

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO
CONSECUENCIA DE UN HECHO VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT 2012”**

**KATHERINE DENISE RAMÍREZ CASTELLÓN
RUTH NOEMÍ GARCÍA SABÁN**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA
DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT 2012”**

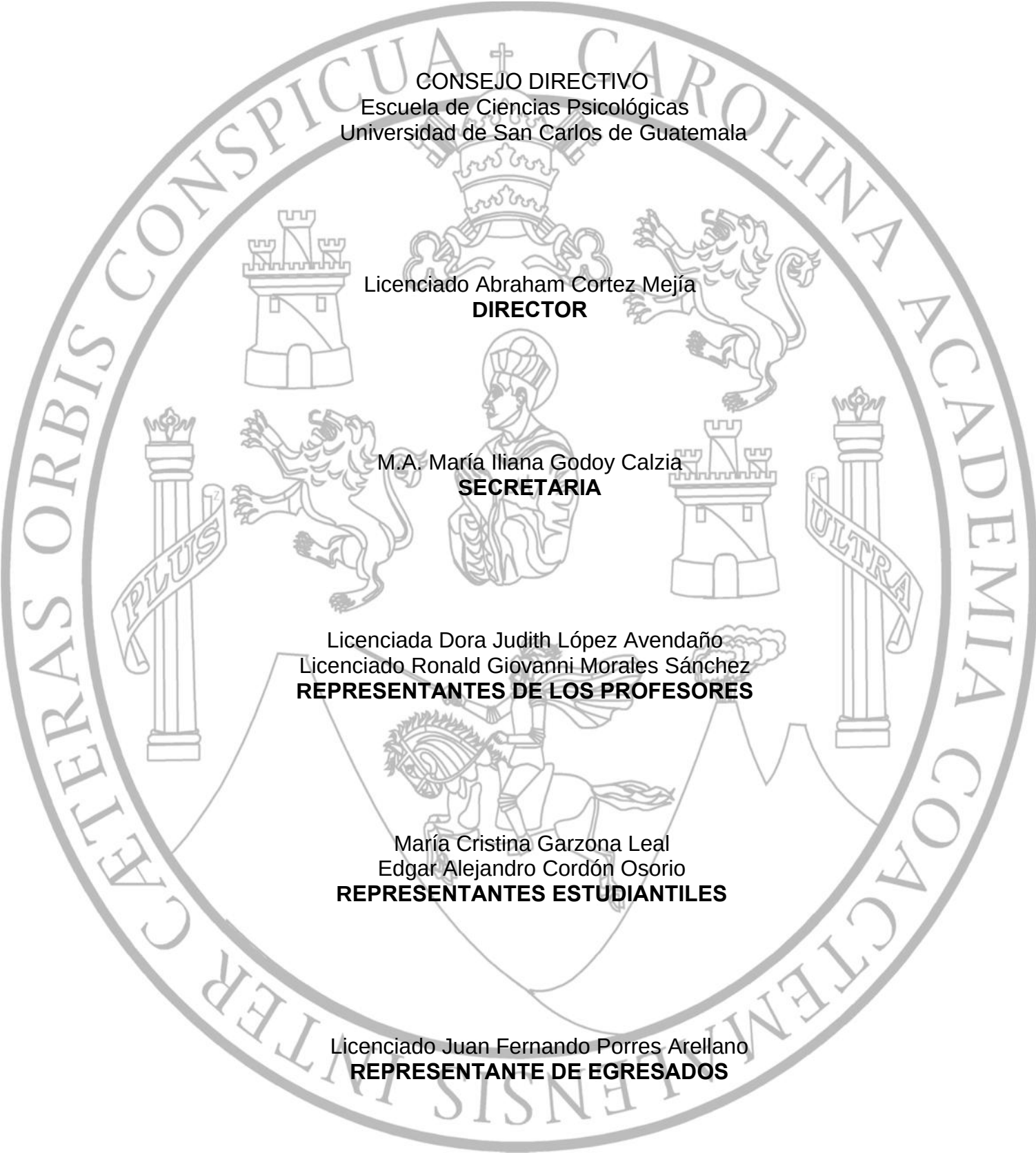
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
KATHERINE DENISE RAMÍREZ CASTELLÓN
RUTH NOEMÍ GARCÍA SABÁN**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013



CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdón Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 078-2012
CODIPs. 1900-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

31 de octubre de 2013

Estudiantes

Katherine Denise Ramírez Castellón
Ruth Noemí García Sabán
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO (20°.) del Acta CUARENTA Y NUEVE GUION DOS MIL TRECE (49-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 29 de octubre de 2013, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2012"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Katherine Denise Ramírez Castellón
Ruth Noemí García Sabán

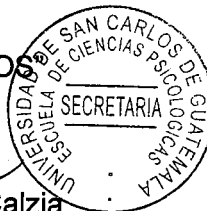
CARNÉ No. 2008-11110
CARNÉ No. 2008-11191

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Heliam Lily Leiva Sánchez, y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Iliana Godoy Calzía
SECRETARIA



/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA:  HORA: 15:00 Registro: 78-12

CIEPs 907-2013
REG: 078-2012
REG: 369-2012

INFORME FINAL

Guatemala, 24 de octubre 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO
CONSECUENCIA DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN
EL HOSPITAL ROOSEVELT 2012.”**

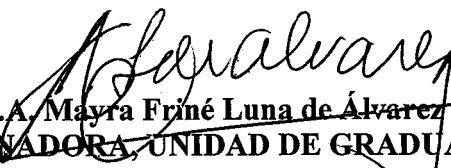
ESTUDIANTE:
Katherine Denise Ramírez Castellón
Ruth Noemí García Sabán

CARNÉ No.
2008-11110
2008-11191

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 16 de octubre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 23 de octubre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

CIEPs. 908-2013
REG 078-2012
REG 369-2012

Guatemala, 24 de octubre 2013

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA
DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT 2012.”**

ESTUDIANTE:
Katherine Denise Ramírez Castellón
Ruth Noemí García Sabán

CARNÉ No.
2008-11110
2008-11191

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 30 de septiembre del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Suselén Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA



Arelis./archivo

Guatemala, 08 de octubre de 2012

Licenciado
Marco Antonio García
Coordinador
Departamento de Investigaciones Psicológicas –CIEPS-
“Mayra Gutiérrez”
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente.

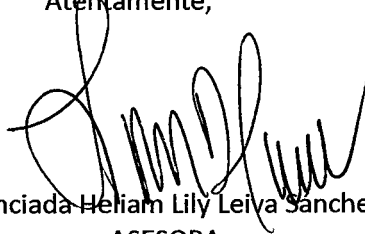
Estimado Licenciado García:

Por este medio informo a usted que ASESORÉ y APROBÉ el informe final: “TRASTORNOS PSICOPÁTOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN HOSPITAL ROOSEVELT 2012” elaborado por las estudiantes:

- Katherine Denise Ramírez Castellón carné No. 20081110
- Ruth Noemí García Sabán carné No. 200811191

Previo a obtener el título de la Carrera Psicología en el grado académico de Licenciatura. Este trabajo cumple con los requisitos establecidos con el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS. Por lo cual solicito continuara con los trámites respectivos para su aprobación.

Atentamente,



Licenciada Heliam Lily Leiva Sanchez
ASESORA
Colegiado No: 7867



Comunicación Social

Guatemala, 09 de octubre de 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enríquez

Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

"Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

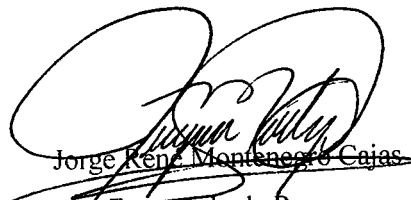
Presente

Estimado Licenciado García:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes: Katherine Denise Ramírez Castellón quien se identifica con carné No. 2008 11110 y Ruth Noemí García Sabán con carné No. 2008 11191 realizaron un proceso de observación y aplicación de encuestas sobre el tema **"TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA DE UN HECHO VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2012"**, durante el mes de septiembre del año en curso en la Emergencia de Adultos y Consulta Externa del Hospital Roosevelt.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de dicha institución.

Sin otro particular, se suscribe.


