hogar.

Entre los efectos que se pudo evidenciar en las mujeres maltratadas, fueron; altos niveles de autocrítica referente a actividades que realizaban, dependencia hacia su pareja, estrés por el mismo hecho de estar con pensamientos negativos, ansiedad, humillaciones, desvalorización, miedo, sentimientos de culpa, creencia de que su pareja algún día cambiará y sobre todo el aislamiento, según indican las mujeres evaluadas de la Casa de la Mujer de Riobamba.

Las mujeres con baja autoestima tienen sentimientos de inferioridad y culpa, piensan que valen poco, esperan ser engañadas, humilladas por los demás, producto de ello se sienten rechazadas, han descuidado su apariencia física, se vuelven apáticas, indiferentes consigo mismas y con el entorno.

La mujer maltratada con autoestima baja piensa que valen poco, espera ser engañada, menospreciada por los demás y como se anticipa a lo peor lo atrae y generalmente les llega, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en un terrible estado de soledad y aislamiento (Virginia Satir, 1978).

Como estudiantes de Psicología Clínica, el interés se basó en buscar alternativas a esta problemática, por lo que es preciso el abordaje directo, con el objetivo de incrementar el nivel de autoestima de las mujeres maltratadas, empleando la técnica

psicoterapéutica la Moviola transformará las cogniciones y emociones que provocan malestar en las mujeres de la población seleccionada y de esta manera mejoren su salud mental.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Moviola en el Autoestima de las Mujeres Maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo general:

Evaluar la eficacia de la Moviola en el Autoestima de las Mujeres Maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar los casos de baja autoestima de las mujeres maltratadas mediante el Test de Rosenberg en la Casa de la Mujer de Riobamba.
- Aplicar la técnica la Moviola en los casos de baja autoestima de las mujeres maltratadas en la Casa de la mujer de Riobamba.
- Analizar la eficacia de la técnica la Moviola en los casos con baja autoestima de las mujeres maltratadas en la Casa de la mujer de Riobamba.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se reviste de gran importancia, porque permite conocer lo que realmente sucede en lo concerniente a la Baja Autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba, siendo la autoestima “Un conjunto de percepciones que se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias sobre sí mismo, que ha recabado el individuo durante su vida y nos impulsa hacia la libertad analizando objetivamente nuestras creencias básicas modificando paso a paso las más negativas y escapando así de una prisión auto-impuesta hacia una vida más libre y satisfactoria” (Rosenberg, 1999). La

Moviola al ser una técnica psicoterapéutica se enfoca directamente en identificar aquellas cogniciones erradas ya que es un método de auto-observación, y reconstrucción, ayuda al ser humano en los procesos de auto-organización y destrucción del significado personal(Vittorio Guidano 1994).

Siendo el maltrato uno de los problemas que incide en la población, por ende repercute en la autoestima de la mujer maltratada, considerando las cogniciones erradas es necesario desarrollar habilidades en las participantes para debatir los pensamientos que preceden a las emociones que causan malestar, logrando así homeostasis, aceptación de sí misma, hacer consiente del problema y aprender a tomar decisiones para elevar el autoestima.

Por lo tanto desarrollar este tema de investigación nos brinda la oportunidad de conocer de cerca las distintas formas de afrontamiento de aquellas mujeres maltratadas que tienen baja autoestima y la manera en cómo influye esto en la vida de cada una de ellas, en el ámbito personal, familiar, social y económico, utilizando la técnica “Moviola” dentro del proceso terapéutico.

La importancia radica en el conocimiento acerca de la autoestima, Moviola y Maltrato que se va a brindar a la población afectada. La realización de esta investigación favorecerá directamente a la muestra en estudio.

Se pretende beneficiar a toda la población de la Casa de la Mujer de Riobamba, debido a que son un grupo vulnerable al que se debe prestar especial atención, por los cambios psicológicos, emocionales y sociales, nuestro trabajo se centra de forma particular en mujeres que tienen baja autoestima debido al maltrato que presentan. Permitirá además entre otras cosas alcanzar mayor seguridad personal, mejorar las relaciones con el entorno, establecer un vínculo afectivo, además sentirse independientes y autónomas para mejorar su estilo de vida.

El tema a tratar fue factible realizarlo pues contamos con los recursos necesarios para la elaboración de esta investigación como es; un buen espacio físico para la realización de las sesiones terapéuticas, material bibliográfico referente al tema,

colaboración por parte de las participantes y es significativo resaltar el interés y la predisposición por parte de la Ingeniera Nancy Castillo (Coordinadora de la Casa de la Mujer) quién está consciente de la problemática, la misma que autorizó el desarrollo de este estudio en esta institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Se enmarcara en las líneas establecidas por la Universidad Nacional de Chimborazo, para la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Chimborazo

LÍNEA MACRO: Salud Integral

SUBLÍNEA: Conducta y Salud Mental, Social, Familiar e Individual.

2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La investigación está basada en la técnica la Moviola propuesta por Vittorio Guidano quién fue “Neuropsiquiatra Italiano, creador del Modelo Cognitivo Procesal Sistémico y de la Terapia Cognitiva Post-racionalista de influencia Cognitivo Constructivista” refiriendo que la Moviola es una técnica psicoterapéutica de auto-observación para lograr que el paciente alcance una visión más flexible de su propia experiencia y de las distintas tonalidades emocionales del individuo. (Guidano, 1987)

Conociendo que las mujeres maltratadas ocultan el problema que sufren por su pareja, tienen una imagen sobre generalizada sobre su relación, imaginan sucesos de que les va a ocurrir lo peor, se sienten culpables por el maltrato que reciben y relatan que algún día su pareja cambiará su comportamiento, por ello estas cogniciones negativas deben ser modificadas para mejorar su autoestima y el modo de relacionarse.

En cuanto al estudio de la autoestima se fundamentará de acuerdo al Dr. Rosenberg. M quién fue profesor de Sociología en la Universidad de Maryland desde 1975 hasta su muerte en 1992. Es escritor de numerosos libros y artículos, su trabajo fue la dimensión de la autoestima que es mundialmente conocido, según el autor menciona que la autoestima “Es un conjunto de percepciones que se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida y nos impulsa hacia la libertad analizando objetivamente nuestras creencias básicas modificando paso a paso las más negativas

y escapando así de una prisión autoimpuesta hacia una vida más libre y satisfactoria”. (Rosenberg, 1999).

En las mujeres víctimas de maltrato generalmente la autoestima se encuentra afectada, por lo tanto el objetivo de la investigación es elevar la baja autoestima, mediante la aplicación de la técnica psicoterapéutica la Moviola.

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según un estudio efectuado en la Facultad de Psicología de la Universidad Rodrigo Facio de Costa Rica (Sandra Masis Sanabria, 2001), con el tema de:

“La técnica la Moviola en mujeres víctimas de violencia de la Asociación de ayuda a la mujer maltratada. Valencia, Abril 2002.”

La intervención terapéutica individual fue satisfactoria con mujeres víctimas de violencia, esta investigación se realizó con el objetivo de contribuir con el fortalecimiento de los recursos personales de las mujeres que presentan maltrato para reconocer y enfrentar sus manifestaciones, mediante una experiencia terapéutica individual, utilizando las tres fases que requiere la técnica lo cual, al facilitar la reformulación de la percepción del maltrato en las mujeres y vivir la experiencia desde una doble dimensión simultánea al mencionar su reconocimiento y valor como persona, se refleja una mayor conciencia en sí mismas.

Mientras que en la segunda se promovió el cambio de las cogniciones erradas logrando seguridad y autonomía construida por cada una de ellas. Al concluir la intervención se analizó la historia evolutiva personal consiguiendo diferentes puntos de vista, edificando su historia de vida mediante el proceso terapéutico, estabilizando sus cogniciones y conductas. Corresponde a una investigación de tipo cuantitativo no experimental con método deductivo. A una población total de 45 participantes en esta investigación siendo la muestra de 20 mujeres. La Moviola generó beneficios a las mujeres experimentadas mejorando su calidad de vida.

“Influencia del maltrato psicológico en mujeres de 25 a 55 años de edad y efectos en su autoestima”, Quito, 2011.

El presente estudio enfocó su objetivo en determinar la relación entre el maltrato psicológico y autoestima de mujeres.

El tipo de investigación fue correlacional, no experimental, longitudinal de tipo panel, con método deductivo-inductivo. A una muestra de veinte y cinco mujeres adultas con algún tipo de maltrato, denunciantes del mismo, se ha evaluado niveles de autoestima, maltrato psicológico, físico y sexual; cuyos resultados han evidenciado que las mujeres con baja autoestima atribuyen más importancia al agresor y su confianza es menor.

Las conclusiones del estudio sintetizan la importancia de la autoestima en el proceso del ser humano, logrando el esclarecimiento de un constructo complejo y dinámico como lo es el maltrato psicológico y la baja autoestima en las mujeres, ya que esta lesión psicológica sea cual sea su manifestación produce un desgaste en la víctima que la deja incapacitada para defenderse, demostrando que son personas esenciales en el núcleo de su hogar y la sociedad.

La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano, Venezuela, Maracaibo 2005.

El presente estudio enfocó su objetivo en analizar la teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo humano el tipo de investigación fue documental, cualitativa con diseño documental bibliográfico, tomando como referencia un caso clínico para ilustrar la temática de estudio. Para efectos del estudio se describieron los planteamientos de los autores en torno a las distintas conceptualizaciones de la autoestima, explicando los avances en el abordaje de la autoestima como variable del proceso terapéutico del individuo.

También se analizaron los aportes de la teoría de la autoestima como elemento promotor del desarrollo humano: teniendo como elemento presente la psicología

transpersonal, y se analizó la aplicabilidad de la teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo humano. Las conclusiones del estudio sintetizan la importancia de la autoestima en el desarrollo humano señalando los aportes que las teorías han agregado como valor a estas explicaciones e intervenciones terapéuticas prácticas, se realiza además las recomendaciones para mejorar la base teórica existente, así como lineamientos a considerar bajo el enfoque transpersonal como elemento importante en el tratamiento de la autoestima para procurar el desarrollo humano.

2.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1. La Moviola

La técnica Psicoterapéutica la Moviola es utilizada para ampliar la autoconsciencia de emociones, reconociendo más tonalidades, y así tener una sensación emocional más integral, y un mayor autoconocimiento, la técnica está basada en reconstruir escenas que ya hayan sucedido y que tienen varios aspectos repetitivos, prototípicos, e invariantes, para poder dominar situaciones que nunca antes dominó el paciente, al reconstruir estas escenas se programa en la mente para des automatizarlas, para pasar a un nivel de dominio y regulación emocional más sano, autónomo y eficiente.

2.4.2. Antecedentes de la técnica la Moviola

La técnica Moviola fue desarrollada por el neuropsiquiatra Italiano Vittorio Guidano en el año de 1987, surge en la segunda mitad del siglo XX, Guidano realiza un punto de quiebre en la noción de conocimiento con respecto a la tradición cognitivista del procesamiento de la información, la cual lo considera desde una perspectiva racionalista empirista como una representación mental objetiva de la realidad a la mente humana asumiendo implícitamente que el significado esta dado externamente, previo al procesamiento mental de la información. Según esta perspectiva, la mente puede hacer un procesamiento de la información errónea o sesgada, hecho que conlleva a representaciones distorsionadas de la realidad. Aquí, el ser humano asume el papel de observador privilegiado del mundo; los errores que presenta esa

observación darían lugar a creencias y actitudes inadaptadas de la realidad subyacentes a los síntomas comunes en la psicopatología. (Balbi, 1994; Caro, 1997; Guidano, 2001).

La importancia de la técnica permite la reconstrucción de la percepción de vida, a partir del desarrollo de habilidades, potencialidades y destrezas, siendo capaz de reconocer la experiencia que sufre la persona. De esa manera es posible ayudar al paciente a hacer nuevas distinciones de su experiencia. Una vez que el paciente ha hecho una distinción diferente, o sea cuando ha sido capaz de reconstruir la experiencia crítica focalizada, se reformula aspectos de la misma experiencia, permitiendo que reordene su historia, manteniendo su sentido de continuidad personal.

2.4.3. Definición de la Moviola

Moviola es una técnica psicoterapéutica de auto-observación para lograr que el paciente alcance una visión más flexible de su propia experiencia y de las distintas tonalidades emocionales del individuo. En esta perspectiva el actuar del terapeuta en la creación del setting clínico se modifica sustancialmente respecto a las aproximaciones del cognoscitivismo tradicional; en este artículo propongo algunas consideraciones sobre la estrategia terapéutica que nace del modelo post-racionalista. (Guidano, 1987)

La moviola es un procedimiento muy sencillo que consiste en detener la secuencia de escenas de un relato de una experiencia crítica en un momento, una escena en la cual podemos suponer hay un cambio emocional correlacionado con la perturbación que estudiamos (Zagmutt, 2004).

2.4.4. La técnica

Es un evento que se reconoce como significativo debido al malestar considerando la reconstrucción de un repertorio específico, lo primero deberá ser narrado completamente en su desarrollo, pero de forma resumida. De tal relato deberá surgir

una subdivisión en escenas sucesivas, cada una de las cuales debe representar un momento en el cual un evento, estado emotivo o percepción de sí conllevan un cambio específico.

Este proceso es básico permite la exclusión de información discrepante y las operaciones destructivas ante experiencias no reconocibles, las cuales amenazan la percepción actual de sí mismo (Zagmutt, A.; Lecannelier, F.; Silva, J. 1999).

El corazón del proceso terapéutico consiste en poder conducir la atención del paciente a aspectos de su experiencia personal los cuales, hasta ese momento no le es posible advertir y que son los que desafían su coherencia actual, este guión que acontece sobre el plano del comportamiento debe ser montado con el fluir de los estados emotivos, buscando recoger también los matices y las tonalidades para ampliar la capacidad del sujeto de discriminarlas y reconocerlas; este es el plano de la experiencia inmediata.

El otro plano a insertar en la secuencia es aquel del acontecer de los diversos sentidos de sí y de las explicaciones que resultan posibles y coherentes con la mantención de una continuidad de la identidad. Detenerse sobre explicaciones significa guiar al sujeto a focalizarse en los modos en los cuales se atribuye a sí la inmediatez del vivir y entonces se le lleva a individualizar los núcleos invariantes mediante cuyas articulaciones construye una imagen consciente de sí (Guidano, V. 1990).

2.4.5. El Método

La auto-observación método único, es un proceso de exploración conducido y facilitado por el terapeuta y realizado por el propio paciente. Hay que aclarar sin embargo que Vittorio Guidano ha sido muy enfático en los procesos de la inmediatez, centrado en los aspectos explícitos de la conducta. Aquí es el centro de interés de la dialéctica entre la experiencia tácita-corporal inmediata y su reordenamiento en el lenguaje, proceso durante el cual un nivel restringe al otro recíprocamente. Esta técnica no tiene tiempo limitado siendo que el paciente debe trabajar bajo la orientación del terapeuta (Guidano, V. 1994).

El terapeuta debe ser capaz de simular la experiencia del otro, en otras palabras ponerse en su lugar, para ayudarlo a distinguir, en la reconstrucción, lo que es su experiencia inmediata y lo que es la explicación de la experiencia unitaria en curso. En este sentido el paciente ejemplifica lo que ocurre en su entorno comparándolo en el presente pasado y futuro (Mahoney, M. 1995).