Jorge René Montenegro Cajas
Encargado de Prensa
Hospital Roosevelt



PADRINOS DE GRADUACIÓN

Por Katherine Denise Ramírez Castellón:

**OTTO RENE ALVARADO SOTO
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO No. 11613**

Por Ruth Noemí García Sabán

**JULIO CESAR MÉNDEZ ROSSELL
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO No. 2875**

DEDICATORIA POR KATHERINE RAMÍREZ

- | | |
|-----------------------|--|
| A DIOS | Por sus múltiples bendiciones, por permitirme vivir y llevar a cabo mis proyectos de vida. |
| A MIS PADRES | Por la paciencia, el apoyo, amor y comprensión que han demostrado a lo largo de toda mi vida. |
| A MIS HERMANOS | Por ser el motivo de mi alegría e inspiración, por su presencia y constante motivación. |
| A MIS AMIGAS | Por ser más que mis amigas, por ser mis hermanas y porque en todo momento han estado ahí, prueba de ello es que hoy están aquí a mi lado, muy especialmente a Ruth García, Ivana Sánchez y Velveth Juárez. |
| A MIS AMIGOS | Que en momentos difíciles han dedicado su tiempo y cariño para reorientarme. |
| A MIS MAESTROS | Quienes me brindaron su conocimiento y experiencia en distintas ramas de la ciencia, contribuyendo así con mi formación profesional. |
| A LAS PERSONAS | Que fueron partícipes de los sacrificios, obstáculos, alegrías y éxitos alcanzados por mi persona. |

DEDICATORIA POR RUTH GARCIA

- A DIOS** Por la segunda oportunidad de vida que me ha dado y por las bendiciones que sigo recibiendo cada día al permitirme alcanzar metas y propósitos.
- A MIS PADRES** Blanca Sabán por su amor y apoyo incondicional en cada momento de mi vida y Eladio García por su amor y comprensión.
- A MIS HERMANAS** Susy, Gladys, Damaris y a mi hermanito Andy quienes me han dado cariño y motivación en todo momento.
- A MIS SOBRINOS** Que llenan de alegría y emociones mi vida al ser fuente de inspiración para ser cada día una mejor persona.
- A MIS AMIGAS** Kathy, Ivana y Velveth quienes me han acompañado en los momentos más importantes, brindándome su apoyo incondicional y amistad haciéndose infaltables en mi vida.
- A MIS MAESTROS** Fuente de inspiración, transmisión de conocimientos y experiencia, contribuyendo con mi formación profesional.
- ESPECIALMENTE A** Juan Francisco López que ha sido un segundo padre para todos en casa, Boris Mauricio Sierra esencia de amor y apoyo cada día, amigos y familia que me acompañan, a los que no han podido estar hoy y que me han acompañado en todo momento siendo partícipes de los esfuerzos realizados para alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A:

Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas por

Ser nuestra casa de estudios y contribuir con la formación de profesionales.

Hospital Roosevelt por

Apoyarnos en la realización del proyecto de investigación.

Nuestros padrinos Otto Alvarado y Julio Méndez Rossell por

Motivarnos, apoyarnos y brindarnos sus conocimientos y experiencias en el
ámbito profesional.

Nuestros revisores: Lily Leiva y Suhelen Jiménez por

Su constante motivación y paciencia que favorecieron e incrementaron nuestro
gusto por la investigación.

A Dios, a nuestros padres, hermanos, familiares y amigos.

ÍNDICE

Resumen

Prólogo

Capítulo I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema..... 13

1.1.2 Marco teórico

- Antecedentes..... 15

- Historia..... 17

- Marco legal..... 18

- Cultura de violencia..... 21

- Percepción de la violencia..... 22

- Víctima y victimario..... 24

- Reacción ante la violencia..... 28

- Trastorno psicopatológico según DSM IV..... 29

1.1.3 Hipótesis de trabajo..... 37

1.1.4 Delimitación..... 38

Capítulo II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2. 1 Técnicas..... 39

2.2 Instrumentos..... 41

Capítulo III

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación de resultados.....	42
-------------------------------------	----

Capítulo IV

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	48
4.2 Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50
Anexos.....	53

Resumen

“Trastornos psicopatológicos que emergen como consecuencia de un hecho de violencia; estudio realizado en el Hospital Roosevelt 2012”

El tema de violencia, está arraigado en la cultura guatemalteca y en el desarrollo de su subjetividad; por lo que el objetivo general del presente estudio es establecer las características comunes en víctimas de violencia que las acerquen al desarrollo de un problema psicológico y como objetivos específicos, está contemplada la distinción de los posibles cuadros psicopatológicos que se desarrollan en las personas que han sido víctimas de violencia, debido a que es un país que ha centrado su historia en el ejercicio de diferentes formas de violencia.

En base a éstos antecedentes surgen interrogantes acerca de ¿Cuáles son las características más comunes que desencadenan un problema psicopatológico en las víctimas de un hecho de violencia? Y de ser posible que existan tales características vinculadas al tema, se hace necesario preguntarse ¿Cuáles son los cuadros psicopatológicos que se desarrollan con más frecuencia?, para establecer la distinción y predominio de los posibles signos y síntomas que surgen. Por ende, se elaboró un estudio basado en la hipótesis inicial que establece *que el haber sido víctima de violencia es una de las causas por la cual en los habitantes de la ciudad de Guatemala emergen trastornos psicopatológicos*. Con ello, se pretende indagar sobre el impacto a nivel perceptivo en las personas que han sido víctimas de violencia y que son atendidas en la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt; y de cómo esto afecta su vida cotidiana en las distintas áreas de desempeño hasta desencadenar un cuadro clínico como trastorno de estrés postraumático, depresión y/o trastorno de ansiedad generalizada.

Para llevar a cabo los lineamientos de la investigación se aplicó una encuesta a una muestra de N=30, para conocer el impacto de la violencia en las víctimas y la necesidad de apoyo psicológico para la superación de conflictos; independientemente de la condición social, género o edad, concluyendo que la mayoría de los guatemaltecos han sido víctimas de violencia en la ciudad de Guatemala, pero esto no es un factor determinante para sufrir un trastorno psicopatológico grave, sin embargo, el impacto a nivel psicológico es grande, por lo que surge la necesidad de que los promotores de la salud mental inviertan en programas de atención a la víctima, contribuyendo con el restablecimiento de la tranquilidad de la ciudadanía.

Autoras:
Katherine Ramírez y Ruth García.

Prólogo

Esta investigación se realizó con el apoyo del área de comunicación social del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala, teniendo como principal objetivo el establecer los posibles cuadros psicopatológicos que emergen después de haber sido víctima de violencia, para luego indagar acerca de ¿Cuál es el predominio y qué trastorno surge con mayor frecuencia?, realizando la distinción entre los cuadros depresivos y ansiosos de las personas que acuden a éste centro asistencial.

Actualmente se vive una cultura basada en el irrespeto hacia la dignidad humana, cuyos antecedentes históricos enmarcan el clima de violencia en la ciudadanía, ya que constantemente se escuchan asaltos en la vía pública, intentos de secuestro y en los peores casos surgen asesinatos que sin lugar a dudas impactan en la subjetividad de los seres humanos que sufren este tipo de actos que atentan en contra de la vida. Por ello, el presente estudio tuvo como eje central el análisis de la población que más se acerca al perfil de victimario. Inicialmente se estableció un período de observación hacia los pacientes que visitan las áreas de consulta externa y emergencia de adultos de dicho hospital para luego realizar la aplicación de una encuesta no estandarizada, tomando como base una muestra aleatoria, dirigida a 30 personas adultas de ambos géneros, continuando con el seguimiento de tres casos particulares de personas que accedieron a contar su experiencia y evolución psicológica después de un hecho de violencia.

Durante el proceso de recolección de datos se logró percibir varias características del perfil psicológico de las víctimas que accedieron a colaborar con la investigación; entre ellas, miedo, enojo y finalmente resignación ante la creciente ola de violencia que les ha tocado vivir. Dichas características

repercuten en la tranquilidad de las personas afectando su estado de salud, alterando así el buen funcionamiento físico, mental y emocional de los pacientes. También se determinó que el hecho de interesarse en este tipo de temas, resulta ser una vía de expresión ante el sentir de los pacientes ya que en muchas ocasiones no se estudia a profundidad, generando sensación de bienestar al momento de contar su experiencia.