2.4.6. La técnica de la Moviola cumple tres fases y puede ser utilizada de la siguiente manera.

El inicio, es hacer consciente al sujeto del proceso de atribución a sí de la inmediatez, es decir, orientarlo a diferenciar el plano de las percepciones y emociones de aquel de las explicaciones; posteriormente, con el transcurso de la terapia, al reconstruir la historia del desarrollo, con el fin de incrementar la consciencia y aumentar la flexibilidad de las reglas básicas individuales que caracterizan al proceso de construcción del pensamiento.

Comenzar a manejar el "cómo" representa conocer de sí mismo la forma de la propia inmediatez y entonces poder construirla con los contenidos que la distinguen.

Los contenidos son expresión del significado personal y de su nivel de articulación. Por ejemplo: imaginemos un evento con una activación central de miedo narrado por cuatro sujetos con diversos significados personales; el "fóbico" construirá los contenidos enfocándose en la constructividad o en la soledad en relación con la percepción de una disminución del margen de autonomía o de una merma de la protección física de una persona significativa (Maturana, H. 1997).

En las fases más avanzadas de terapia, la moviola se enriquecerá al reconstruir un evento haciendo ponerse al sujeto en dos puntos de vista bien distintos: uno el de la persona que está viviendo una escena; el otro, aquel del sujeto que está asistiendo a la misma escena como si fuese un espectador.

En procedimientos posteriores de la terapia, en la reconstrucción de la historia del desarrollo, el punto de vista objetivo podrá ser aquel ligado al momento de vida

específico del evento (visto ahora del exterior) o aquel ligado al momento actual (visto con los ojos de hoy), (Guidano, V. 1996).

2.4.7. La terapia en acción

El proceso Terapéutico sigue un protocolo unitario, pero flexible que se desarrolla usualmente en sesiones semanales que abarcan tres fases:

Fase 1: Preparación del contexto Clínico e Interpersonal

Fase 2: Construcción del Marco Terapéutico

Fase 3: Análisis de la Historia Evolutiva Personal

2.4.8. Preparación del contexto clínico e interpersonal

Es una tarea que apunta a trabajar la problemática del paciente de manera que él se lo auto-refiera como algo que pertenece a su propio estilo de funcionamiento.

Es decir en una condición en la cual el paciente acepte investigar en su pantalla interna, o auto-observar la manera en que organiza su experiencia y como se la refiere. Proceso que se correlaciona siendo autónomo de los eventos de estos mismos procesos. En otras palabras es una condición que le permitirá conectar su personal manera de ser con lo que le ocurre. Esto implica conducirlo a una situación dolorosa, reconociendo lo que acontece opción diferente a la de atribuir externamente lo que le ocurre, tal como sería el caso de atribuir al contexto físico o social o a una enfermedad física o mental del sufrimiento (Guidano, V. 1996).

En esta fase se utilizaron técnicas para reforzar la autoestima de las participantes:

Escucha empática: va más allá de lo que se entiende por escucha activa, que básicamente reproduce o imita la persona que habla, es decir, se esfuerza por ponerse en el lugar del otro, pero en muchas ocasiones comete el error de querer contestar con la bibliografía (Stephen R. Corvey, 2014).

Dialogo socrático: Es un método, de investigación estructurado a la verdad, con valor a las opiniones con la intención de responder a las preguntas elegidas por ellos mismos. La técnica busca indagar la propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les ha sucedido en el pasado (Bélgica, 1969)

La autoobservación: Es la técnica de investigación básica, sobre las que se sustentan todas las demás, ya que establece la relación básica entre el sujeto que observa sus conductas posturas facies y el objeto que es observado que es el inicio de toda comprensión de la realidad, (Según Bunge 2005).

Técnica de relajación: Cuyo objetivo es, enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación, sin ayuda de recursos externos como el control de respiración implica todo el cuerpo y a todos los músculos, pero el diafragma es el músculo respiratorio más importante para reducir los estados de nerviosismo o ansiedad, (Ballentine, 1976).

Focusing: El focusing es una técnica para aumentar nuestro acceso a la experiencia significativa que vivimos con nuestro cuerpo, el proceso de focusing se trata de, primeramente, prestarle atención a “una sensación holística, implícita en el cuerpo” la cual da información de la manera en que el cuerpo siente una especial inquietud por un problema determinado, (Gendlin, 1981).

Metáfora: Es una serie de palabras en las que se da una comparación entre dos o más entidades que son literalmente diferentes, (Lyddon, Clay y Sparks, 2001).

2.4.9. Construcción del marco terapéutico

Es la fase central de la terapia ya que es aquí donde se esperan los cambios más importantes en la sintomatología. Esta fase se desarrolla en dos pasos diferentes, pero indisolublemente conectados:

-Primera etapa de la segunda fase: Enfoque y reordenamiento de la experiencia inmediata:

Cuyo objetivo es reconstruir el patrón de coherencia actual del paciente y los modos en que el desbalance experimentado en este patrón ha suscitado los problemas a tratar. La materia prima con la cual se trabaja son los acontecimientos significativos ocurridos en la semana los que son elegidos de acuerdo a la reformulación inicial del problema. Estos eventos son divididos en secuencias de escenas las que son sometidas al proceso auto-observacional. Se entrena al paciente a hacer distinciones en su experiencia emotiva al conducirlo a focalizarse en algunas escenas críticas, las que se reconstruyen de acuerdo a la técnica de la moviola.

El paciente es instruido desde el inicio a enfocar en cada escena la diferencia entre la experiencia y su explicación, tanto durante la escena como después de ella; introduciendo la distinción entre el "como" (la experiencia) y el "porque" (la explicación).

El cómo está relacionado con la construcción de la experiencia subjetiva (p.ej. patrones dinámicos de la imaginación, tendencia a actuar, sentimientos multifacéticos, el sentido de sí mismo experimentado, etc.) y también el modo en que se produce, es decir, la situación o acontecimientos que generaron la percepción discrepante y como esta fue reconocida (Guidano, 1996).

-Segunda etapa: La reconstrucción del estilo afectivo: Cuando el paciente ha comenzado con la conexión entre los síntomas que sufre, con los previamente inadvertidos desbalances afectivos, puede empezar también a revisar los procesos de autoengaño que han sostenido una imagen de la figura de referencia sostenedora acompañado con el desbalance emocional

La reconstrucción a través de la moviola del curso cronológico de la aparición de las perturbaciones, permite distinguir la correlación entre el desequilibrio percibido y el cambio de imagen de la figura afectiva significativa y hace cada vez más evidente

que el problema original coincide con la exclusión y el reordenamiento auto-engañoso de los sentimientos desafiantes.

En este momento se hace necesario llevar el foco de atención a la modalidad tácita con la cual el paciente construye la imagen de una figura de apego coherente con el sentido de sí mismo, y los mecanismos de mantención que utiliza para afrontar las discrepancias.

Se comienza con un análisis detallado de la historia afectiva del paciente en que las secuencias de escenas significativas son pasadas repetidamente por la moviola, revisándose los siguientes aspectos:

1- Variables que subyacen en el "debut sentimental" (contexto evolutivo, actitudes personales, red social) y en los modos en que ha sido experimentado, evaluado y auto referido. Estos aspectos permiten comprender el estilo afectivo que se tenderá a mantener por todo el ciclo de vida. Para todas las relaciones significativas, se reconstruirán aquellas escenas cargadas de afecto durante el comienzo de la relación, durante la fase de mantención de esta y durante el proceso de término.

2 - Reconstruir los criterios por los cuales él puede diferenciar las relaciones significativas de las no significativas, en la secuencia de relaciones significativas. Estos criterios nos permiten destacar qué patrones de clasificación de las parejas resultan más coherentes con el estilo de vinculación que gradualmente se ha estructurado.

En esta etapa se ha logrado una desaparición casi total de los problemas sintomáticos o perturbaciones originales con estos nuevos niveles de auto referencia abstracta en el ordenamiento de las experiencias pasadas y presentes, creando una nueva actitud hacia la realidad y el descubrimiento de nuevos ámbitos de experiencia. (Guidano, 1996).

Dentro de esta fase se utilizaron las siguientes técnicas:

Técnica del espejo: El objetivo es aprender a ver las cualidades opuestas, que están en la sombra y aprehender a integrarlas en nuestro Yo, para vivir la unidad (Louise Hay, 2011).

Árbol de la Autoestima: Permite reflexionar sobre los logros, cualidades y capacidades positivas, que hemos desarrollado en nuestra infancia o a lo largo de nuestra vida nos ayuda analizar la imagen que tienen sobre sí mismas centrándose en las partes positivas. Con esta técnica se evalúa el nivel de autoestima y su estado de ánimo (Josete, 2011).

Dialogo socrático: Es un método, de investigación estructurado a la verdad, con valor a las opiniones con la intención de responder a las preguntas elegidas por ellos mismos. La técnica busca indagar la propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les ha sucedido en el pasado (Bélgica, 1969).

2.4.10. Análisis de la historia evolutiva personal

Implica reconstruir las experiencias inmediatas de la historia del desarrollo. Comienza con la identificación de los acontecimientos significativos en términos de estructurar la historia evolutiva en relación a estas escenas las cuales serán posteriormente pasadas por la moviola.

Hay que considerar que al inicio de esta fase el paciente ha alcanzado nuevos puntos de vista sobre sí mismo lo que es una condición necesaria para realizar este trabajo Terapéutico ya que de ninguna manera es la idea que este proceso se transforme en un simple recuento biográfico que tienda a reconfirmar y legitimar la versión habitual que el paciente tiene sobre sí mismo, lo cual sería un resultado absolutamente no deseable. En la realización de la reconstrucción de la historia de vida, hay que destacar que estos recuerdos suelen ser vagos e imprecisos y están superpuestos entre sí presentando muchos menos detalles que las escenas recordadas en las etapas anteriores.

En la ejecución de este objetivo el terapeuta se encuentra con la dificultad de que el paciente ha construido una versión de su historia vital que ha estructurado a lo largo de los años con explicaciones consistentes con la imagen construida de sí mismo. Esto hace que durante el proceso de reconstruir las experiencias inmediatas de esta etapa de la vida sea muy probable que los recuerdos de sus relaciones de apego, afectivamente significativas, evaluados y auto referidos engañosamente y las explicaciones consistentes con estos recuerdos oficiales sean desafiados violentamente por la revisión en la moviola de esos recuerdos rígidamente estabilizados. (Guidano, 1996).

Lo que permite al terapeuta conducir la investigación del paciente hacia estos puntos discrepantes y no a los confirmatorios es el conocimiento a fondo de la vía evolutiva que caracteriza a la organización de significado personal del paciente y los procesos de autoengaño con los que opera para mantener su coherencia.

Dentro de esta Fase se utilizaron las siguientes técnicas:

Línea de vida: La línea de vida es un instrumento muy utilizado en psicoterapia. Su elaboración suele ser tarea para hacer en casa, entre una sesión y la siguiente. Es interesante que la persona que se confronta con la tarea autobiográfica, busque entre documentos, o pregunte a su entorno -padres, hermanos, pareja- para clarificar dudas o completar lagunas de memoria. En este sentido, la sola confección de la línea de vida es un proceso terapéutico, de gran utilidad como base para construir una narrativa propia (Villegas, M. 2013).

Diálogo Socrático: Es un método, de investigación estructurado a la verdad, con valor a las opiniones con la intención de responder a las preguntas elegidas por ellos mismos. La técnica busca indagar la propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les ha sucedido en el pasado (Bélgica, 1969)

2.5. LA AUTOESTIMA

Activar el amor propio es el primer paso hacia cualquier tipo de crecimiento psicológico y mejoramiento personal. Y no se está haciendo referencia al lado oscuro de la autoestima, al narcisismo y a la fascinación por el propio ego (egolatría), sino a la capacidad genuina de reconocer, sin vergüenza ni temor, las fortalezas y virtudes que poseemos e integrarlas al desarrollo de nuestra vida para hacerla más saludable y llevadera. Quererse uno mismo, despreciando o ignorando a los demás, es presunción y exclusión; querer a los demás, despreciándose uno mismo, es no reconocer el auto amor que nos define.

La visión negativa que se tiene de uno mismo es un factor determinante para que aparezcan trastornos psicológicos como fobias, depresión, estrés, ansiedad, inseguridad interpersonal, alteraciones psicosomáticas, problemas de pareja, bajo rendimiento académico y laboral, abuso de sustancias, problemas de imagen corporal, incapacidad de regular las emociones, y muchos más (Riso, 2011).

2.5.1. Antecedentes históricos

La autoestima ha acompañado al hombre desde sus inicios, desde los primeros seres humanos pensantes, claro que, no la conocían, y mucho menos le asignaron un término o forma de referirse a ella. Aunque la autoestima estaba ahí. El auto-concepto de autoestima, se remonta a finales del siglo XIX con el psicólogo William James y su obra “Los principios de la Psicología”, en los que definía la autoestima como la descomposición de un Yo-global, Yo-conocedor y Yo-conocido. A principios del siglo XX, la psicología sufrió un cambio muy grande, ya que sustituyó el estudio de los procesos mentales, emociones y sentimientos por el comportamiento de seres vivientes a partir de la observación de su comportamiento con el medio, además, la psicología quedó como una ciencia experimental, dejando a un lado el estudio de la autoestima.

Más adelante, de igual manera en el siglo XX, donde toma lugar la psicoterapia humanística (véase, el tratamiento para trastornos psicológicos), la autoestima volvió

a tomar importancia, ya que dicha terapia, involucra la autorrealización personal y diversos tratamientos psíquicos, como el reconocimiento de por qué las personas tienden a sentirse poco valiosas e insuficientes, esto, por lógica, involucra la autoestima.

Aunque varios importantes investigadores como Coopersmith (1967), Brinkman et al. (1989), López y Schnitzler (1963), definen la autoestima con conceptos, ideas e hipótesis diferentes, concuerdan en varios puntos, como que la autoestima es indispensable para la vida plena del hombre y que es un factor indispensable para el equilibrio emocional, cognitivo y práctico de la persona.

A día de hoy, en el siglo XXI, la autoestima es aceptada en distintas materias de aplicación, y considerada un concepto importante para el correcto funcionamiento psicológico del ser humano.

Por ello, la presente investigación, aborda cuestiones referidas a la definición y conceptualización de la autoestima y a la manifestación e importancia de la autoestima en la dinámica del comportamiento humano.

2.5.2. Definición

Rosenberg (1999), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesta en el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa de sí mismo.

La Asociación Nacional para la Autoestima de los Estados Unidos define a la autoestima como la experiencia de tener la capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Las personas que tienen autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables.

McKay y Fanning (1999), la autoestima se refiere al concepto que se tiene la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias sobre sí mismo que ha recabado el individuo durante su vida.

2.5.3. Formación de la autoestima

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos que darán como resultado una sensación general de valía o incapacidad.

-En la infancia.- Descubrimos que somos niños o niñas, que tenemos manos, piernas, cabeza y otras partes de nuestro cuerpo. También descubrimos que somos seres distintos de los demás y que hay personas que nos aceptan y personas que nos rechazan. A partir de esas experiencias tempranas de aceptación y rechazo de los demás es cuando comenzamos a generar una idea sobre nuestro propio valor. Coopersmith (1976), señala que el proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el individuo comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea.