Dentro de los principales logros alcanzados en el desarrollo de la investigación se puede observar que si bien es cierto que la violencia es un problema de carácter psicosocial, puede llegar a ser un potenciador desencadenante de signos y síntomas específicos de trastornos psicopatológicos si se encuentra ligado a la percepción que las personas tienen acerca de la violencia que impera en su entorno y que a raíz de éstas ideas y de lo impactante que haya sido el hecho de violencia, los signos y síntomas se presentarán de manera más fácil y con mayor intensidad, alterando el sistema nervioso central y por ende afectando en la calidad de vida de las personas.

De tal manera que una de las principales conclusiones obtenidas fue el hecho de que los signos y síntomas más frecuentes se inclinan hacia el trastorno de estrés postraumático, predominando sobre la depresión y la ansiedad generalizada, además se obtiene que el estudio del tema propuesto facilitó un medio de expresión para la población guatemalteca que participó en la investigación, con la cual también se lograron establecer parámetros que reorientan a las instituciones encargadas de la salud pública, para brindar atención de carácter tanto preventivo como de asistencia primaria –a nivel psicológico-, para las miles de víctimas que actualmente han sufrido de un hecho de violencia.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

La violencia se define como un tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad, a la vez afecta de tal manera que limita las potencialidades presentes o futuras de las personas que la sufren.

Éste patrón de relaciones violentas se ve reproducido en otras etapas de la historia guatemalteca, en donde la intimidación, coerción, y falta de justicia se han adjudicado como fenómenos de la vida cotidiana. Sin embargo el país atraviesa hoy por uno de los momentos más violentos de su historia. En los últimos 7 años los homicidios han aumentado, pasando de 2,655 homicidios en el año 1,999 a 5,885 en el año 2,006. Este crecimiento equivale a un aumento mayor al 12% por año desde 1,999 superando ampliamente el crecimiento poblacional que es inferior al 2.6% anual. Estas cifras posicionan a Guatemala como uno de los países más violentos del mundo, donde los derechos humanos de la población continúan sin ser respetados.¹

Estos alarmantes indicadores de violencia en el país hacen que surjan las interrogantes sobre ¿Cuál es la percepción de la población sobre el fenómeno de la violencia? Se hace necesario también conocer ¿Qué conductas y trastornos presentan las víctimas de violencia?, es por ello que utilizando el enfoque clínico

¹ Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala, *INFORME ESTADÍSTICO DE LA VIOLENCIA EN GUATEMALA*. Magna Terra Editores S.A. Diciembre 2007. Pág. 78

psicopatológico, así como el análisis sobre la interacción de los grupos sociales que están insertos en la realidad guatemalteca e incluso tomando como referencia la predisposición biológica y psique de los individuos, es como se pretende llegar a comprender la cultura de violencia que se vive actualmente en la ciudad y el impacto de ésta sobre la vida de los guatemaltecos. Por lo tanto se hace énfasis en el conocimiento integral formado por factores históricos, sociales, biológicos y culturales que dirigen la conducta del individuo para explicar un fenómeno y a partir de esta perspectiva se analizará ¿Cómo el guatemalteco interpreta su realidad moldeada socialmente? y ¿Cómo a partir de ella ha elaborado formas para desenvolverse en el entorno violento en el que vive?, con el objetivo de tener una mejor comprensión del sentir y pensar común que se manifiesta en la subjetividad de los guatemaltecos que se deriva ante la situación de violencia en sus diferentes expresiones.

El fenómeno desmedido de violencia física y emocional del que la mayoría de población ha sido víctima y que sin lugar a duda genera consecuencias psíquicas negativas en la población, debe tomarse como una necesidad prioritaria en el campo de la investigación, por lo que se analizó el área donde posiblemente exista mayor afluencia de personas que han sido víctimas de violencia y se consideró que el Hospital Roosevelt sería el lugar apropiado para realizar un estudio sobre posibles trastornos que surjan después de haber sido víctima de un hecho de violencia, esto con el apoyo de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través del Centro de Investigaciones en Psicología -Cieps- Mayra Gutiérrez.

1.1.2 Marco teórico

Antecedentes:

Violencia es un tema del cual todos hablan y en el que se pueden dar opiniones incontables, mismo que ha sido visualizado desde diferentes aspectos en la investigación; por lo que para el presente estudio se toma en cuenta algunos puntos de vista que previamente han sido motivo de interés para la ciudadanía.

La violencia delincuencial se hace presente día a día con mas fuerza dentro de la sociedad, por lo que es de carácter urgente que se continúe investigando el tema a profundidad, con el fin de encontrar posibles pautas que acerquen a soluciones viables, dentro de un contexto en el que prolifera la cultura de violencia y el miedo internalizado. Si bien es cierto que un hecho de violencia trae consigo consecuencias materiales, es necesario comprobar tambien si durante o después de ese mismo hecho se manifiestan daños internos que puedan desencadenar algún trastorno psicopatológico grave o simplemente la manifestación clínica de signos y síntomas que no perduran pero se proyectan en la vida de la víctima.

El tema de estudio elegido, tiene como fundamento otras investigaciones que abordan la realidad en que se vive actualmente, tomando en cuenta que se ha encontrado que en el año 2011 se realizó la investigación: "TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CAUSADOS POR ASALTOS VIOLENTOS ACAECIDOS EN EL SERVICIO DEL TRANSPORTE EN EL CASCO URBANO" desarrollada por Ingrid Lisseth Alvarez Santizo y Rosa María Hernández Gómez la cual hizo énfasis en el índice del aumento de la violencia que sufrían los usuarios del transporte urbano, basándose en la problemática que ya en esa época

atravesaba Guatemala en relación a la delincuencia y los traumas psicológicos que éstos causan en las personas brindando así una guía de estudio en relación a las consecuencias psicológicas generadas por la violencia que ahora se vive.

En el año 2012 se encontró el desarrollo de otra investigación vinculada al tema de la violencia tratado en: “EFECTOS PSICOSOCIALES EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DELINCUENCIAL. ESTUDIO A REALIZARSE CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA A MANO ARMADA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA” realizada por Juan Arturo Otero Castillo y Natalia Rojas Chinchilla quienes fundamentaron su estudio en estadísticas delincuenciales brindadas por la ODHAG en el año 2011, ésto para explicar los efectos psicosociales que los hechos delincuenciales producen en las víctimas, a niveles físico, familiar, laboral y psicológico y sus variaciones y/o similitudes de acuerdo al nivel de victimización e influencia del uso de armas de fuego, recabando información específica a través de testimonios, cuestionarios y grupos de discusión.

Además, se obtiene que en la investigación sobre “EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE ROBO DE VEHÍCULOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA” realizada por Sandra Elizabeth Aldana Oliva, básicamente se enfoca en la gestión de la violencia y sus efectos en mujeres, específicamente víctimas del robo de su vehículo, así mismo en la manera en que han dirigido su vida, si han buscado apoyo y en su propia valoración de perspectivas sociales, religiosas y culturales en relación al trauma durante y después del hecho delincuencial, las relaciones y soluciones de la víctima luego de lo sucedido y las secuelas de dicho evento traumático, proponiendo un manual psicológico de información básica en caso de robo de vehículo.

A diferencia de las investigaciones previas, la presente investigación, enfatiza en los “TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS QUE EMERGEN COMO CONSECUENCIA DE UN HECHO DE VIOLENCIA; ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2012” ya que busca encontrar las características más comunes que acercan al desarrollo de un problema psicopatológico específicamente al ser víctima de los mismos hechos de violencia mencionados con anterioridad, además de algunos otros, tratando de determinar signos y síntomas comunes entre los participantes que los acercaran a un diagnóstico psicopatológico determinado entre ellos trastorno de estrés postraumático, depresión y trastorno de ansiedad generalizada, para conocer el nivel de percepción y respuesta de las víctimas de violencia que buscan apoyo en un centro asistencial como el Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala.

Historia:

En Guatemala, la herencia cultural e intelectual se ha visto acompañada, de un legado de violencia. Desde antes de la conquista española, el territorio guatemalteco era habitado por la civilización Maya quienes utilizaron la guerra como herramienta para solventar conflictos motivados por rivalidades entre los mismos señoríos. Éstos conflictos bélicos que provocaban la división de la civilización, fueron facilitadores del avance y triunfo de los conquistadores españoles y a lo largo de la historia establecieron la pauta para el desarrollo de diferentes expresiones de violencia, hasta llegar al conflicto armado interno que sufrió el país, tomado como la máxima expresión de violencia e irrespeto hacia la población guatemalteca.

Los Acuerdos de Paz establecidos en 1996 al final del conflicto armado interno incluyeron una amplia temática de lo que ahora se suele agrupar en temas sustantivos y operativos. El proceso de negociación incluye una serie de

consultas con diversas organizaciones sociales, tanto empresariales como populares, aspectos socioeconómicos y situación agraria, a su vez incluyó temas relacionados con la política fiscal, presupuestaria y tributaria. El cuestionamiento sería si los acuerdos de paz se han cumplido para todo guatemalteco sin discriminación alguna, y si la paz ha sido firme y duradera, ya que los guatemaltecos a lo largo de la historia han sido victimizados y sujetos a distintos tipos de violencia según las épocas en que vivieron, esto ha permitido que la psique de los habitantes de la ciudad se vea afectada en la percepción que cada uno tiene de las distintas formas de expresión de la violencia y por lo tanto su reacción ante la misma desarrollando consecuencias que repercuten hoy en día en el desenvolvimiento cotidiano.

Marco Legal:

EL gobierno de Guatemala estableció varios artículos que están orientados a garantizar la seguridad de la población guatemalteca, esto a través de la Constitución Política de la República (reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993), en el que indica lo siguiente:

Artículo 1.- Protección a la persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.

Artículo 2.- Deberes del Estado. Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

Artículo 3.- Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.²

Estas leyes son aplicables para toda la población habitante no solo de la ciudad capital sino de todo el país aunque no toda la población las conoce o el mismo Estado no garantice su cumplimiento.

Por otro lado se encuentra la Procuraduría de los Derechos Humanos que es una entidad que vela por el cumplimiento de los artículos antes mencionados afirmando que *“todas las personas, sin importar su edad, religión, sexo o condición social, gozan de estos derechos, los cuales son indispensables para el desarrollo integral del individuo”*.³

La Asamblea Nacional Constituyente, entidad creadora de la Constitución Política de la República, como la Procuraduría de los Derechos Humanos son entidades que permiten a los habitantes de la ciudad de Guatemala tener una sensación de protección por parte del Estado a través de leyes en contra de expresiones de violencia de cualquier índole ya que éstas aseguran la protección y penalización en caso de quebrantamiento o violación de cualquiera de éstos edictos, y en conjunto con otras entidades gubernamentales, son las encargadas de velar por que se brinde la atención a quienes ya han sufrido y sufren del impacto de la violencia; a nivel legal, material y psicológico.

²CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Asamblea Nacional constituyente. Guatemala 1985. Pág.10

³Procuraduría de los derechos humanos. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA. Guatemala, 23 de julio de 2012. Disponible en: www.Pdh.org.gt

Por ello la propuesta contenida en el punto 55 del Acuerdo Nacional para el *avance de la seguridad y justicia*, sobre la creación de un Instituto para la atención y protección de la víctima es necesaria y pertinente, aunque también es parcial e insuficiente. Necesaria y pertinente porque miles de víctimas que han sufrido diversos hechos de violencia necesitan ayuda para superar diversos síntomas y problemas que dificultan la vida cotidiana y las relaciones con los demás; pero parcial e insuficiente porque no elimina las causas del problema: la violencia delincuencial que es generada por un marco de condiciones estructurales, situacionales y personales, de modo que resulta tan difícil su combate, aún cuando se simplifiquen las causas en la discusión pública.

Citando a Horacio Riquelme (1990)⁴, es sabido que el miedo es un fenómeno subjetivo que ha llegado a transformarse en una experiencia psicosocial masiva y perceptible que afecta a miles de personas simultáneamente en la sociedad, configurando la vida cotidiana de los ciudadanos y que momentáneamente ofusca la vista y cierra el entendimiento, por lo que el maltrato a los derechos humanos cobra vigencia sin precedentes dentro del quehacer social, mientras que para los oprimidos, la lucha por los derechos humanos constituye a menudo, la única vía para recuperar la propia dignidad y presencia dentro de la sociedad, transformándola en una nación más “civilizada”⁵ en la que los esfuerzos que se realicen para rescatar los derechos humanos, es fundamental ya que también implica una lucha por la salud psicosocial, tratando de garantizar la seguridad ciudadana de manera holística.

⁴Riquelme, Horacio. “ERA DE NIEBLAS: Derechos Humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina”. Editorial Nueva sociedad, Venezuela, 1990. Pág 190

⁵ Ibíd. Pág. 11-14

Cultura de Violencia:

La cultura de violencia que se vive responde a varios factores que actúan para fomentar su desarrollo, entre ellos, la gestión de las leyes y el servicio institucional incapaz de articular y dar curso a un modelo ideológico global que vaya más allá de la consigna autoritaria de imponer “orden y respeto”, que en términos de trascendencia cultural se podría hablar de un marco legal difundido mediante la sensibilización temática de contenidos específicos de manera profesional frente a la sensibilización cultural de los derechos humanos con contenido temático de cada delito que pueda cometer la persona esclareciendo la manera de juzgar los distintos actos de violencia. De tal manera que actualmente los diputados que forman parte del Congreso de la República de Guatemala se reúnen con el fin de elaborar o decretar nuevas leyes para garantizar la seguridad del pueblo que es expuesto diariamente a diferentes niveles y formas de violencia en varios sectores del país.

La familia es el elemento fundamental en la sociedad, sin embargo las formas en las que se presenta la vida familiar son muy distintas ya que tienden a adaptarse según el contexto en que se encuentran, lo cual depende de los factores culturales, sociales, económicos y afectivos. Dentro de ésta cultura de violencia, es evidente cómo se genera aún más violencia, para Vigotsky la conducta humana no solamente está dirigida por procesos biológicos, sino fundamentalmente por elementos subjetivos que no siempre son racionales o aprendidos. La conciencia, al existir objetivamente en relación con la conducta, debía traducirse a un lenguaje científico para comprender así su papel en relación con el comportamiento humano.⁶

⁶Tirado, Felipe; Martínez Miguel; Covarrubias Patricia; López Miguel; Quesada Rocío; Olmos Andrea y Díaz-Barriga Frida. "PSICOLOGÍA EDUCATIVA PARA AFRONTAR LOS DESAFÍOS DEL SIGLO XXI". Editorial Mc Graw Gill. Mexico, 2010. Primera Edición. Pág. 47

Percepción de la violencia:

En base al esquema conceptual anteriormente planteado se pretende identificar la percepción que se tiene de la violencia, ya que se ha vuelto parte de la cotidianidad, ignorando el peligro que se corre al ver éste tipo de problemas de forma normal, ya que se estima que dentro del marco de la realidad actual existen repercusiones a nivel psicológico, por lo que el haber sido víctima de un hecho de violencia implica daños en la vida social, afectiva y emocional de la persona, afectando así su salud mental en general. Desde el punto de vista de Elvio Sisti "salud mental" o "estado mental" es como se conoce en términos generales, *el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.*⁷

Según Martín Baró la percepción de los fenómenos del entorno establece las bases psicológicas de comportamiento dentro de la sociedad, en Psicología el concepto de la percepción se ha conocido como un proceso donde se lleva a cabo una codificación cognitiva, esto quiere decir, que se capta el significado de un objeto, al cual se le aplica un determinado esquema o categoría.

Las categorías son las encargadas de designar los nombres a los objetos o individuos, "caracteres que pueden reproducirse y generalizarse en el esquema en la estructura de rasgos generalizables".⁸ Otra manera de definir la percepción de los fenómenos del entorno ha sido un proceso donde se captan los estímulos y se les asigna un significado o sentido, la cual se da a través de la atracción o adquisición de información sobre algún objeto, persona o acción, estos actúan como activadores y son interpretados como realidades con un

⁷Sisti Elvio. "SALUD MENTAL DE BASE". UCA Editores, 1995. Pág. 19

⁸Martin Baró, Ignacio. "ACCIÓN E IDEOLOGÍA PSICOLOGÍA SOCIAL DESDE CENTROAMÉRICA". Volumen 1, 1782 cuarta edición 1990. Editorial UCA, México D.F. Pág. 190.

sentido. De manera que existen dos modelos clásicos en el tema de la percepción entre personas; donde la primera es conocida como el “efecto halo”, este modelo subraya lo importante que es el papel de la emoción en el tema de la percepción interpersonal, es decir, lo que se siente o se cree de la otra persona al tener un contacto social. Cuando se conoce a una persona, “se tiende a evaluarla en una u otra forma y esa evaluación frecuentemente es apoyada en la apariencia física (superficial)”.⁹ El comportamiento que se observa se generaliza a un todo de la persona. El conocimiento de aquello que concuerda con la propia forma de valorar o de lo que se observa en una persona es en parte relacionado con los propios sentimientos. El segundo es el modelo de la personalidad, en donde los vínculos que existen entre los elementos cognitivos de forma no expresada; forman un sentido o significado que se suele creer, donde unos rasgos de la personalidad van vinculados o asociados con otros.