-Durante la adolescencia.- Una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima es la adolescencia debido a la búsqueda de la identidad personal. La formación de la identidad comienza en conocer a fondo sus posibilidades como individuo, además el adolescente necesita apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los propios, así como hacerse valioso para obtener confianza. Es la época en la que el joven pasa de la dependencia de las personas a las que ama (la familia) a la independencia, a confiar en sus propios recursos.

La formación de la identidad sana radica desde la infancia especialmente si sus padres han formado nociones básicas hacia confianza, sin embargo si los padre inculcan sentimientos de culpa y vergüenza pueden generar codependencia en los adolescente y por lo tanto incapacitarlos en su búsqueda de la autonomía, si se siente poco valioso corre el peligro de buscar la seguridad que le falta por caminos aparentemente fáciles y gratificantes, pero a la larga destructivos como la drogadicción (Coleman, 2003).

2.5.4. Niveles de autoestima

Los niveles de autoestima suelen ser diferentes en cada individuo dependiendo del contexto en el que se han desarrollado y en el que actualmente llevan su proceso, existen tres niveles de autoestima:

➤ AUTOESTIMA ALTA

La autoestima alta en las personas hace que sean más independientes, auto-dirigidas y más autónomas, así como defender los propios derechos y opiniones, es decir ser apropiadamente asertivo. Se ha demostrado que las personas con autoestima alta son capaces de percibir situaciones con mayor exactitud y realismo ante los retos que la vida demanda. También se debe señalar que una aspiración a una autoestima alta no hay que idealizarla por el hecho demasiada autoestima o apreciación excesiva de uno mismo puede generar algunas limitaciones como la demasiada atención hacia sí mismo y caer en patologías de la personalidad como el narcisismo; es por ello que se debe reconocer las propias limitaciones y un verdadero conocimiento holístico de sí mismo para desarrollarnos física, social y psicológicamente personas con valorización propia y hacia los demás (Rosenberg, 1996).

Según los autores Campos y Muñoz en 1992 señalan que las características de personas con Nivel Alto de Autoestima son:

- Saben que cosas pueden hacer bien y qué pueden mejorar.
- Se sienten bien consigo mismos.
- Expresan su opinión.
- No temen hablar con otras personas.
- Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas.
- Son capaces de tener intimidad en sus relaciones.
- Participan en las actividades que se desarrollan en su centro de estudio o trabajo.

- Se valen por sí mismas en las situaciones de la vida, lo implica dar y pedir apoyo.
- Les gustan los retos y no les temen.
- Tiene consideración por los otros, sentido de ayuda y están dispuestos a colaborar con las demás personas.
- Son creativas y originales, inventan cosas, se interesan por realizar tareas desconocidas, aprenden actividades nuevas.
- Luchan por alcanzar lo que quieren.
- Disfrutan las cosas divertidas de vida, tanto de la propia como de la de los demás.
- Se aventuran en nuevas actividades.
- Son organizados y ordenados en sus actividades.
- Son responsables de sus acciones.
- No necesita esforzarse por dar una imagen ideal de sí mismo/a.
- Su auto concepto es suficientemente positivo y realista.
- La persona se respeta a sí misma y a los demás.

➤ **AUTOESTIMA MEDIA**

Al tener suficiente confianza consigo mismo, permite a la persona afrontar la vida con cierto equilibrio imprescindible para asumir las dificultades del camino, de esta manera es como se concibe la normalidad en la autoestima (Rosenberg, 1979).

La autoestima media posee algunas características positivas y negativas de la personalidad, está ligada a los factores evolutivos que llevan al desarrollo de una autoestima alta, sin embargo debe trabajar sobre sus cualidades y capacidades con autoconciencia para evitar una autoestima baja, es como un punto medio del continuo de cualidades que varían entre la autoestima baja y alta.

Según los autores Campos y Muñoz en 1992 señalan que las características de personas con Nivel Medio de Autoestima son:

- Cabe la posibilidad de poca tolerancia al rechazo.
- Está más predispuesta al fracaso porque suele centrarse más en los problemas que en las soluciones.
- Suelen evitar las situaciones en que pueden ser consideradas personas competentes o merecedoras dado que estas implican un cambio de patrón y para ella es más fácil evitar el cambio que afrontarlo.
- Huyen ante cualquier posibilidad de cambio, aunque sea para mejorar; o bien lo evitan o hacen lo posible para que fracase y eso a su vez refuerza la idea que tienen de sí mismos.
- Las nuevas situaciones implican el desarrollo de ciertas habilidades que no han sido aprendidas.
- Tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder.
- Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás.
- Cuando los critica su confianza disminuye un poco.
- Pueden controlarse con un poco de racionalidad a la hora de enfrentarse a los retos.
- Aceptan de límites y capacidades cuando se hacen conscientes de sí mismos.

➤ **AUTOESTIMA BAJA**

La impresión general que se tiene de la vivencia de autoestima baja es que la persona sufre una condición crónica de afecto negativo, especialmente sentimientos de inferioridad, falta de merecimiento, soledad e inseguridad. Existe relación entre baja autoestima y propensión a tener dichos sentimientos de inferioridad, pueden desarrollar depresión, sensación de inadecuación, dependencia de drogas, ansiedad y enfermedades psicosomáticas.

Según los autores Campos y Muñoz en 1992 señalan que las características de personas con Nivel Bajo de Autoestima son:

- Se frustran con facilidad
- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad.
- No están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien.
- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.
- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan.
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal.
- En resultados negativos buscan culpables en otros.
- Creen que son los feos -Se alegran ante los errores de otros.
- No se preocupan por su estado de salud.
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.
- Cree que es una persona poco interesante.
- Cree que causa mala impresión en los demás.

2.5.5. Componentes de la autoestima

La autoestima es la percepción auto evaluativa de sí misma o un estado aprendido, el cual es observable por medio de la conducta brindando información de cómo se siente y piensa con respecto de a sí mismo y de los demás (Rosenberg, 1979), la autoestima está integrada por:

- Autoconocimiento: Conocer los puntos que compone el yo, el cual se manifiesta por las necesidades y habilidades, los papeles que vive a través de

las cuales conoce porque y como actúa y siente. Si la persona posee esto logrará tener una personalidad fuerte y unificada.

- Autoconcepto: Serie de creencias con respecto a sí misma, que se manifiesta en la conducta.
- Autoevaluación: Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas y malas.
- Autoaceptación: Suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo que consecuentemente permite diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos, siendo los cognitivos y los evaluativos.
- Autorespeto: Atender y satisfacer las propias necesidades y valores que le hagan sentir orgulloso de sí mismo.
- Autovaloración: La autovaloración surge como producto de las valoraciones de las personas que rodean al individuo y por los resultados de sus actividades (éxitos y fracaso), incluye la facultad de evaluar las habilidades y posibilidades, de examinarse con espíritu crítico y por tanto permite al hombre “medir” fuerzas de acuerdo a las exigencias del medio ambiente y en consonancia con ello, plantearse independientemente determinados objetivos y misiones.

2.5.6. Dimensiones de la autoestima

Desde la perspectiva que se ha adoptado, Coopersmith (1976), señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción, logrando identificar las siguientes:

- Autoestima en el área personal: Consiste en la evaluación que el individuo realiza y con frecuencia mantiene de sí, en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lleva implícito un juicio personal expresado en la actitud hacia sí mismo.

- Autoestima en el área académica: Es la evaluación que el individuo hace y con frecuencia sostiene sobre sí mismo, en relación con su desempeño en el ámbito escolar teniendo en cuenta su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual nuevamente implica un juicio personal manifestado en la actitud hacia sí mismo.
- Autoestima en el área familiar: Consiste en la evaluación que el individuo hace y frecuentemente mantiene con respecto a sí, en relación con sus interacciones con los miembros de su grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal manifestado en las actitudes asumidas hacia sí mismo.
- Autoestima en el área social: Es la valoración que el individuo realiza y con frecuencia mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual igualmente lleva implícito un juicio personal que se manifiesta en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

En pocas palabras el individuo realiza frecuentes estimaciones de sus frecuentes interacciones consigo mismo y con el ambiente en el que se desenvuelve, logrando monitorear constantemente como influye dentro de él, posterior a lo cual y de acuerdo con la satisfacción que esto le brinde, va a asumir una actitud hacia sí mismo. Es decir, es una calle de doble circulación: de acuerdo a sus relaciones en los ámbitos ya mencionados, así mismo va a ser la actitud asumida ante sí, en otras palabras su autoestima.

2.6. EL MALTRATO

El maltrato hacia la mujer se produce de varias formas: física, sexual, psicológica y económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor. Las mujeres que experimentan maltrato sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad para participar en la vida pública, además afecta a familias y comunidades de todas las

generaciones y refuerza otros tipos de violencia prevalecientes en la sociedad (Yolanda Ruíz, 2008).

2.6.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato hacia la mujer como cualquier acto u omisión siendo los repetidos abusos físicos psicológicos y sexuales llevados a cabo una persona de la familia con lo cual se mantiene la relación afectiva de confianza o erótica y cualquier condición que resulte de dichos actos que priven a las mujeres de iguales derechos de libertad e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir, en 1996 el maltrato es reconocido como un verdadero problema de salud pública según la OMS.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

2.6.2. Tipos de maltrato

Se pudo identificar cuatro tipos de maltrato siendo utilizados en sobre las mujeres violentadas como son maltrato psicológico, maltrato físico, maltrato sexual, y maltrato patrimonial.

- **Maltrato psicológico**

Acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación , manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, o aislamiento o cualquier otra conducta que produzca un perjuicio en la salud mental, la autodeterminación , el desarrollo integral y las posibilidades personales (Corsi, 1995).

- **Maltrato físico**

Acción, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona, puede consistir en empujones, lanzamiento de objetos, apretones, apretones, arañazos, golpes, bofeteadas, atacar con arma blancas o arma de fuego hasta llegar al punto de hospitalizar o causar la muerte.(Corsi 1995)

- **Maltrato sexual**

Acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexuales, físicos o verbales o a participar en ellos mediante la fuerza la intimidación, coerción, chantaje, soborno manipulación, amenaza u otro mecanismo. (Corsi1995)

- **Maltrato patrimonial**

Son las acciones u omisiones encaminadas a la destrucción de objetos o propiedades en el núcleo familiar de los que dependen la existencia de la misma; la negación a cubrir cuotas alimenticias para sus hijos o gastos básicos para la sobrevivencia, es dirigida contra los bienes pertenencias de las persona a quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia. (Corsi1995)

2.6.3. Causas del maltrato

A través de la entrevista de las participantes se pudo obtener las siguientes causas que propician el maltrato

- **El alcoholismo:** Un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- **Desvalorización generalizada de la mujer:** Refiere actitudes conductas y prácticas sociales determinadas a justificar actos discriminatorios contra la mujer por el hecho de ser mujer.

- **Ignorancia por parte del agresor:** No saben que la mejor forma de resolver un fenómeno social conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo.
- **Falta de control de impulsos:** Muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.
- **La drogadicción:** Muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia.
- **Limitaciones económicas:** Este proceso genera dependencia hacia la pareja agresora, ya que este provee y cubre las necesidades familiares, de esta manera ellas están incapacitadas para detener los abusos que reciben.
- **Baja escolaridad:** Tanto en la mujer maltratada como en el agresor, la falta de educación no están instaurados en los esquemas mentales ideas racionales acerca de las relaciones interpersonales en las cuales se toma la herramienta de mediación y diálogo ante el agresor.

2.6.4. Consecuencias del maltrato

Las consecuencias alcanzan no solo a la misma mujer sino a los hijos e hijas y a la sociedad en general. Afecta a la salud física, mental y social de la mujer los hijos e hijas de mujeres maltratadas suelen presentar trastornos emocionales y de conducta aprendida aceptar la violencia o a cometer actos violentos siendo testigos de los mismos golpes que sus padres o padrastro han creado en contra a la víctima ellos mismo forma parte de ser agresores.

“Por otro lado el hombre golpeador puede resultar herido o muerto toma represalias o decide defenderse, pierde el amor de la pareja o compañera y se expone a perder a toda la familia deteriora su autoestima y tiene sentimientos de culpabilidad que muchas veces revierte a un nivel estructural de la sociedad una consecuencia como es la reproducción de modelo familiar con dominación masculina que reduce a la mujer a nivel inferior de sumisión y subordinación al hombre en el ámbito económico, psicológico, social y político.” (Corsi 1995)

2.6.5. Etapas del desarrollo del maltrato

La violencia se manifiesta de múltiples maneras, con formas específicas sobre los distintos tipos de mujeres. Tratando de acercarnos a las mujeres, como individuos que sufren directamente la violencia sobre su persona, es posible encontrarse procesos o fases que de forma general se dan en muchos casos de violencia de género en nuestro contexto. Además la violencia es ejercida en el seno de la pareja o ex pareja y en nuestra cultura y sistema socio político. En este sentido se ha hablado de 5 etapas (Álvarez 2002)

- **Inicio:** Caracterizada por el comienzo de amenazas roturas de objetos silenciosos burlas, que van progresando y aumentando poco a poco. La violencia dentro de la pareja no comienza con una agresión física por muy leve que esta sea.
- **Moderada:** empiezan aparecer las agresiones físicas en ocasiones de las esperadas las víctimas no reconocen en los empujones agarrones una señal que tienen normalizadas esas conductas.
- **Grave:** abofetear, dar patadas, arrancar el cabello aislar, morder, fracturar
- **Muy grave:** Ahogar, agredir con objetos contundentes, violaciones permanentes uso de armas, quemar, flagear.
- **Fatal:** puede producir la muerte.

2.6.6. Situación emocional de la mujer maltratada

Entre los sentimientos y emociones producto de la violación se encuentra;

- **Vergüenza:** Dificultad que reprime a una mujer golpeada a que se anime a pedir apoyo o ayuda, esto se sujeta con mitos sociales respecto al maltrato de la mujer.
- **Culpa:** Utilizada para hacer sentir a la mujer de que es accionante de la violencia, incapacitándola para que no consiga batallar contra la violencia que sufre.

- **Miedo:** Es un síntoma visible que no se manifiesta todo tiempo teniendo consecuencias nefastas en la salud física y mental
- **Dolor:** Sentimientos que nadie disfruta ocasionando por algo que lastima.
- **Enojo:** Posee un efecto destructivo y antisocial lo que le convierte en la emoción más difícil de manejar y sobre todo en la mujer ya que socialmente es vista como una reacción masculina.

Estas emociones y sentimientos son manejados de distinta forma de acuerdo con la actividad social y los atributos sociales y a los de cada sexo. La aparición de las anteriores emociones y sentimientos llevan a la mujer a sufrir diversos problemas que afectan tanto su salud física como la mental, entre los cuales se encuentra la autoestima.

2.6.7. Algunas mitos de las mujeres maltratadas

Existen varios mitos sobre la violencia hacia mujeres que posibilitan continuar ocultando, y obstaculizando la apropiada atención del problema.

- La víctima dijo o hizo para provocar el abuso.
- A las mujeres maltratadas, les gusta que les peguen
- El maltrato emocional no es tan grave como el físico
- Si la mujer se queda es porque le gusta.
- Ella lo provoca.
- Lo que ocurre en una pareja forma parte de la vida privada y no hay que meterse
- Si la mujer se aguanta por bastante tiempo, las cosas cambiarán y se mejorará la relación.
- Si la pareja no consumiera alcohol, no golpearía a su esposa o compañera.

2.7. MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN MUJERES MALTRATADAS DE LA CASA DE LA MUJER DE RIOBAMBA

La técnica psicoterapéutica la Moviola se aplicó para contribuir en el fortalecimiento de la autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la mujer de Riobamba, para reconocer y enfrentar sus conflictos, mediante la experiencia terapéutica individual. Se trabajaron en 12 sesiones de aproximadamente 45 minutos. Siendo los días lunes y martes

Al iniciar la intervención psicoterapéutica se estableció un ambiente de rapport y empatía con las participantes con el fin de crear una buena alianza terapéutica condición necesaria para la eficacia de la intervención, se realizó la recolección de datos para la elaboración de la historia clínica y se promovió expectativas, responsabilidades y compromisos en las mismas.

Dentro de la primera fase se trabaja en la dimensión de la escucha empática, el diálogo clínico y se finaliza la recolección de datos para la elaboración de la historia clínica, los síntomas repetitivos que aquejan estas mujeres son: el sentirse culpables, desvalorizadas, tristes con sentimientos de inseguridad, culpa, sumisas y les cuesta tomar decisiones por el hecho de ser dependientes de su pareja. Se utiliza la técnica de auto-observación se procede a investigar y recordar los eventos significativos de la percepción del problema mediante la elaboración de preguntas e hipótesis sobre sí mismas, mediante el control de la respiración se logró disminuir la ansiedad en las participantes. Se establece el proceso de ir y venir focalizando un recuerdo significativo importante para encontrar el significado del problema, se contribuye también con la metáfora siendo un elemento para sustituir uno por el otro en una misma estructura de lo que se asemeja. Se logró que las pacientes transformen su problema real a imaginario con el fin de hacer consiente su situación.

En la segunda fase, al aplicar la técnica del espejo se pudo demostrar en las pacientes lo valiosas que son, contribuyendo en el mejoramiento de su autoconcepto,

demostrando su condición de ser únicas e irremplazables, para que puedan valorarse tal cual como son en su integridad de persona. Al Enfocar y reordenar la experiencia vivida (maltrato) se identificó y anotó los eventos significativos de la semana focalizando por cada evento la diferencia entre la experiencia inmediata y la explicación logrando que las participantes analicen el cómo y el porqué de su situación.

Se evaluó la vida de cada participante de manera simbólica, reuniendo de forma visual todas sus cualidades positivas y logros conseguidos en la vida, de manera que al ver la elaboración de su árbol de autoestima realizado por cada una visualicen una imagen positiva de sí mismas. Al reconstruir el estilo afectivo se logró que describan eventos significativos vividos cotidianamente, relacionado el problema, su autopercepción y la explicación de los momentos vividos de acuerdo con sus pensamientos y sentimientos, facilitando la contratación de la situación del problema inicial y la explicación presente.

Y finalmente en la última fase se les pidió crear una línea imaginaria y gráfica a cada una, anotando los acontecimientos relevantes de su vida, resaltando momentos de cambios, experiencias importantes y modificaciones en el rumbo de su historia personal, así como proyecciones futuras, mostrando gratificación por el cambio en su estado emocional y también se aplicó la técnica del diálogo socrático se utilizó para optimizar el entorno personal, familiar con la búsqueda de sentido y soluciones al no centrarse en los problemas, valorar lo vivido metas a corto o largo plazo, la actividad la ejecutan con buena actitud, logrando en las pacientes estabilidad psíquica. Para el cierre terapéutico se realizó la reconstrucción de la historia evolutiva identificando los eventos significativos al recopilar los eventos cargados de afecto, haciendo que la paciente vaya de atrás y adelante a través de su historia evolutiva para reordenar las experiencias inmediatas críticas. Mejorando en las participantes el reconocimiento de su valor como personas, se sienten con seguridad y confianza, han reflejado mayor conciencia de sí mismas, una autoimagen positiva, demostrando autoconfianza en cada una de las participantes.

2.8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Afectividad: Es aquella capacidad de reacción que presente un sujeto ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y las emociones.

Angustia: Es un estado emocional penoso y de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde ante un miedo desconocido. Además del dolor psíquico presenta cambios en el organismo como la sudoración, la taquicardia, temblores y falta de aire.

Ansiedad: Es un síntoma y puede llegar a ser un indicador de un conflicto emocional originado por cómo nos relacionamos con nosotros mismos o con los demás, es decir por cómo está estructurada nuestra personalidad.

Autoimagen: Es la imagen o representación mental que se obtiene de uno mismo, generalmente resistente al cambio, y que no representa solamente los detalles que pueden estar disponibles a la investigación u observación objetiva de otros (como la altura, peso, color del cabello, género, IQ, etc.), sino también los elementos propios que se han aprendido acerca de sí mismo, ya sea por experiencias personales o por la internalización de los juicios de los demás.

Autorrealización: Es la culminación de la satisfacción de las necesidades humanas, es la necesidad psicológica más elevada del ser humano. Consiste en desarrollar nuestro potencial humano: aceptarse a sí mismo, relacionarse de una forma sana con los demás (con empatía, honestidad y asertividad), saber vivir el presente con felicidad, etc.

Desequilibrio: Estado de la personalidad mórbida e inadaptada socialmente que posee un carácter inestable emotivamente, impulsivo y con cambios frecuentes de humor. Las causas que conducen a un estado desequilibrado pueden ser de tipo constitucional o educativo (disociación familiar, etcétera).

Desesperación: Es un estado de ánimo negativo ante cualquier esperanza o posible salida de una situación. Quien está inmerso en la desesperación vive la vida de una manera angustiada.

Estilo Afectivo: El estilo afectivo es la forma en que a cada quien le gusta dar o recibir afecto o amor. Esto es una preferencia, es decir, hay personas que prefieren dar afecto y otras prefieren recibirlo, una preferencia no quiere decir que las personas que prefieren dar afecto no disfruten también recibir amor o viceversa.

Familia Disfuncional: Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal.

Maltrato: El maltrato es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder), está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas.

Paradigma: Es un conjunto de compromisos compartidos dentro de los cuales hacen supuestos que permiten crear un marco conceptual a partir del cual se le da cierto sentido y significado al mundo. Dentro del paradigma se adquieren generalizaciones simbólicas, criterios metodológicos, compromisos ontológicos y ejemplares de solución (experimentos satisfactorios), los cuales serán integrados a manera de chip para guiar la forma en que se resuelven los problemas científicos y modelan nuestros marcos epistémicos, es decir, delimitan nuestros horizontes de conocimiento.

Percepción: Fenómeno de carácter mental provocado por la excitación procedente de los sentidos. Es la sensación bajo su aspecto cognoscitivo o representativo. La percepción es siempre un acto complejo compuesto de sensaciones actuales y remotas.

Sentimiento de Culpa: Es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno.

Sufrimiento: El sufrimiento es el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta un ser vivo. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad.

Terapia Post-racionalista: Es un modelo de intervención clínica psicológica que se describe al marco de las psicoterapias de orientación cognitivistas de surgimiento, en la segunda mitad del siglo XX y también a la revolución del constructivismo que surgió en su seno en los años 80 del mismo siglo.

Valoración: Es el sabernos aceptar con nuestro estilo de vida, nuestra personalidad y nuestros conflictos más profundos, al mismo tiempo que sabemos aceptar que existen las polaridades en nuestra vida.

Violencia Física: El uso de la fuerza para dañar al otro con todo tipo de acciones como empujones, jalones, pellizcos, rasguños, golpes, bofetadas, patadas y aislamiento. El agresor puede utilizar su propio cuerpo o utilizar algún otro objeto, arma o sustancia para lograr sus propósitos.

Violencia Psicológica: Es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción.

Violencia Sexual: Se refiere en primera instancia a la violación, pero también incluye la burla, la humillación o el abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro.

2.9. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.9.1. Hipótesis

La técnica la Moviola mejora la autoestima de las mujeres maltratadas de la casa de la Mujer, Riobamba Julio-Diciembre 2014.

2.9.2. Variables

2.9.2.1. Variable independiente:

La Moviola

2.9.2.2. Variable Dependiente

La Autoestima

2.10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Variable independiente La Moviola	Es una técnica psicoterapéutica de auto-observación para lograr en el paciente una visión más flexible de su propia experiencia y de las distintas tonalidades del individuo (Vittorio Guidano, 1987).	Técnica Psicoterapéutica	Preparación del contexto clínico e interpersonal Construcción del Marco terapéutico Análisis de la historia evolutiva personal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TÉCNICA <ul style="list-style-type: none"> • Observación Clínica • Encuesta ➤ INSTRUMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de seguimiento Psicoterapéutico. • Cuestionario
Variable Dependiente Autoestima	Valoración positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo. (Rosenberg, 1999).	Valoración de sí mismo	Autoestima Baja	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TÉCNICA <ul style="list-style-type: none"> • Reactivo Psicológico ➤ INSTRUMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoestima de Rosenberg.(1996)

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

Los métodos utilizados en el estudio son:

➤ MÉTODO CIENTÍFICO

Según (James B. Conant, 1962) “Es un conjunto de tácticas empleadas para constituir el conocimiento, sujetas al devenir histórico, y que eventualmente podrían ser otras en el futuro. Ello nos conduce tratar de sistematizar las distintas ramas dentro del campo del método científico”

➤ MÉTODO CLÍNICO

(Wilhelm Wundt 1893) “Son pasos ordenados que todo especialista aplica con el propósito de establecer un diagnóstico en sus pacientes”. La investigación se basa en la observación, entrevista y aplicación de test para determinar los efectos de la Moviola en el autoestima de las mujeres maltratadas.

➤ MÉTODO PSICOMÉTRICO

Leiva (2002), define: “Son instrumentos, piezas o aparatos que emplea el psicólogo para realizar su trabajo de investigación”, en este caso utilizaremos el test de Rosenberg para determinar el autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la mujer de Riobamba

➤ MÉTODO ANALÍTICO – SINTÉTICO

Este método estudia los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual y luego de forma holística e integra, para luego proceder a su discusión y comprobación de la hipótesis

- **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- **EXPLICATIVA:** Va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos: es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales, su interés se centra en explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables. Corresponde al presente estudio la Moviola en la autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba.

- **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

- **CUASI EXPERIMENTAL:** Esta investigación es cuasi experimental se ha controlado y manipulado absoluta de las variables, se basa fundamentalmente en la observación clínica de los fenómenos tal y como se ha dado en su contexto natural y posteriormente se ha procedido al análisis.
- **DE CAMPO:** Las investigaciones de campo es el análisis sistemático de problemas de realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia. El trabajo investigado es de campo por que se realizó en el lugar de los acontecimientos, es decir en la Casa de la mujer de Riobamba.

- **TIPO DE ESTUDIO**

- **TRANSVERSAL:** Porque se define en el tiempo, donde se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, es decir en el periodo Julio – Diciembre 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN:** El universo de la población que asisten a la Casa de la Mujer constituyeron de 40 mujeres, de edades comprendidas entre 32 a 45 años de instrucción primaria que asisten a esta institución.
- **MUESTRA:** El tipo de la muestra es no probabilística porque no se aplica ninguna fórmula para la selección de la muestra, la misma que fue en los criterios del investigador, se aplicó el test de Rosenberg quien determinó la existencia de baja autoestima siendo un total de 12 mujeres maltratadas de la población de la Casa de la Mujer.

INCLUSIÓN.

- Mujeres que presentan autoestima baja.
- Participación voluntaria a las sesiones terapéuticas.

EXCLUSIÓN.

- Mujeres que tuvieron autoestima normal.
- Mujeres que no colaboraron en las sesiones terapéuticas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

- **OBSERVACIÓN CLÍNICA:** Consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, etc., con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación.
- **ENCUESTA:** Es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario, prediseñado a identificar a las mujeres maltratadas para el estudio.

- **REACTIVO PSICOLÓGICO:** Técnica de medición utilizada para medir la conducta o ayudar a entender y presidir el comportamiento.

Para la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO:** (Anexo 1) Es un documento que sirve para tomar anotaciones de los progresos de las participantes después de haber acudido a una sesión terapéutica individual o grupal.
- **CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE MUJERES MALTRATADAS:** Es un cuestionario enfocado en averiguar si existe maltrato por sus pareja, consta de 11 preguntas cerradas, posterior a ello se aplicó el mismo a un grupo homogéneo, este cuestionario fue realizado por los investigadores.
- **ESCALA DE ROSENBERG:** Es un reactivo psicológico cuyo fin es medir el nivel de autoestima de las personas a las que se las aplica.
La escala de Rosenberg arroja resultados:
 - Autoestima Baja: puntuación entre 0 y 25
 - Autoestima Medio: puntuación entre 26 y 29
 - Autoestima Alta: puntuación entre 30 y 40

3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se hará uso de la estadística descriptiva utilizando el programa de Excel, que permite representar a través de tablas y gráficos los resultados obtenidos con los instrumentos aplicados para analizar la información misma permita llegar a las conclusiones y recomendaciones respecto del trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN

DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

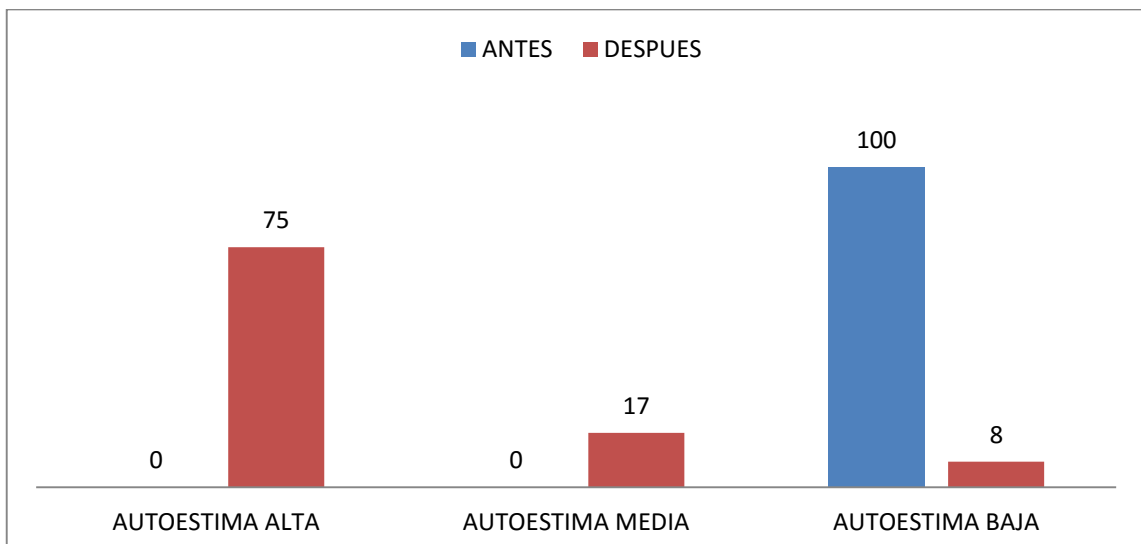
Tabla N° 1: Niveles autoestima de las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la moviola.