Basándose en el conocimiento teórico-práctico de la percepción de la violencia en la realidad guatemalteca y los esquemas conceptuales que delimitan la presente investigación se logra enfatizar en la identificación de la impresión diagnóstica en las personas que han sufrido hechos de violencia, según el sector donde se desenvuelven y la forma de violencia vivida, ya que la manera en la que ha convivido con las demás personas es esencial debido a que influye en la determinación del proceso selectivo, al igual que en la determinación del sentido de lo que se percibe. La percepción, siendo reflejo o representación del mundo real, depende de las características del sujeto que percibe, de sus conocimientos, de sus necesidades y de sus intereses puesto que la percepción es “una imagen subjetiva del mundo real”.¹⁰

⁹ Martin Baró, Ignacio. Op. Cit. página. 205.

¹⁰ ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA (tomo 1). Editorial Grijalbo S.A. México Df. 1960. Pág. 144.

También, lo personal es uno de los componentes de la historia. Esta es vista como el lugar de planificación y revelación de la realidad. “La realidad histórica -y ya no la realidad individual y personal- tiene la primacía porque engloba las demás formas de realidad; es donde la realidad da más de sí, es también donde ha sido más suya y más abierta. De ahí el concepto de que la realidad histórica debe constituirse como el verdadero objeto de la filosofía”.¹¹

Víctima y Victimario:

En el caso de la víctima y victimario siempre se han visto como polos opuestos: aquel que hace mal y el que lo recibe; sin embargo, ambos comparten ciertas similitudes. Elegir a una víctima no equivale a escoger un objeto; la víctima tiene vida propia, personalidad un camino recorrido, sus propias creencias, deseos, ilusiones, por lo que no puede pensarse en un sujeto “activo” que selecciona a un sujeto “pasivo”.¹² A raíz de esto nace una relación dual entre la víctima y el victimario, no puede existir uno sin el otro, aunque ambos se encuentren en la oposición pueden llegar a cambiar los papeles.

El victimario se encarga de la elección de su víctima, lo cual es necesario para cambiar su percepción; de modo que puede atribuir cierta distancia afectiva con el motivo de no fracasar en su cometido. “Cosificar” a la víctima es el primer paso, despersonalizarla, convertirla en menos, culpabilizarla, despreciarla, desvalorarla, para finalmente “reificarla”, es decir transformar un ser humano en cosa, desprovisto de sentimiento, dignidad, valor.¹³ La víctima se encuentra en una posición donde debe ser elegida sin su consentimiento y su percepción se basará en la imagen que tiene del victimario, ya que esta puede ser la razón por la cual fue elegida. Los victimarios suelen elegir a sus víctimas basados a

¹¹ González, Antonio; De Ignacio Ellacuría, “FILOSOFÍA DE LA REALIDAD HISTÓRICA”. Introducción, editorial ECA, Salvador. 1981. Pág. 568

¹² Rodríguez Manzanera, Luis. “LA ELECCIÓN DE LA VÍCTIMA”, Diciembre 2008, página 164.

¹³ Ibid pag. 17.

factores biológicos como la edad y el sexo, en muchas ocasiones se elegirá este perfil con el propósito de ganar y demostrar superioridad, ya sea porque son muy jóvenes o se encuentran en una edad donde les sea imposible defenderse. En el caso del sexo en la mayoría de las veces la mujer será escogida por el victimario porque son vistas como “vulnerables”.

En muchos de los casos las víctimas han recibido apoyo al ser curados de heridas físicas que hayan sido provocadas por el victimario, sin embargo, también es necesario recordar las heridas psicológicas que sufren y que empezaran a mostrarse en la víctima como malestar, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, desesperanza, somatizaciones, ansiedad, síntomas depresivos, pérdida de autoestima y sentimientos de culpa. Este proceso de victimización ha podido llevar a la persona a desarrollar algunos sesgos cognitivos, o ideas erróneas impregnadas por la propia percepción de los sucesos; así la propia víctima ha llegado a pensar que el mundo es maligno, que el mundo no tiene sentido, que la persona misma no tiene dignidad, y que la gente no es honrada.¹⁴

El victimario ha buscado usar el miedo como su mejor arma, para controlar su ambiente con intimidación, de manera que busca aterrorizar a su víctima, para que ésta no tenga la oportunidad de defenderse. No se puede considerar al criminal como un ser carente de sentimientos. Con excepción de casos relacionados con psicopatías, el crimen produce una seria crisis moral en el perpetrador. Para evitar la tensión moral el sentimiento de culpabilidad y los remordimientos los criminales deben desensibilizarse previamente con relación al sufrimiento de la víctima, por eso es común la ingestión de alcohol o droga para “darse valor”. La legitimación del acto, la negación de la víctima y la desvalorización de ésta, son mecanismos importantes en el proceso de

¹⁴Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J. (2004). “NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO”. Clínica y Salud, página 292.

desensibilización. La víctima, por su parte, conoció intuitivamente éste fenómeno, por lo que trata siempre de poner la mayor distancia física con el agresor y acercársele psicológicamente, apelando a su buena voluntad y a los sentimientos de piedad. Es por lo que el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permitió establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.¹⁵

En una sociedad que es víctima de diferentes niveles de violencia como en la Ciudad de Guatemala ha sido posible encontrar una serie de rasgos que acercan a los habitantes a diferentes trastornos psicopatológicos de forma individual o como grupo. “Según la Psicología de las multitudes, el aparato psíquico, se divide en dos partes; una consciente, propia de cada individuo y una inconsciente que es heredada común a todos e igualmente distribuida en la sociedad, esta es masiva y permanente”¹⁶ por lo que es inherente que se ha desarrollado algún cuadro psicopatológico en más de una persona perteneciente a la misma sociedad, que difieren de otros conflictos intrapsíquicos pues aquí, la raíz de la psicopatología es primariamente de orden social, siendo de origen excéntrico ya que aunque cada uno introyecta el contexto y el ambiente de diferente forma la transmite hacia el otro de forma similar para que sea entendible, compartiendo así su subjetividad. Con respecto a la violencia delincuencia, se estima que si bien se han generado algunos estudios que permiten comprender aspectos importantes, existen fenómenos y efectos que todavía no han sido lo suficientemente estudiados. Por ejemplo, el impacto que ejerce a nivel psicológico es un tema que permanece en las conversaciones de víctimas y espectadores, pero que se ve poco discutido de manera seria.

¹⁵Sisti Elvio, Op. Cit. Pag. 20.

¹⁶Moscovici, Serge. “LA ERA DE LAS MULTITUDES”, un tratado histórico de Psicología de las masas”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1993 Pág. 121

Es importante hacer notar que, contrario a lo que se podría creer, las víctimas refieren que la principal dimensión afectada por sufrir un hecho de violencia no es la dimensión material, sino la psicológica. En una encuesta de victimización realizada por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG)¹⁷, se encontró que casi el 80% de las personas afirma haber sufrido daños emocionales al ser víctimas de un hecho violento, esto ya evidencia la necesidad de comprender y responder al impacto que sufre al ser víctima de un hecho de violencia. Todos los días se producen casos en que parejas o grupos de hombres jóvenes -y con cierta frecuencia mujeres-, a pie, en carro o motocicleta, usando armas cortas, asaltan peatones, buses o vehículos en calles de la capital y en otros lugares. Actuando de improviso y contando con la reacción retardada o ineficaz de las fuerzas de seguridad pública, usualmente amenazan, gritan, exigen y arrebatan las pertenencias de sus víctimas. Luego de un momento que se tiende a describir como eterno para el que lo vive, se van y dejan a las personas asustadas, indignadas, con la sensación de impotencia y estupefactas ante la intrusión violenta en su cotidianidad y el riesgo aparejado.