NIVELES DE AUTOESTIMA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
AUTOESTIMA ALTA	0	0%	9	75%
AUTOESTIMA MEDIA	0	0%	2	17%
AUTOESTIMA BAJA	12	100%	1	8%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Escala de Rosenberg aplicado a las mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer.

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano.

Gráfico N° 1: Niveles de autoestima de las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la moviola.



Fuente: Cuadro de los niveles de autoestima de las mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

PUNTAJES OBTENIDOS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG ANTES Y DESPUÉS DE LA INVESTIGACIÓN

PACIENTES	PUNTAJE		PUNTAJE	
	APLICACIÓN ANTES DE LA PSICOTERÁPIA	RESULTADO	APLICACIÓN DESPUÉS DE LA PSICOTERÁPIA	RESULTADOS
NN1	16	Autoestima Baja	30	Autoestima Alta
NN2	19	Autoestima Baja	32	Autoestima Alta
NN3	18	Autoestima Baja	31	Autoestima Alta
NN4	25	Autoestima Baja	29	Autoestima Media
NN5	19	Autoestima Baja	30	Autoestima Alta
NN6	16	Autoestima Baja	31	Autoestima Alta
NN7	16	Autoestima Baja	33	Autoestima Alta
NN8	18	Autoestima Baja	31	Autoestima Alta
NN9	18	Autoestima Baja	36	Autoestima Alta
NN10	19	Autoestima Baja	35	Autoestima Alta
NN11	17	Autoestima Baja	16	Autoestima Media
NN12	18	Autoestima Baja	20	Autoestima Baja

Fuente: Cuadro comparativo de la Escala de Rosenberg antes y después de la psicoterapia

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano.

ANÁLISIS: De la muestra investigativa el 0% presenta autoestima alta, el 0% autoestima media, y el 100 % autoestima baja posterior a la aplicación de la técnica se obtuvo que el 75% presentó autoestima alta, el 17% autoestima media y el 8% autoestima baja.

INTERPRETACIÓN: De la muestra investigada el 100% presenta autoestima baja.

Durante la primera aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg 12 pacientes que representan el 100% de la población poseían un nivel de autoestima baja por causa del maltrato, siendo evidente en estos pacientes sentimientos de inferioridad, inutilidad, tristeza, culpabilidad y frustración. Además este desequilibrio emocional repercutía en el proceso terapéutico experimentando, angustia, miedo al abandono, inseguridad y privación económica ante la problemática actual. Según Rosenberg, la autoestima baja es cuando la persona no se siente en disposición para la vida teniendo autocrítica rigorista, tendiente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma.

Posterior a la aplicación de la técnica psicoterapéutica la moviola siendo utilizada para la auto-observación y reconstrucción de la experiencia se pudo observar que el, 2 mujeres que representan el 17% presentaron autoestima media ya que mostraban una buena confianza en sí mismas pero al mismo tiempo sentían miedo, son personas que intentaban mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior sufrían y 1 paciente que representa el 8% tuvo autoestima baja debido a la irregularidad en la asistencia de la terapia y finalmente el 75% de la población alcanzaron autoestima alta, es decir que casi la totalidad de las pacientes adquirió una autoestima positiva siendo evidente en el cambio de actitud, afrontamiento, capacidad para relacionarse, son personas que se sienten seguras consigo mismas, además refieren sentirse capaces de afrontar a su familia ante situaciones conflictivas y tienen capacidad para reconocer sus propios logros en la vida. Además Rosenberg menciona que la autoestima alta es cuando equivale a sentirse capaz y valioso confiadamente apto para la vida, aceptado como persona, tienen una mayor probabilidad de alcanzar la felicidad, a la vez de conseguir lo que se propone.

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA
DE ROSENBERG ANTES Y DESPUÉS DE LA PSICOTERAPIA**

PREGUNTA N° 1

¿Siento que soy una persona digna al menos tanto como los demás?

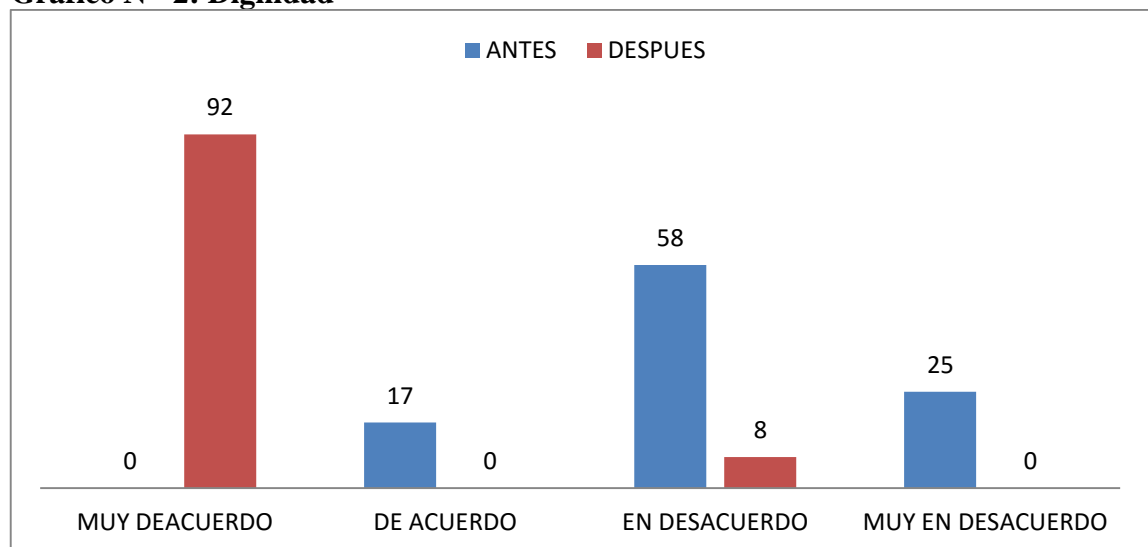
Tabla N° 2: Dignidad

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA PORCENTUAL (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	0	0%	11	92%
DE ACUERDO	2	17%	0	0%
EN DESACUERDO	7	58%	1	8%
MUY EN DESACUERDO	3	25%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 2: Dignidad



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la primera aplicación de la escala de autoestima, 2 mujeres que corresponde al 17% manifiestan que están de acuerdo con poseer dignidad en relación a las demás, evidenciando presentar una claro enfoque de poseer valoración personal ,7 que corresponde al 58% expresan estar en desacuerdo con la pregunta, considerándose seres sin dignidad ante la sociedad evidenciando un gran impacto emocional en la mujer maltratada, y 3 mujeres que corresponde al 25% refieren estar en muy en desacuerdo a causa de ser estimuladas a convertirse en personas inseguras, con miedos y bloqueadas ante conflictos. Según Yolanda Ruiz (2008) .Toda mujer que vive en un ambiente de humillaciones se adapta y pierde su dignidad porque ha aceptado el abuso de poder ejercido por el hombre, junto a este rasgo, y como consecuencia de dominio y de la manipulación, aparece la dependencia hacia el agresor.

En la segunda aplicación después de utilizar la técnica psicoterapéutica la moviola se observa que 11 mujeres que presentan el 92% de la población refieren estar muy de acuerdo con tener dignidad haciéndose valer como persona, se comportan con responsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí mismo y hacia los demás, y 1 participante que corresponde al 8% comenta estar en desacuerdo hace referente del no tener el valor humano para sentirse segura con libertad y poder para mejorar sus vida mediante la toma de decisiones.

PREGUNTA N° 2

¿Estoy convencida de que tengo cualidades?

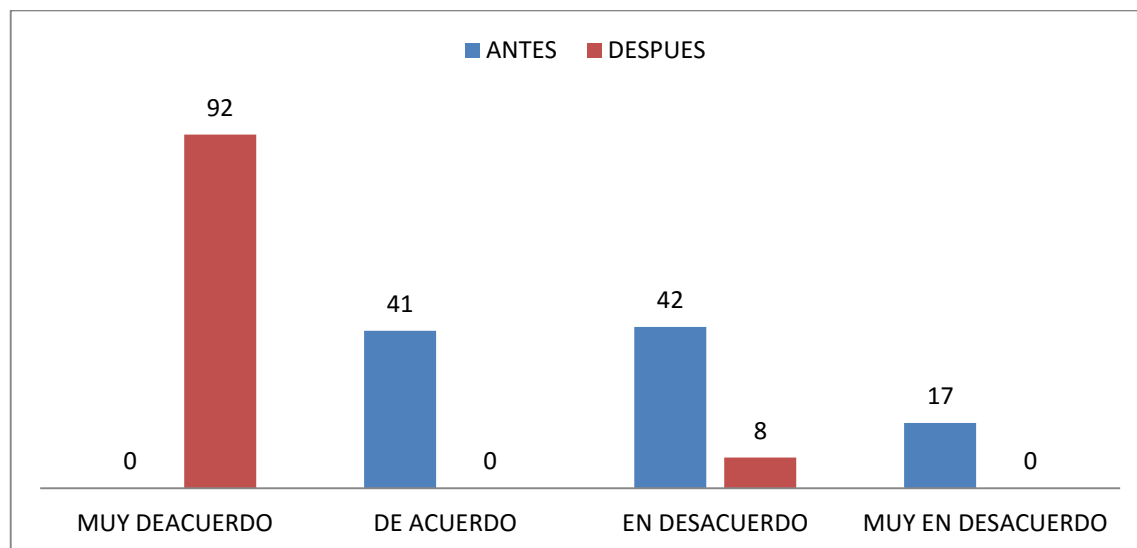
Tabla N° 3: Cualidades personales

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	0	0%	11	92%
DE ACUERDO	5	41%	0	0%
EN DESACUERDO	5	42%	1	8%
MUY EN DESACUERDO	2	17%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 3: Cualidades personales



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Al tomar la escala de autoestima por primera vez, 5 de las participantes que corresponden el 41% manifiestan estar de acuerdo con poseer cualidades positivas siendo una característica natural e innata del ser humano, 5 de las mujeres que corresponden al 42% comentan estar en desacuerdo al no tener cualidades a causa por miedo, inseguridad en las mujer maltratada impidiendo cambiar la conducta violenta procedente de la pareja siendo incapaces de actuar en contra de su cónyuge, evidenciando una vulnerabilidad extrema. Y 2 participantes correspondientes al 17% refieren estar en muy desacuerdo. Según Marcos Rojas en el año de (1996) comenta sobre la discriminación a la mujer dejando sin derechos a la libertad de expresión y la toma de decisiones, que conlleva a la aplicación de medidas de acciones negativas para compensar en situaciones históricas de exclusión.

En la segunda aplicación se denota que 11 de las participantes que corresponde al 92% comentan estar muy de acuerdo son persona positivas tiene su mente puesta en las soluciones, ve una solución ante cada problema y una posibilidad en cada imposibilidad, y 1 persona que corresponde al 8% refiere estar en desacuerdo ya que la violencia contra la mujer prevalece en todas las culturas, con leyes discriminatorias, y actitudes y prejuicios sociales.

PREGUNTA N° 3

¿Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?

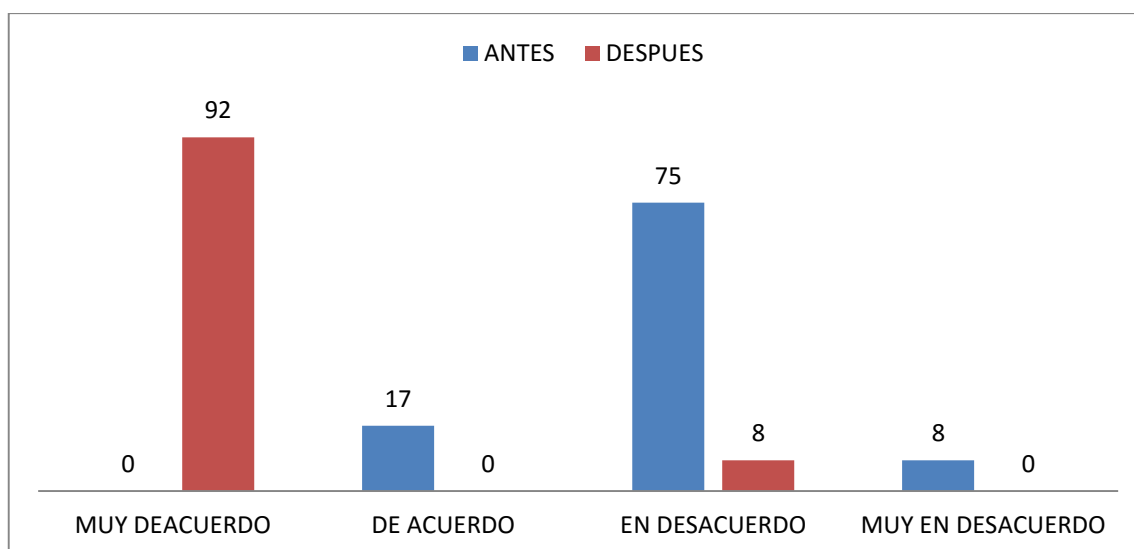
Tabla N° 4: Capacidad propia

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	0	0%	11	92%
DE ACUERDO	2	17%	0	0%
EN DESACUERDO	9	75%	1	8%
MUY EN DESACUERDO	1	8%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 4: Capacidad propia



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Al tomar la escala de autoestima por primera vez, 2 de las mujeres maltratadas que corresponden al 17% refieren estar de acuerdo siendo que las mujeres representan en la actualidad en la contribución laboral, económica, y social, 9 de las participantes que corresponden al 75% refieren estar en desacuerdo, Muchas mujeres en el mundo viven, sintiendo incapaces , siendo independientes de terceras personas ya sea por parte de su marido o algún miembro de la familia, es muy común ver que cada una de estas mujeres sigan sintiendo temor, y el 1 una de las participantes que corresponde al 8% comentan sentirse inútiles ante actividades familiares y laborales creando internamente desconfianza de sí mismas Según Hirigoyen en el año (2006).manifiesta que la incapacidad está arraigada en creencias como tener que soportar a sus maridos siendo una buena mujer y madre para evadir el miedo, evitan la separación, para no ser burladas o rechazadas por los demás o para no quedarse solas.

En la segunda aplicación de la escala de autoestima se observa la diferencia de los porcentajes siendo en 11 mujeres que corresponde al 92% soy capaces de hacer las cosas de una clara, precisa ,y sin presión demostrando en cada una de ellas seguridad consigo misma suma sus fortalezas, habilidades, conducta, e integra las experiencias del pasado y cómo se siente en la actualidad al ser aceptada por los demás, y 1 que corresponde al 8% comenta estar en desacuerdo estas personas se sienten incompletas, vacías donde su vínculo matrimonial es de humillación siendo ofendidas por su aparente discapacidad familiar o profesional siendo una experiencia desagradable.

PREGUNTA N° 4

¿Tengo una actitud positiva hacia sí misma?

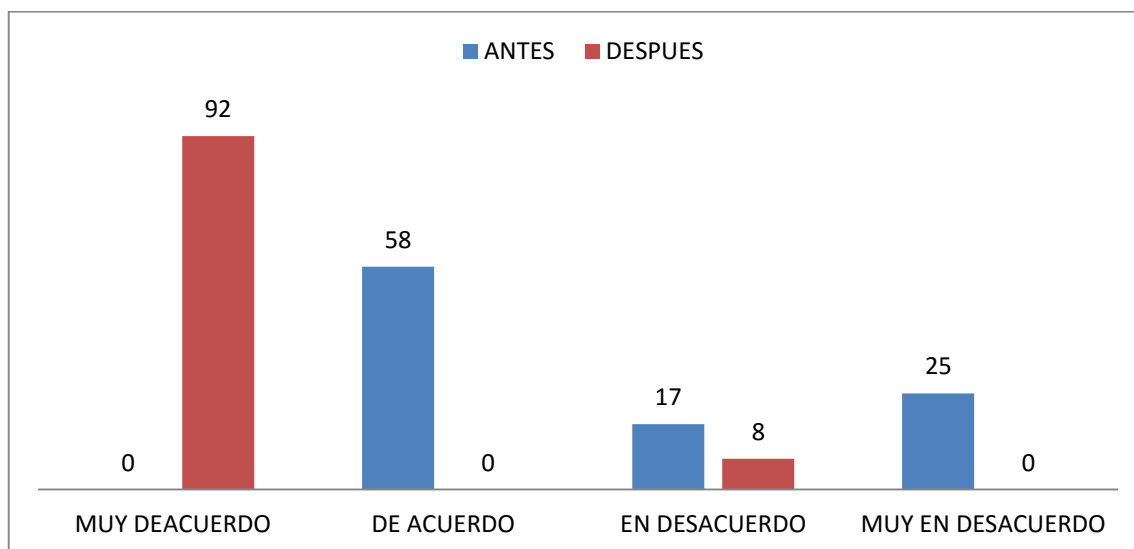
Tabla N° 5: Actitud positiva

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	0	0%	11	92%
DE ACUERDO	7	58%	0	0%
EN DESACUERDO	2	17%	1	8%
MUY EN DESACUERDO	3	25%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 5: Actitud positiva



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg, 7 mujeres que representan el 58% están de acuerdo que tienen una actitud positiva hacia sí mismas demostrando mediante sus pensamientos adecuados y el control de múltiples decisiones, 2 participantes que corresponden al 17% refieren estar en desacuerdo al pensar que no poseen una actitud positiva de sí mismas, 3 mujeres que representan el 25% están en muy en desacuerdo con la pregunta. Evidenciando de esta manera que las participantes que sufren maltrato se enfocan en las cosas negativas de su vida, afectando su nivel cognitivo, emocional y conductual, pensando que sus problemas no tiene solución, proyectando su futuro de forma negativa y proporcionando escasa importancia a su ambiente social.

Beethoven en 1995 dice: “La capacidad de controlar los eventos de la vida cotidiana y la proyecciones de futuro como proyectos planes hace a las personas competentes para controlar los eventos que le acontecen, desarrollando estrategias afectivas de afrontamiento”. Además podemos mencionar que estas características son ventajosas para desarrollar una actitud positiva y enfrentar la realidad de manera correcta ante cualquier situación.

Mientras que en la segunda aplicación 11 mujeres que corresponden el 92% manifiestan estar en muy de acuerdo con tener una actitud positiva hacia sí mismo, 1 mujer que representa el 8% refiere estar en desacuerdo en tener una actitud positiva hacia sí misma, reflejando y manteniendo esta pensamiento negativa.

PREGUNTA N° 5

¿En general estoy satisfecho conmigo mismo?

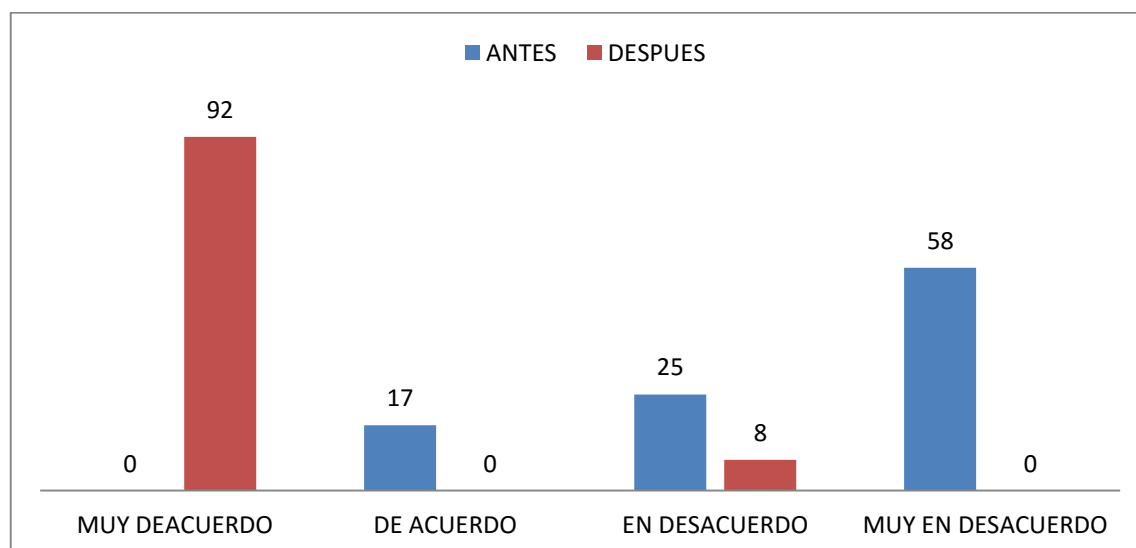
Tabla N° 6: Satisfacción

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	0	0%	11	92%
DE ACUERDO	2	17%	0	0%
EN DESACUERDO	3	25%	1	8%
MUY EN DESACUERDO	7	58%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 6: Satisfacción



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg 2 mujeres que representan el 17% refieren estar de acuerdo en sentirse satisfechas a pesar del maltrato que sufren, muestran optimismo creando fantasías de que su pareja algún día cambiará, 3 de las participantes que representan el 25% manifiestan estar en desacuerdo y 7 mujeres que corresponden al 58% refieren estar en muy desacuerdo a causa del maltrato, provocando en cada una de ellas destrucción en su integridad y su autopercepción lo cual ha generado una personalidad débil sensible y vulnerable produciendo insatisfacción ante actividades familiares y entorno.

Como afirma Pierre Bourdieu: “toda satisfacción personal está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se determina con diversas aspiraciones”.

En la segunda aplicación después del trabajo terapéutico 11 mujeres que corresponden el 92% manifiestan estar muy acuerdo en sentirse satisfechas y 1 mujer que representan el 8% refiere estar en desacuerdo, con sentirse satisfecha.

PREGUNTA N° 6

¿Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso?

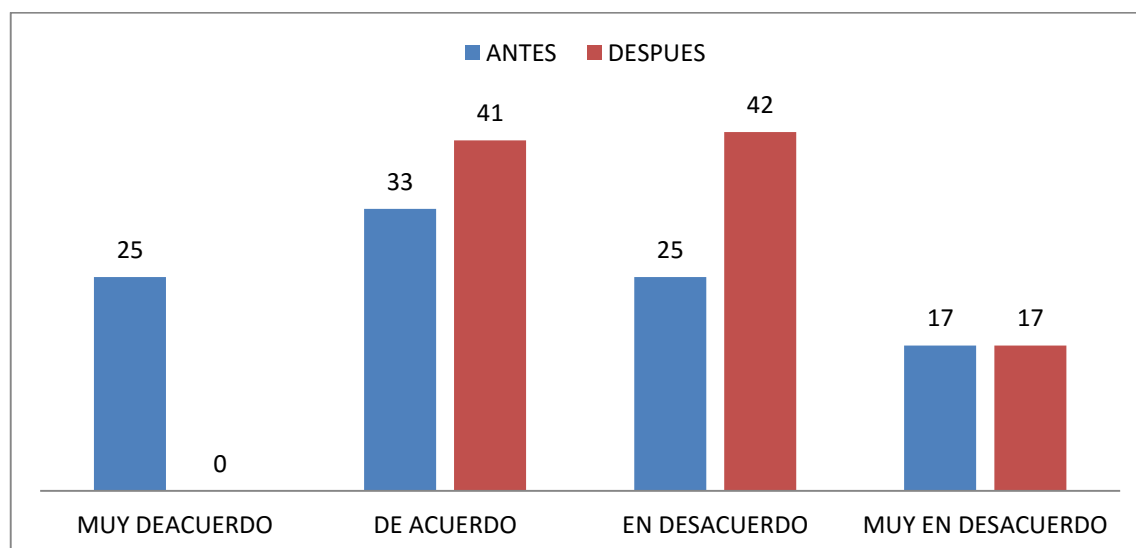
Tabla N° 7: Orgullo

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	3	25%	0	0%
DE ACUERDO	4	33%	5	41%
EN DESACUERDO	3	25%	5	42%
MUY EN DESACUERDO	2	17%	2	17%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 7: Orgullo



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg 3 mujeres que representan que el 25% respondieron estar muy de acuerdo que no tienen mucho para estar orgullosas, 4 mujeres que representan el 33% manifiestan estar de acuerdo que no tienen mucho para estar orgullosas, esto refleja que las mujeres maltratadas generalmente tiene una visión negativa de sus vidas sintiéndose incapaces de ser independientes y piensan que no tienen condiciones adecuadas para alcanzar sus metas. No experimentan sentimientos de satisfacción por las actividades que realizan. Mientras que 3 mujeres que representan el 25% refieren estar en desacuerdo en que no tienen mucho para estar orgullosas y 2 mujeres que corresponde al 17% manifiestan estar en muy desacuerdo, esto demuestra que existe un bajo porcentaje en las mujeres maltratadas que conservan una visión positiva de sí mismas.

Según Festinger (1958), el orgullo personal funciona en las conductas que implica en la interacción con otras personas. De esta manera, un mismo motivo puede ser personal o social en diferentes situaciones. El orgullo no obstante, exige motivos que llevan de forma implícita en el desarrollo del ser humano siendo un componente, social.

En la segunda aplicación se pudo observar que 5 mujeres que corresponden al 41% responden estar de acuerdo que no tienen mucho para estar orgullosas mostrando un cambio mínimo pero positivo existiendo una variación de porcentajes en relación con el primero, 5 mujeres que corresponden al 42% manifiestan estar en desacuerdo en que no tienen mucho para estar orgullosas y 2 mujeres que corresponden al 17% refieren estar en muy desacuerdo para estar orgullosas, verificando así que la técnica empleada causa efectos positivos en las mujeres maltratadas disminuyendo los pensamientos negativos que tenían sobre sí mismas, visualizando las razones por las cuales deben sentirse orgullosas, este sentimiento se define como una gran respeto a uno mismo lo cual debe tener un equilibrio para ser saludables.

PREGUNTA N° 7

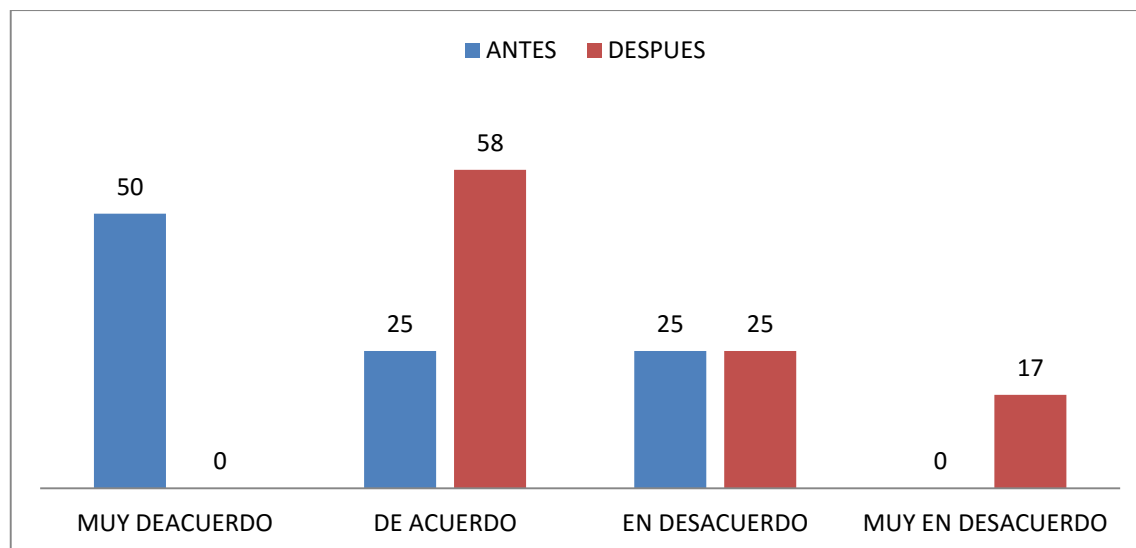
¿En general me inclino a pensar que soy una fracasada?

Tabla N° 8: Pensamientos de fracaso

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	6	50%	0	0%
DE ACUERDO	3	25%	7	58%
EN DESACUERDO	3	25%	3	25%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	2	17%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer
Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 8: Pensamientos de fracaso



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer
Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN ANÁLISIS:

Durante la primera aplicación 6 mujeres que presentan el 50% refieren estar muy de acuerdo en inclinarse a pensar que son fracasadas y también 3 mujeres que representan el 25% están de acuerdo a pensar que son fracasadas. Esto hace referencia a que las mujeres maltratadas experimentan sentimientos de inferioridad y falta de valía personal debido al sufrimiento existiendo cambios en su entorno social y familiar donde se ven limitadas a realizar actividades que lleven a cabo. Además manifiestan sentirse restringidas económicamente. Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el fracaso es un suceso lastimoso inopinado y funesto, 3 de estas mujeres que representan el 25% de la población refieren estar en desacuerdo en pensar que son un fracaso.

En la segunda aplicación 7 mujeres que representan el 58% respondieron que están de acuerdo en que se inclina a pensar que es una fracasada lo cual nos da a conocer que 3 mujeres que representan el 25% están en desacuerdo a pensar que son un fracaso y 2 personas que corresponden al 17% refieren estar en muy desacuerdo en pensar que son un fracaso debido a que son personas que tienen pensamientos positivos sobre su vida.

PREGUNTA N° 8

¿Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo?