Entre los efectos inmediatamente se registran reacciones asociadas a la vivencia de eventos fuertemente estresores. Pero con una variación importante: la situación es tal que las respuestas de huida o agresión se inhiben, no resultan factibles. Reacciones que se pueden encontrar son el aumento en la frecuencia cardiaca, temblor, frío y sudoración, asociadas a la vivencia de peligro. Sin embargo, hay algunos efectos emocionales que permanecen días, semanas y meses posteriores al ataque sufrido.

¹⁷ Rojas, Natalia y Otero, Arturo. "EFFECTOS PSICOSOCIALES EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DELINCUENCIAL". Estudio a realizarse con víctimas de violencia a mano armada en la ciudad de Guatemala". Estudio coordinado por la ODHAG y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2011. Pág. 12

La reacción al hecho puede estar mediada por una serie de factores propios del evento y de factores personales; en el primer caso se encuentra la amenaza real e imaginaria, la duración del hecho y la frecuencia de hechos vividos. En el segundo se encuentran la edad, el género, el sentido atribuido al hecho, características personales, etcétera, incluso existen factores familiares y sociales que influyen en el impacto personal sufrido.

Reacción ante la violencia:

El miedo que se siente en el momento del hecho de violencia, se puede transformar en angustia a salir a la calle, a subir al bus, al ver un desconocido, a un carro que viene rápido -y no se está hablando de eventos más fuertes como heridas, violaciones o pérdida de seres queridos-. Es decir, a situaciones y objetos asociados al hecho, pudiendo desencadenar un trastorno de estrés postraumático o varios síntomas de otros trastornos como ansiedad generalizada y depresión.

La amenaza generalizada supone ya la adopción de una actitud defensiva y de desconfianza ante el otro desconocido, sin embargo, las personas que son víctimas de asaltos ven acentuada esta actitud. Aunque es un efecto psicológico, también es un problema político. Porque la desconfianza y el temor ante los otros -expresado también en aspectos urbanísticos como colonias cerradas y casas fortificadas- inhibe la participación política -organización comunitaria y vecinal-, así como alienta actitudes autoritarias ante lo que se percibe como ineficacia y connivencia de las autoridades. Precisamente, también se desconfía de las autoridades porque no hacen nada o se sospecha están coludidas con los asaltantes.

De fondo, tanto para las víctimas como para los espectadores -una cantidad apreciable de la población-, se genera una transformación de la experiencia íntima. El espacio social se vive como amenazante o inseguro, el otro se valora como potencial enemigo y hay una sensación de fragilidad y amenaza personal. Visto desde cualquier perspectiva, es una situación que atenta contra la salud mental y las formas de relación con los demás.

En este sentido, falta mucho por analizar: diversas conexiones entre fenómenos, efectos diferenciados entre diversos hechos de violencia, los efectos que el clima generalizado de violencia tiene en lo individual y lo colectivo. Pero es posible adelantar que la principal solución para los problemas emocionales y relacionales producidos por los actos violentos no es una atención especializada para la víctima. Como resulta lógico, la salud mental de la población guatemalteca que ha sufrido de estos actos se atiende y mejora cambiando las condiciones estructurales y situacionales que son el marco desde el que se produce la violencia -y otros problemas-.

Trastornos Psicopatológicos según DSM-IV TR:

La Psicología Clínica, establece que cuando una persona sufre de un trastorno del comportamiento (en este caso, cuya causa haya sido la violencia el factor detonante), también se atribuye a factores orgánicos¹⁸, por lo que para establecer la relación que existe entre el factor “violencia” como desencadenante de trastornos psicopatológicos graves, es necesario también establecer

¹⁸ Kolb LC. "EXAMEN DEL PACIENTE". Psiquiatría Clínica Moderna, 5ª ed., La prensa médica mexicana, México, 1976, pp 75 - 80

distintos exámenes que determinen o no la relación entre ambos factores. Para ello, es necesario indagar a la persona mediante el examen psicológico, que incluye: anamnesis, historia clínica, observación del comportamiento, exámenes paraclínicos instrumentales, examen psíquico, entre otros.

Entre los datos que pueden ser determinantes para establecer dicha relación entre violencia y trastornos psicopatológicos, se encuentran los antecedentes familiares, historia fisiológica somática, historia patológica somática y características psicológicas de vulnerabilidad ante los factores estresantes y sus mecanismos de afrontamiento, ya que de esto depende mucho si una persona manifestará signos y síntomas que lo llevarán a desencadenar un trastorno grave posterior, o si simplemente manifestará signos y síntomas temporales. Se establece que la formación un síntoma psíquico es el resultado de un desorden de múltiples fuerzas: intra y extrapsíquicas, es decir, de factores internos de la persona y del ambiente, que siempre tiene un motivo y un significado, que representa el esfuerzo de una persona para mantener su equilibrio mental. Así mismo, en los trastornos psíquicos pueden darse respuestas fisiológicas a un conflicto, causadas en parte por emociones, generalmente e involuntariamente involucran un órgano inervado por el sistema nervioso central autónomo, generando cambios fisiológicos que se operan manifestándose en reacciones emocionales. Este tipo de respuestas fisiológicas se encuentran en muchos de los desórdenes de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada o estrés postraumático, pero también son signos de otros desórdenes mentales como la depresión.¹⁹

¹⁹ Padilla, Borges. “PSICOTERAPIA PARA EL MÉDICO GENERAL”. Revista del Colegio Médico. Guatemala, 2000. Pág. 25

Para poder diferenciar entre los signos y síntomas que caracterizan a cada cuadro psicopatológico se hace una breve descripción de los trastornos que se han evaluado a través del presente proyecto según el DSM IV TR, manual que implica una distinción entre trastornos mentales y físicos, por lo que carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una variedad de conceptos. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta; por lo tanto se conceptualiza como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir un gran dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

En los trastornos del estado de ánimo; por ejemplo, el trastorno depresivo mayor; que se identifica especialmente por tener un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos (La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades), mixtos o hipomaníacos. Por lo que para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único o si es recidivante. El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración.

Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos. Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar.

Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o aumento o pérdida del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.²⁰

En el caso de los trastornos de ansiedad; como el trastorno de estrés postraumático; que se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. Los pensamientos y la conducta son afectados por el trauma, se puede tener recuerdos repetitivos y vívidos del evento. “Estos recuerdos pueden ocurrir sin razón aparente y pueden conducir a una reacción física como taquicardia o transpiración, puede tener dificultades para concentrarse, tomar decisiones, o llegar fácilmente a sentirse confundido”.

21 --

²⁰ DSM-IV TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Editorial Mason. Barcelona España, primera edición, 2005. Pág. 399.

²¹DSM-IV Breviario. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, Editorial Masson, Doyma México, S.A, Santander 93, colonia insurgentes Mixcoac, 03920 México DF. 2005, página 207.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas.
 - (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos.

A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las situaciones normales de la vida diaria. Los niños con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones.

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas.
 - (1) Inquietud o impaciencia.
 - (2) Fatigabilidad fácil.
 - (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - (4) Irritabilidad.
 - (5) Tensión muscular.
 - (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Los criterios diagnósticos que se describen en los párrafos anteriores según los parámetros del DSM IV-TR, son solamente una guía que facilita la identificación de los síntomas que podrían manifestar las personas que han sufrido de un hecho de violencia, con el fin de analizar si existe algún vínculo que relacione tanto el haber sido víctima de violencia con desarrollo de un cuadro psicopatológico, por lo que en función al conocimiento teórico-práctico de los temas de violencia, percepción y la sintomatología recurrente en los cuadros

clínicos, establecido por los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, fundamentado en lo anteriormente expuesto se definieron los siguientes objetivos que orientan la presente investigación:

- Establecer las características comunes en víctimas de violencia que las acerquen al desarrollo de un problema psicológico.
- Distinguir los posibles cuadros psicopatológicos que se desarrollan en las personas que han sido víctimas de violencia.

1.1.3 Hipótesis de trabajo

“El haber sido víctima de violencia es una de las causas por la cual en los habitantes de la Ciudad de Guatemala emergen trastornos psicopatológicos como depresión, estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada”.