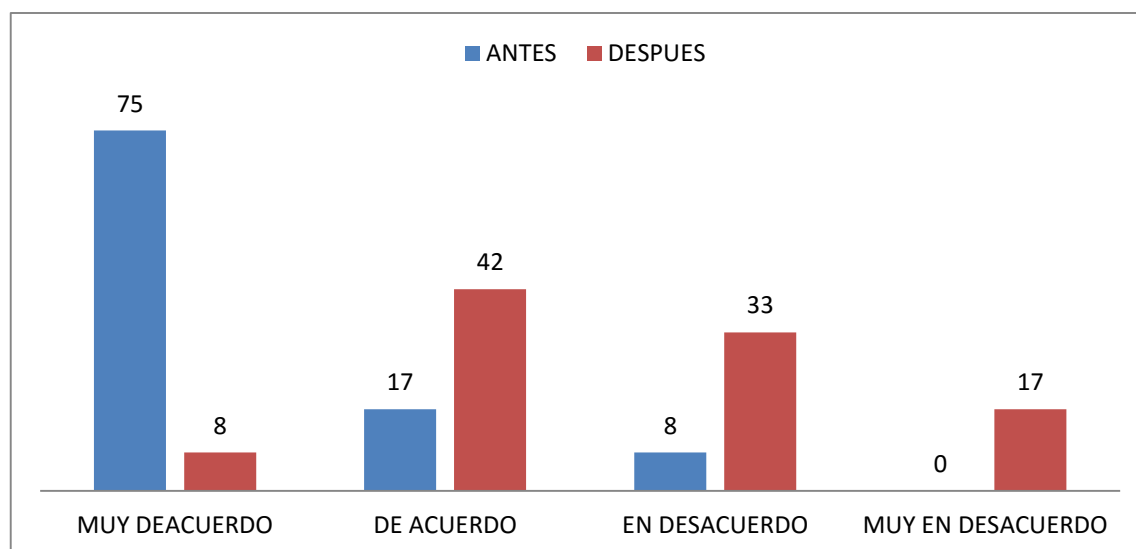
Tabla N° 9: Respeto por sí mismo

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	9	75%	1	8%
DE ACUERDO	2	17%	5	42%
EN DESACUERDO	1	8%	4	33%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	2	17%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 9: Respeto por sí mismo



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la pregunta referente a si a la participante le gustaría sentir más respeto por sí misma durante la primera aplicación, 9 mujeres que representan el 75% manifiestan estar muy de acuerdo en que le gustaría sentir respeto por sí misma, 2 participantes que representan el 17% respondieron estar de acuerdo en que les gustaría sentir más respeto, lo que demuestra que las mujeres maltratadas no poseen un nivel adecuado de respeto por sí mismas, debido a que se sienten humilladas, fracasadas como madres y esposas. Y finalmente 1 de las mujeres que representa el 8% comentan estar en desacuerdo con que le gustaría sentir más respeto por sí mismas denotando los sentimientos la consideración es una arma fundamental para el manejo de la identidad. Piaget en su libro *La Nueva Educación Moral*, afirma que el respeto es un sentimiento fundamental que posibilita la adquisición de las nociones morales.

En la segunda aplicación 1 mujer que representa el 8% está muy de acuerdo en que le gustaría poder sentir más respeto por sí misma, 5 participantes que representan el 42% manifiestan estar de acuerdo con que les gustaría poder sentir más respeto por sí mismas tomando en cuenta que respetar el sí mismo significa conservar una actitud de auto aceptación, 4 mujeres que representan el 33% refieren estar en desacuerdo en sentir respeto por sí mismas, generalmente son personas que sienten no ser capaces de poder enfrentar su problema con seguridad. Y finalmente 2 mujeres que representan el 17% refieren estar en muy desacuerdo.

PREGUNTA N° 9

¿Hay veces que realmente pienso que soy una inútil?

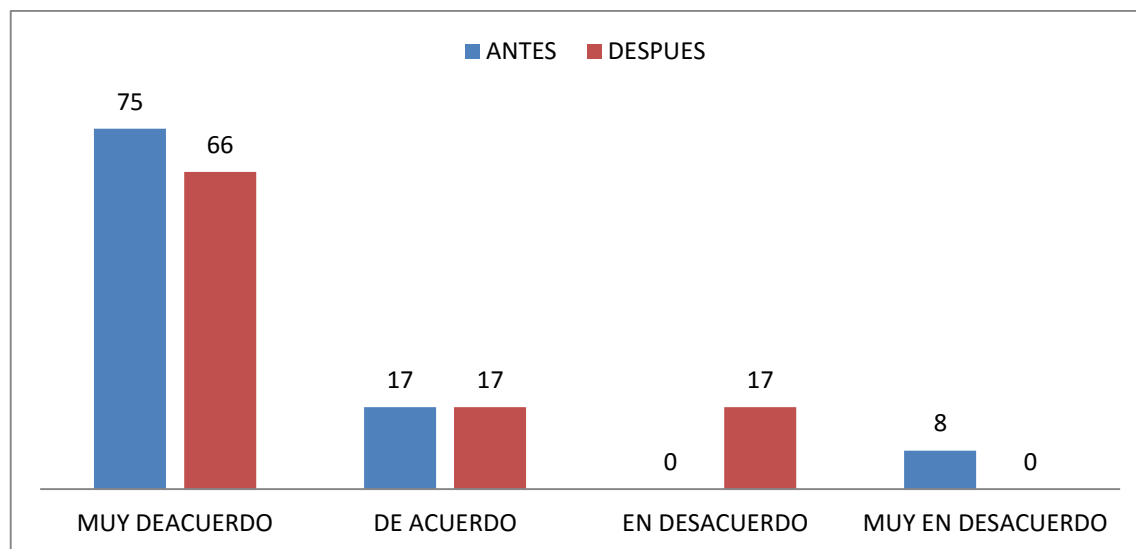
Tabla N° 10: Inutilidad

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	9	75%	8	66%
DE ACUERDO	2	17%	2	17%
EN DESACUERDO	0	0%	2	17%
MUY EN DESACUERDO	1	8%	0	0%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 10: Inutilidad



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer

Elaborado: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación sobre lo referente a sentimientos de inutilidad 9 participantes que representan el 75% refieren estar muy de acuerdo en que hay veces que realmente se sienten inútiles, 2 mujeres que corresponden al 17% manifiestan que se encuentran de acuerdo en que hay veces que se sienten inútiles. Cerca de la totalidad de las mujeres han presentado sentimientos de inutilidad, sentían que no eran totalmente capaces de efectuar diferentes actividades de un modo correcto, consideraban que todo lo que realizaban lo hacían mal o no tenían valides y que su capacidad de llevar a cabo en diferentes actividades había terminado. Se puede denotar que la autoestima está gravemente afectada siendo una actitud / sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características e incluye sentimientos de satisfacción consigo misma (Rosenberg, 1965). Y finalmente 1 persona que representa el 8% refiere estar en muy en desacuerdo que hay veces que realmente piensan que son inútiles.

En la segunda aplicación 8 mujeres que representan el 66% están muy de acuerdo en que hay veces que realmente piensan que son inútiles, 2 que representan el 17% están de acuerdo de que se sienten inútiles, cabe mencionar que en esta pregunta no existió variación de porcentajes lo cual se mantiene, y finalmente 2 mujeres que representan el 17% manifiestan estar en desacuerdo con que hay veces que realmente se sienten inútiles. Posterior a la aplicación de la técnica las repuestas fueron suplidas notándose así que las mujeres maltratadas han cambiado su perspectiva sobre su cualidades, es decir que la mayoría de las mujeres actualmente experimentan sensación de aprecio personal, se sienten útiles para sí mismas y para su entorno familiar y social.

PREGUNTA N° 10

¿A menudo creo que no soy una buena persona?

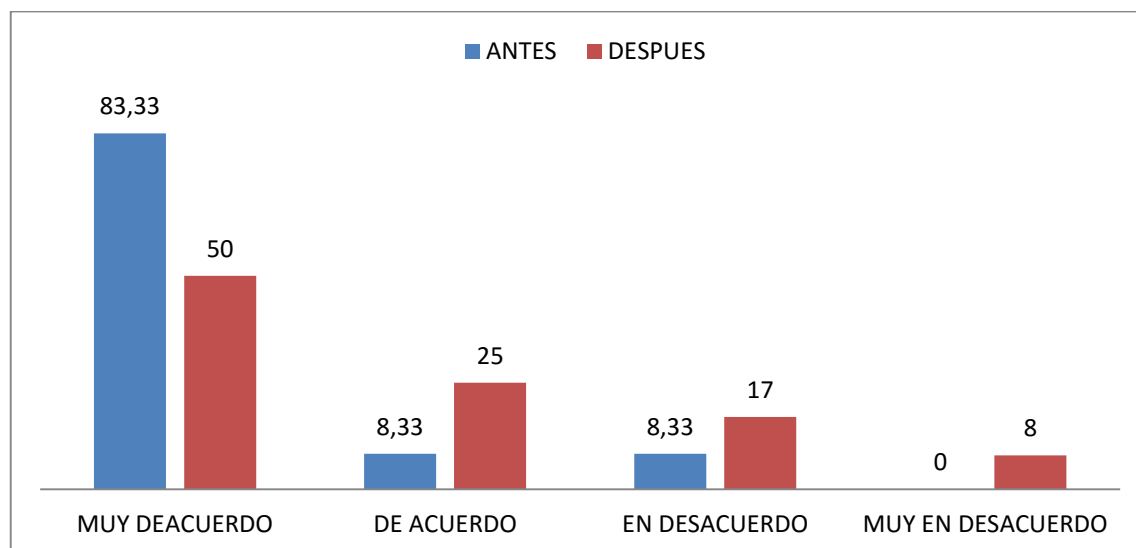
Tabla N° 11: Buena persona

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)	FRECUENCIA ABSOLUTA (f) RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL (%)
MUY DE ACUERDO	10	83.33%	6	50%
DE ACUERDO	1	8.33%	3	25%
EN DESACUERDO	1	8.33%	2	17%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	1	8%
TOTAL	12	100%	12	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

Gráfico N° 11: Buena persona



Fuente: Cuadro de la encuesta aplicada a mujeres de la Casa de la Mujer

Elaborado por: Alexandra Gusqui y Cumandá Sanaguano

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación se evidenció que la respuesta a la pregunta referente, a que si a menudo cree que no es una buena persona, las pacientes respondieron 10 mujeres que corresponden al 83% refieren estar muy de acuerdo a que a menudo creen no son buenas personas, 1 mujer que representa el 8.33% refiere estar de acuerdo a que a menudo no son buenas personas, es decir su valores y virtudes se encuentran opacadas por las complicaciones que vivenciaban a causa de la violencia, además mencionaban que debido al maltrato su familiares se encontraban más violentos de lo común. Para Alejandro Rozitchner ser buena persona significa “Desear el bien al otro para el desarrollo. Por mero amor de lo que es por cuidado y aceptación, por regocijo existencial. No es que el bueno quiero que las cosas crezcan por sí, el bueno siente amor, tiene habilitada en su sensibilidad la experiencia del amor, dirige ese amor hacia las cosas y las personas, y encuentra siempre procesos de crecimiento”. Y finalmente el 8.33% de la población que es representada por una persona responde en desacuerdo en que a menudo cree que no es una buena persona.

En la segunda aplicación 6 mujeres que representan el 50% refieren estar muy de acuerdo en que a menudo cree que no es una buena persona, 3 participantes que corresponden al 25% de la población indicaron que están de acuerdo en que a menudo creen que no son una buena persona, 2 mujeres que corresponden el 17% están en desacuerdo debido a que se consideran que son malas personas y para terminar 1 mujeres que representa el 8% de la población está en muy en desacuerdo a que a menudo cree que no es una buena persona. Con la aplicación de la técnica ya mencionada las cogniciones negativas y conductas cambiaron en la mayoría de la población evidenciando que ahora las mujeres pueden notar que poseen grandes cualidades, valores y virtudes.

4.1. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Concluida la investigación se obtuvo los siguientes resultados: Mediante la aplicación del test de Rosenberg se determinó inicialmente la presencia de autoestima baja siendo el 100% de la población que presentaron esta problemática, pero posterior a la técnica psicoterapéutica la Moviola un 75% presenta autoestima alta, 17% autoestima mediana y el 8% autoestima baja

Demostrándose con estos resultados que “La Moviola” si influye positivamente en el manejo de la autoestima en mujeres maltratadas, debido a que brinda resultados positivos como la disminución de los pensamientos erróneos y en la reestructuración del estilo afectivo mediante los procesos de autoengaño que han sostenido la imagen de la figura referencial con la correlación entre el desequilibrio percibido y el cambio de la figura afectiva, siendo esta una modalidad del individuo utilizada para afrontar las discrepancias. Comprobándose a si la hipótesis planteada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al terminar con el trabajo investigativo se concluye lo siguiente:

- La técnica psicoterapéutica la Moviola fue eficaz al aplicar en mujeres maltratadas, brindándonos resultados positivos como el mejoramiento de su autoimagen, independencia, seguridad, disminución de sus pensamientos negativos y preocupándose por su apariencia física.
- Una vez aplicado la escala de autoestima de Rosenberg se determinó que 12 mujeres maltratadas presentaron autoestima baja, siendo esta la población del presente estudio y constituyendo el 100% de ellas con autoestima baja, esto se debe a que durante el proceso de diagnóstico y tratamiento las mujeres maltratadas, presentaron dificultades emocionales como las antes mencionadas, lo que imposibilitó establecer el sentido de vida ante la realidad actual.
- En base a los resultados obtenidos se desarrolló la técnica psicoterapéutica la Moviola dirigida a mujeres maltratadas de la Casa de la Mujer de Riobamba en el período Julio – Diciembre 2014 al entablar un diálogo clínico, utilizando las siguientes temas: Escucha empática, auto-observación, terapia de relajación, focusing, diálogo socrático, técnica del espejo, enfoque y reordenamiento de la experiencia, árbol de la autoestima, reconstrucción del estilo afectivo, línea de vida y metáfora con el fin estructurar su sentido de vida y disminuir el nivel bajo de autoestima.
- Después de la intervención psicoterapéutica la Moviola se realizó la posterior aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg obteniendo que el 17% presentó autoestima media, el 8% presentó autoestima baja y el 75% presentó autoestima alta, esta técnica fue eficaz aplicarla en mujeres maltratadas ya que se logró en cada participante, homeostasis emocional, seguridad, aceptación de sí misma, ser consciente del problema y la toma de decisiones elevando su autoestima.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con aplicación de la técnica la Moviola dando continuo seguimiento en los respectivos casos de maltrato, ya que se observó en las participantes autonomía y aceptación personal mejorando su calidad de vida, seguridad en sí mismas y estabilidad emocional.

- Se sugiere que los profesionales de la salud mental utilicen el test de Rosenberg en mujeres que presentan violencia por parte de su pareja siendo psicológico, físico verbal y sexual, con el fin de conocer el nivel de su autoestima.

- Que los Profesionales de la Salud Mental utilicen la técnica la Moviola en personas con baja autoestima, siendo una técnica eficaz que se enfoca en modificar la cognición y estados emocionales que exterioriza el individuo.

- Se recomienda a la Casa de la Mujer cuente con un equipo multidisciplinario con profesionales de salud mental, para brindar atención psicológica utilizando esta técnica en mujeres que presentan baja autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, Ángeles (2002). Guía para mujeres maltratadas. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha,
- BALBI, Juan (1994), La Mente narrativa: Hacia una Concepción Posracionalista de la Identidad Personal. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- CAMPOS. & MUÑOZ. (1992). Características de las personas con Baja autoestima .Miami, Editorial Paidós
- COLEMAN, (2003). Psicología de la adolescencia. 4ta edición España pág. 21, 22
- COOPERSMITH, S. (1976) Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. Ediciones Universidad de Salamanca
- CORSI J. (1995) Violencia masculina en la pareja. Argentina: Paidós Labrador
- GALEÓN, (1999).Causas del maltrato en la mujer. Renovación. Edición paidos.
- GUIDANO, Vittorio (1994) Procesos Cognitivos y Desordenes Emocionales.(1983) Editorial Cuatro Vientos (Trad. al Español 2006)
- GUIDANO, Vittorio F. y LIOTTI, (1983) (Traducido al Español, 2006) Giovann Procesos Cognitivos y Desordenes Emocionales. Editorial Cuatro Vientos
- MAHONEY, Michael J (1995). Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. España: Descleé de Brouwer.
- MCKAY Y FANNIG (1991). Autoestima evaluación y mejoramiento. Ediciones Martínez Roca, S,A
- ROSENBERG, (1999).La Autoestima y sus estigmas, edición 1998.
- CONSUELO RUIZ-JARABO Y PILAR BLANCO (2006) La violencia contra las mujeres. Prevención y Detección. Año de Edición 2004.
- SATIR, Virginia. (1991) Relaciones interpersonales en el núcleo familiar. Editorial Pax México.

- YOLANDA RUIZ. (2008). La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención. Edición España .S.A.
- ZAGMUTT AUGUSTO, (2004) "Terapia Comportamental e Cognitivo Comportamental, Prácticas Clínicas". Capítulo 52, pág. 459. Editores Cristiano Nabuco de Abreu y Hálío José Guilhardi. Roca. Sao Paulo, 2004.

WEBGRAFÍA

- Departamento de salud mental. Elevada. Chile (2000) 5 Ejercicios para mejorar la autoestima y 12 beneficios de la autoestima (<https://psicologosenlinea.net/5639-5-ejercicios-para-mejorar-la-autoestima-y-12beneficios-de-la-autoestima-elevada.html>)
- Red Randy Pauch (.1998)Consejos Para Subir Tu Autoestima Y Motivación <http://fortalecetuautoestima.com/blog/como-subir-tu-autoestima-y-motivacion.html>
- Drogodependencia Título UB. Modalidad Online. Docentes (2012). Método de la Autoobservación.La.Moviola Posracionalismo.De.Vittorio.Guidano). <http://www.articuloz.com/psicoterapia-articulos/metodo-de-la-autoobservacion-la-moviola-posracionalismo-de-vittorio-guidano-6231704.html>
- Vittorio Guidano en chile.(2001)Sociedad chilena de terapia Posracionalista <http://www.posracionalismo.cl/imagenes/vguidano.pdf>.
- Revista Chilena de Neuropsicología.(2007).Psicoterapia y procesos empáticos (2008) <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/781035-rcnp2008v3n1-16.pdf>
- Ruiz Alfredo (1999).Enfoque post racionalista moviola en la depresión.(2005)
- http://ww2.educarchile.cl/personas/sergioqv/gfx/guidano_posracionalismo.pdf
- Cuestión de vida, cladem (2000), comité de américa latina y el caribe para la defensa de los derechos de la mujer) Carmen lores domingo universidad nacional de educación a distancia. España (2005)la violencia de género. <http://cederul.unizar.es/noticias/chile3/libro/06.pdf>
- Pilar López Díez. (1997)La violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género en el programa Tolerancia Cero. <http://www.pilarlopezdiez.eu/documents/TOLERANCIACERO68pgs.-completo>.

- Seminario de Formación en Derechos Humanos, Género y Violencias dictado por el Programa Género de la Secretaría de Ex-tensión Universitaria (UNC) durante el 2009.<http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/genero/acciones-realizadas/derechos-humanos-y-violencia-de-genero/carmen-argibay-en-la-presentacion-del-libro-derechos-humanos-genero-y-violencias-1/LIBROGeneroFinalLow.pdf>
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. (2003) MADRID. Hombres y violencia de género más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. http://www.vilafranca.cat/doc/doc_20537404_1.pdf

ANEXOS

**ANEXO N° 1.- FICHA
DE SEGUIMIENTO
PSICOTERAPÉUTICO
(MODELO).**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

FECHA	TÉCNICA UTILIZADA	EVALUACIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN

**ANEXO 2.-
CUESTIONARIO**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

OBJETIVO: El presente cuestionario se realiza con el objetivo de identificar a mujeres que sufren maltrato.

INSTRUCCIONES:

- Lea detenidamente las preguntas antes de contestar.
- Conteste con total honestidad y veracidad posible.
- Marque con una X en el recuadro la respuesta que considere correcta.
- La encuesta es anónima.

DATOS INFORMATIVOS

Edad: _____ **Instrucción:** _____ **Estado Civil:** _____

Ocupación: _____

CUESTIONARIO

1.- ¿Usted recibe insultos por su pareja?

SI

NO

2.- ¿Cree usted tener derechos que favorezcan a la mujer en la constitución?

SI

NO

3.- ¿Usted siente que su pareja le controla en sus actividades cotidianas?

SI

NO

4.- ¿Evita ir a eventos sociales o reuniones de familia por no discutir con su pareja?

SI

NO

5.- ¿Tu pareja te crítica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas en casa?

SI

NO

6. ¿Su pareja le acusa de infidelidad constantemente?

SI

NO

7 ¿Ha existido intentos autolíticos después de una discusión?

SI

NO

8. ¿Tiene tu pareja cambios de actitud se comporta distinto contigo en público, como en privado?

SI

NO

9. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

SI

NO

10. ¿Después de un episodio violento, te menciona que todo va a cambiar?

SI

NO

11. ¿Cree usted que su pareja tiene problemas emocionales?

SI

NO

**ANEXO N° 3.- ESCALA
DE AUTOESTIMA DE
ROSENBERG**

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Para la realización de la investigación se empleará el reactivo psicológico la Escala de Autoestima de Rosenberg, con el objetivo de identificar la baja autoestima en las mujeres que acuden a la casa de la mujer de Riobamba

Indicaciones; Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están anunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto-administrado.

Interpretación: De los ítems 1-5, las respuestas A y D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 las respuestas A a D se puntúan de 1-4.

De 30-40: Autoestima elevada considerada como autoestima normal

De 26-29: Autoestima medio no presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano la consistencia interna de las escalas se encuentran entre 0,76 y 0,87 .La fiabilidad es de 0,80

MODELO DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Conteste las siguientes frases con la respuesta que usted considere más apropiada.

A.- MUY DE ACUERDO

B.- DE ACUERDO

C.-EN DESACUERDO

D.-MUY EN DESACUERDO

	A	B	C	D
1.-Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.- Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3.- Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente.				
4.-Tengo actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5.-En general estoy satisfecho /a de mí mismo/a.				
6.- Siento que no tengo mucho de lo que debó estar orgulloso.				
7.-En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8.- Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9.- Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10.- A veces creo que no soy buena persona.				

ANEXO 4

HISTORIA

PSICOLÓGICA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

1.-DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Sexo:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Procedencia:

Residencia:

Instrucción:

Ocupación:

Condición:

2.-MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.-HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Enfermedad Actual:

.....
.....
.....
.....
.....

Evolución de la enfermedad:

.....
.....
.....
.....
.....

4.-ANAMNESIS

❖ Anamnesis normal y patológica

Etapa prenatal:

.....
.....
.....

Etapa natal:

.....
.....
.....

Etapa posnatal:

.....

.....
.....

Primera infancia:

.....
.....
.....

Segunda infancia:

.....
.....
.....

Tercera infancia:

.....
.....
.....

Pubertad:

.....
.....
.....

Adolescencia:

.....
.....
.....

Juventud:

.....
.....
.....

Senitud:

.....

.....
.....

❖ Anamnesis familiar y patológico:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.-EXÁMENES DE FUNCIONES PSÍQUICAS:

Hábitos :

.....
.....
.....

Instintos:.....

.....
.....

Esfera activa:

.....

Esfera afectiva:

.....

Esfera volitiva:

.....

6.-RESULTADOS DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS

.....
.....
.....
.....
.....

7.-RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

.....
.....
.....

8.-DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

.....
.....

9.-DIAGNOSTICO INFORMAL:

.....
.....

10.-DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

FORMAL:

INFORMAL:

11.-PRONOSTICO

.....
.....
.....

12.-TRATAMIENTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13.-RECOMENDACIONES

.....
.....
.....
.....
.....

.....

FIRMA

**ANEXO 5 CASA DE LA
MUJER DE RIOBAMBA**



VISIÓN

La casa de la mujer es una organización nacional autónoma, pluralista, proactiva con estructura alternativa representativa y participativa y de liderazgo colectivo que reconoce y respeta la diversidad que incide en la transformación en construcción de una sociedad solidaria y con equidad.

MISIÓN

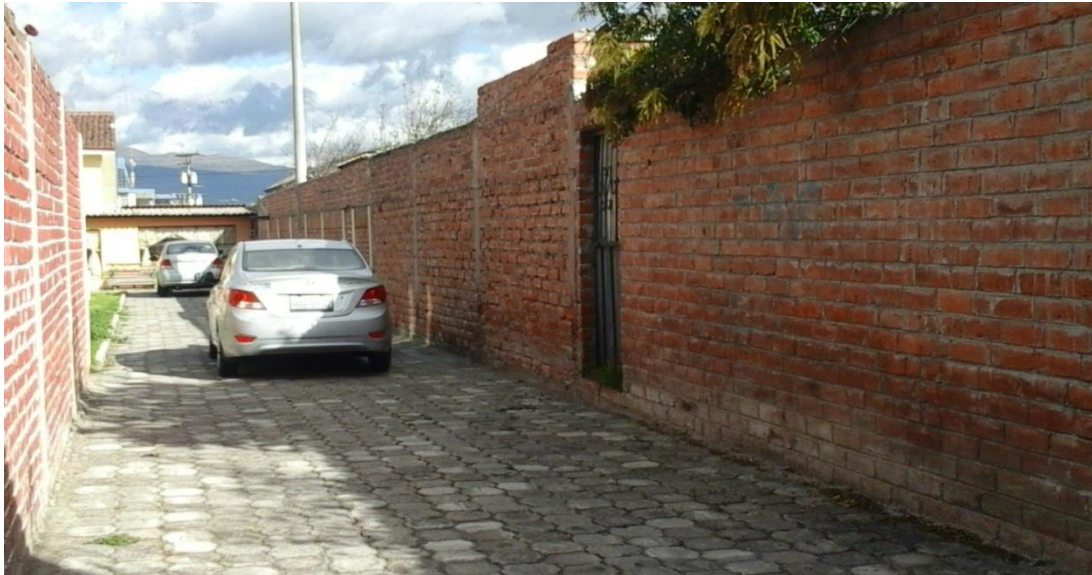
Promueve a la ciudadanía plena de las mujeres, fomentar liderazgo ético democrático, solidario e incluyente construye propuestas para el ejercicio cotidiano de los derechos sociales, culturales de la mujer en su diversidad.

**ANEXO 6 CASA DE LA
MUJER DE RIOBAMBA**

PARTE FRONTAL DE LA INSTITUCIÓN



ENTRADA A LA INSTITUCIÓN



DINÁMICA REALIZADA EN LA INSTITUCIÓN



PRESENTACIÓN DEL TEMA



ELABORACIÓN DE ARTESANÍAS REALIZADAS POR LAS PARTICIPANTES DE LA CASA DE LA MUJER



**ANEXO 7 FICHAS DE
REGISTRO Y
SEGUIMIENTO
TERAPÉUTICO**

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO			
FECHA	TÉCNICA UTILIZADA	EVALUACIÓN CLÍNICA	INTERVENCIÓN
08/12/2014	Componentes terapéuticos I	Labilidad Emocional Rigidez	Se realizó la recolección de datos para la elaboración de la historia clínica se promovió expectativas responsabilidades, compromisos en las participantes , se crea un ambiente rapport empatía con el fin de establecer una buena alianza terapéutica condición necesaria para la eficacia de la intervención
15/12/2014	Escucha empática Dialogo socrático	Timidez Confusión Contestación con monosílabos	Se trabaja en la dimensión de la escucha empática, dialogo clínico y se finaliza con la recolección de datos para la elaboración de la historia clínica, los síntomas repetitivos que aqueja a estas mujeres son sentimiento de culpa desvalorización tristeza, sentimientos de inseguridad, solución les cuesta tomar decisiones por el hecho de ser dependientes de sus parejas.
22/12/2014	Auto observación terapia de relajación (control de respiración)	Desvalorización Llanto fácil Ansiedad	Se procede a investigar y recordar los eventos significativos de la percepción del problema mediante la elaboración de preguntas e hipótesis sobre sí mismas, además se desarrolló la terapia de control de respiración con el fin de disminuir la ansiedad de estas mujeres.
29/12/2014	Focusing Metáfora	Sentimientos de inferioridad Culpabilidad Tristeza	Se establece el proceso de ir y venir las escenas focalizando un recuerdo significativo importante para encontrar el significado del problema, se contribuye también con la metáfora siendo un elemento para sustituir uno por otro en una misma estructura de lo que se asemeja. Se logra en las pacientes la disminución de los pensamientos negativos.
05/01/2015	Técnica del espejo	Nerviosismo Participativas	Mediante la aplicación de esta técnica se pudo demostrar en las pacientes lo valiosas que son, contribuyendo en el mejoramiento de su auto concepto, demostrando su condición de ser únicas e irremplazables, para que puedan valorarse tal cual son en su integridad de persona.
12/01/2015	Enfoque y reordenamiento	Colaboradoras Estabilidad emocional	El objetivo de esta técnica fue identificar y anotar los eventos significativos de la semana focalizando por cada escena la diferencia entre la experiencia

	de la experiencia	Conscientes del problema	inmediata y al explicación. Se logra que las participantes analicen el cómo y el porqué del maltrato.
19/01/2015	Árbol de la autoestima	Colaboradoras Espontaneas Seguras	Se realiza esta técnica con el objetivo de evaluar la vida de cada participante de manera simbólica, reuniendo la forma visual de todas las cualidades positivas y logros conseguidos en la vida de manera que al ver la elaboración de su árbol de vida de la autoestima, puedan ver una imagen positiva de sí misma.
26/01/2015	Reconstrucción de estilo afectivo	Tranquilidad Confianza Motivadas	En la reconstrucción del estilo afectivo se logra describir los eventos significativos vividos cotidianamente, relacionado el problema, su auto percepción y la explicación de los momentos vividos de acuerdo con sus pensamientos y sentimientos, facilitando la contratación de la situación del problema inicial y la explicación del presente.
02/02/2015	Línea de vida	Participativas Seguras Visión positiva Tranquilidad	La realización de esta técnica consistió en que las participantes crearan una línea imaginaria o grafica en donde se anotó los acontecimientos más relevantes de su vida, resaltando momentos de cambio, experiencias importantes y modificaciones en el rumbo de la historia personal, así como proyecciones futuras. Las pacientes muestran gratificación por el cambio de su estado emocional.
09/02/2015	Dialogo socrático	Optimistas Homeostasis Sentimientos de amor hacia sí mismas Valoración	El dialogo socrático tiene la temática de optimizar el entorno personal familiar con búsqueda sentido y soluciones centrándose en los problemas, valorando lo vivido metas a corto y largo plazo la actividad se la realiza con buen actitud logrando en las pacientes estabilidad psíquica.
16/02/2015	Cierre terapéutico análisis evolutivo	Independientes Seguras Aprendieron a tomar decisiones por si mismas Autoimagen positiva Elevaron su autoestima	En esta fase las participantes reconocieron su valor como persona reflejan mayor conciencia de sí mismas demostrando seguridad y auto confianza en cada participante. Se realizó la reconstrucción de la historia evolutiva identificando los eventos significativos, recopilando eventos cargados de afecto haciendo que la pareja vaya de atrás y adelante a través de su historia evolutiva para reordenar las experiencias inmediatas criticas