- Variable independiente: Víctima de violencia

Indicadores

- Individual
- Pareja
- Colectiva

- Variable dependiente: Trastorno psicopatológico:

Indicadores

- Depresión
- Estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad generalizada

1.1.4 Delimitación

En cuanto a la delimitación del estudio realizado, se estima que el tipo de población sugerida, constituye solamente una muestra de un grupo altamente vulnerable a la situación de violencia que se vive actualmente en la Ciudad de Guatemala.

Se establece que en la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt asisten las personas que de alguna u otra manera han sido víctimas de un hecho de violencia en los últimos dos años. Estas características son esenciales para poder indagar acerca de la percepción que tienen los ciudadanos que han sido víctimas y la posible relación que exista entre los trastornos psicopatológicos que puedan emerger como consecuencia de ella, sin importar la edad, sexo, etnia, religión o situación socioeconómica.

Con ello, se pretende aprobar o rechazar la hipótesis inicial. Ya que es probable que mediante la unidad de análisis y los límites de la investigación se pueda establecer relación entre violencia y trastornos psicopatológicos graves como depresión, ansiedad generalizada o estrés postraumático, o simplemente establecer el concepto de “violencia” como detonante de signos y síntomas de cuadros clínicos que no precisamente llegan a desencadenar en trastornos graves, pero que de alguna manera afectan en la subjetividad, tanto individual como colectiva.

CAPÍTULO II

La investigación está basada en una muestra aleatoria de N=30 conformada por pacientes de 18 años en adelante que acuden a la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt, quienes cumplen con la característica de haber sido víctima de un hecho de violencia en un lapso no mayor de dos años, sin distinción de género, religión, situación socioeconómica o etnia. Entre los indicadores de estudio se establecen:

- Índice de ocurrencia de un hecho de violencia en pacientes que asisten a consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt.
- Disponibilidad de los pacientes a responder a la encuesta sobre un hecho de violencia que haya desencadenado diferentes signos y síntomas de índole psicológica.
- Vinculación entre un hecho de violencia y el desarrollo de un trastorno psicopatológico.

A través de la recolección de datos se estimó que el área de la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt es un lugar apropiado donde se puede obtener información real, incluyendo los distintos puntos de vista de las personas que hayan tenido alguna experiencia de este tipo, por lo que en conjunto con el área de comunicación social se tramitó un permiso para realizar dicho proceso de investigación en las clínicas de consulta de este centro asistencial. Posteriormente se estructuró una encuesta, con la cual se aprobaría o rechazaría la hipótesis inicial que se planteó: “el haber sido víctima de violencia es una de las causas por la cual en los habitantes de la ciudad de Guatemala emergen trastornos psicopatológicos como depresión, estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada”, mediante el análisis de la observación, la población objeto de estudio y de los objetivos tanto generales como específicos.

Observación libre:

El proyecto se desarrolló en las clínicas de la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt, donde la colaboración fue limitada ya que algunas personas objetaban no tener tiempo o simplemente denegaban con un gesto, posiblemente por desconfianza; sin embargo las personas que accedieron a participar en la entrevista mostraban más apertura conforme avanzaba la misma, recordando cómo se sintieron en el momento de los hechos de violencia que sufrieron y como han evolucionado en su comportamiento después de los hechos mencionados, brindando detalles de los síntomas que ocurrieron tras el impacto que provocó en ellos el evento estresor.

Encuesta:

La encuesta está compuesta por 2 secciones. En la primera se encuentran los datos de identificación de la población, conformada por edad, sexo, criterio de tiempo, tipo de hecho de violencia sufrido y abordaje psicológico. En la segunda sección se encuentran 3 cuadros con indicadores de signos y síntomas de trastornos psicopatológicos (estrés postraumático, ansiedad generalizada y depresión) basados en los criterios del DSM IV-TR.

Estudio de Caso:

Es un método de investigación con el cual se recolectó información cualitativa, aplicándolo a tres de treinta personas que fueron encuestadas acerca de la percepción que poseen sobre el tema de violencia, siendo víctimas de ella, esto con el fin de aprobar o rechazar la hipótesis planteada inicialmente, acerca de la posible relación que existe entre un hecho de violencia como factor emergente de cuadros psicopatológicos graves.

2.2 Instrumentos:

Para comprobar la hipótesis acerca de qué posibles cuadros psicopatológicos emergen después de haber sido víctima de violencia se utilizaron los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno depresivo mayor se utilizó la observación libre para luego aplicar un instrumento no estandarizado, ya que consiste en una encuesta elaborada bajo los criterios del DSM IV-TR. Las características principales del instrumento fueron la fácil aplicación y adaptabilidad hacia las necesidades de la investigación, ya que también poseía una serie de preguntas en el primer apartado que iban orientadas hacia los criterios de tiempo y sucesos vividos al ser víctima de violencia, con lo cual, se recolectó la información necesaria para verificar o rechazar la hipótesis planteada. Los parámetros generales de la aplicación fueron: administración individual, bajo una muestra aleatoria de N=30 seleccionados tomando como base a la percepción y victimización de las personas que asisten a consulta a las clínicas de la consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt.

Por último, se seleccionó una muestra no aleatoria de N=03, cuya característica principal de elección fue el hecho de haber sido víctima de violencia recientemente y haber obtenido alto puntaje en el índice de signos y síntomas manifestados en las respuestas a la encuesta realizada. Por lo que a partir de estas tres personas, se realizó un estudio de caso, en el que se tomaron en cuenta otros factores como antecedentes biológicos y socioculturales, los cuales facilitaron el análisis e interpretación de resultados para determinar si existe una clara relación entre la violencia y la repercusión de ésta a nivel psicológico.

CAPÍTULO III

3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La consulta externa y emergencia del Hospital Roosevelt es una de las principales áreas que brinda atención pública en las zonas más vulnerables en el ámbito de la violencia delincuencial, brindando atención médica primaria, así mismo, la población que atiende es en su mayoría de escasos recursos de áreas aledañas a su ubicación en la Ciudad de Guatemala.

Se estableció un período de observación, en donde posteriormente se encuestó a un total de 30 personas entre ellos hombres y mujeres que asisten a consulta externa y emergencia de dicho hospital, obteniendo que las mujeres jóvenes presentan mayor apertura al expresar las sensaciones vividas al ser víctima de un hecho de violencia y una percepción amplia sobre la necesidad de apoyo psicológico que evite el desencadenamiento de un trastorno psicopatológico; para luego realizar seguimiento a través de estudio de casos a 3 personas que aceptaron voluntariamente participar brindando sus datos y contando sus historias a fin de llegar a una impresión diagnóstica acertada.

Basándose en el análisis de las encuestas realizadas y el estudio de tres casos en particular, también se hizo posible rechazar la hipótesis inicial, determinando que independientemente del tipo de violencia sufrido (robo a mano armada, asalto en vehículo particular, asalto a bus, extorsión o intento de secuestro) existe la posibilidad de desarrollar signos y síntomas transitorios que no necesariamente llegan a cumplir los criterios de un trastorno específico.

Entre las características comunes encontradas dentro de la población que ha sufrido un hecho de violencia se estima que existen signos y síntomas que no varían de un trastorno a otro, entre ellos; fatiga motora, dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, inquietud e impaciencia, pérdida de energía, y que en función de los criterios del DSM IV según el tiempo, cantidad y frecuencia de síntomas, resultan ser insuficientes para establecer un diagnóstico definitivo aunque si poseen relevancia suficiente para afectar temporalmente la vida socio-afectiva de los pacientes y en base a ello se analizan los resultados obtenidos tal y como lo muestra la tabla No. 1:

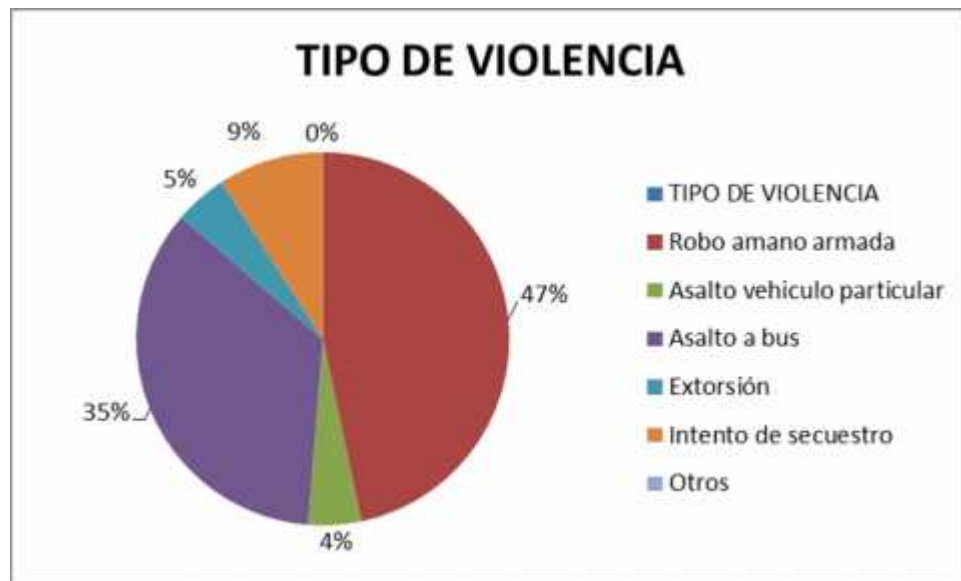
TABLA No.1
CRITERIOS DE EDAD Y SEXO EN RELACIÓN A UN HECHO DE VIOLENCIA

Criterios según encuesta	INDICADOR: Víctimas de un hecho de violencia directa o indirecta N=30
Criterio de Edad	Del porcentaje total de las personas entrevistadas se estima que entre la población más afectada se encuentran las personas comprendidas entre los 18 y 30 años de edad, probablemente debido a que son las personas económicamente más activas, tecnológicamente más actualizadas y con vitalidad para oponerse a un hecho de violencia por lo tanto están más propensos a sufrir un atentado en contra de su integridad física y emocional.
Criterio según sexo	Se obtiene que en su mayoría se ven afectadas las mujeres en edad adulta, puesto que en los resultados de la población se presume que han sido expuestas a riesgos constantes independientemente de la zona en la que vivan o transiten, esto se debe a que la imagen (percepción) de la mujer se concibe como objeto de vulnerabilidad y debilidad que la promueve a convertirse en víctima de hechos de violencia, elevando el índice de recurrencia.

Fuente: Aplicación de encuesta sobre cuadros psicopatológicos que emergen después de haber sido víctima de violencia en la ciudad capital de Guatemala 2012.

Se obtuvo además que, actualmente la población guatemalteca sufre constantemente de hechos de violencia en altos índices que resultan alarmantes en cuanto al tema de seguridad ciudadana, tal y como lo muestra la gráfica No.1:

GRÁFICA No. 1



Fuente: Aplicación de encuesta sobre cuadros psicopatológicos que emergen después de haber sido víctima de violencia en la ciudad capital de Guatemala 2012.

En la gráfica anterior se muestran los tipos de violencia más frecuentes en la población encuestada, obteniendo que existe mayor incidencia en los robos a mano armada y asalto a buses, tomando en cuenta que la mayoría de la población se moviliza a través del transporte público y en áreas en que el sistema de seguridad nacional no alcanza a cubrir a ciertas horas. Este dato también es independiente de la zona en que viven o transiten las personas que han sido víctimas de violencia, por lo que no hay una distinción entre las llamadas zonas rojas y una zona que no ha sido enmarcada como tal.

También se tuvo en cuenta el análisis de signos y síntomas recurrentes en las personas que manifestaron haber sido víctimas de un hecho de violencia en los últimos dos años, por lo que se estima que los mismos varían en cuanto a la frecuencia, duración e intensidad, tal y como lo muestra la Tabla No. 2:

TABLA No.2

CRITERIOS DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN RELACIÓN A UN HECHO DE VIOLENCIA

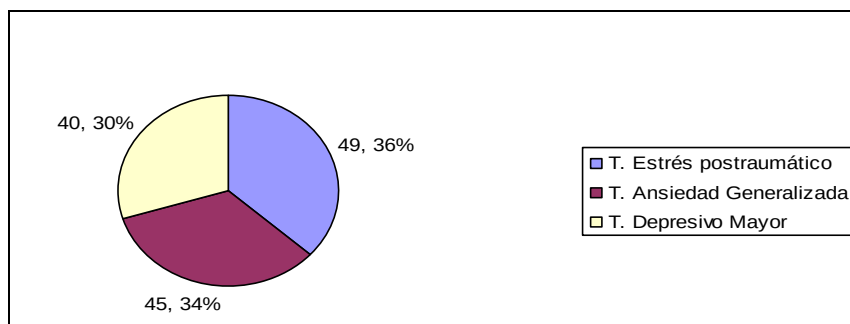
Criterios según signos y síntomas	INDICADOR: Víctimas de un hecho de violencia directa o indirecta N=30
Estrés postraumático	Existen en su mayoría altos indicadores de síntomas de un posible trastorno de estrés postraumático, ya que predominan las respuestas fisiológicas como sudoración excesiva, temblores, palpitaciones en el corazón, etc., así como también la hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto y restricción de la vida social, de manera que la población prefiere no exponerse a lugares o calles peligrosos de la ciudad capital, lo cual reduce significativamente la sensación de seguridad afectando así la locomoción o desempeño adecuado que los obliga a estar sobre alertas ante una posible situación de amenaza.
Ansiedad generalizada	Los principales síntomas de ansiedad son menores en relación con los síntomas de estrés postraumático pero no menos relevantes ya que predomina la preocupación excesiva, inquietud motora, fatiga e irritabilidad constante y tensión muscular. Dichos signos y síntomas también enmarcan el perfil histórico de víctima cuya principal característica es el miedo internalizado haciéndola más propensa a ser percibida por un victimario.
Depresión	Entre los indicadores de depresión en la población guatemalteca que ha sufrido un hecho de violencia predominan la dificultad para conciliar el sueño, la agitación o fatiga motora, disminución en la capacidad para concentrarse y fuerte presencia de indecisión, los signos y síntomas de este trastorno enmarcan a una persona excluida lo cual la hace menos vulnerable a sufrir un hecho de violencia, contrario a la sintomatología que desencadenan otros perfiles. Por otro lado, el contar con características depresivas facilita la sobreprotección de los demás lo cual hace que esta persona sea considerada indefinidamente como víctima.

Fuente: Aplicación de encuesta sobre cuadros psicopatológicos que emergen después de haber sido víctima de violencia en la ciudad capital de Guatemala 2012.

Adicional a ello, se tuvo a la vista el estudio de tres casos en los que se recopila información relevante para sustentar la investigación, obteniendo que de igual manera, y tal y como lo muestran los resultados de la encuesta realizada, las personas que han sufrido hechos de violencia de manera indirecta o directa, no necesariamente llegan a desencadenar un cuadro psicopatológico grave, puesto que se manifiestan únicamente signos y síntomas transitorios que limitan el desempeño normal de la vida cotidiana pero que al cabo de un tiempo desaparecen. También se obtiene que 1 de cada 30 personas busca ayuda de manera profesional, tras haber sufrido de un hecho de violencia, lo cual varía según el grado de afectación, tiempo y posibilidades económicas para sobrellevar el tratamiento.

De esta manera, es como se determina que, aunque las personas manifiesten algunos signos y síntomas característicos de los trastornos de estrés postraumático, ansiedad generalizada y depresión, estos no necesariamente son suficientes para que un hecho estresor (hecho de violencia) pueda llegar a ser el factor desencadenante de un trastorno psicopatológico grave; sin embargo, es importante mencionar que existe predominio de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático sobre los demás trastornos, tal y como lo muestra la siguiente gráfica:

GRÁFICA No. 2
ÍNDICE DE MAYOR FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS



Fuente: Aplicación de encuesta sobre cuadros psicopatológicos que emergen después de haber sido víctima de violencia en la ciudad capital de Guatemala 2012.

En esta última gráfica se sintetiza que la mayor incidencia de afecciones se encuentra en síntomas del Trastorno de Estrés postraumático, tomando en cuenta que una de las características principales de la población encuestada es que expresaron inmediatamente el hecho de violencia acontecido permitiéndoles así una mejor elaboración mental por lo que se estima no como un diagnóstico definitivo sino una predominancia de rasgos psicopatológicos temporales que afectan la vida social, laboral, familiar, escolar o alguna otra área importante de su vida. Por lo que se evidencia la importancia del acompañamiento psicológico en cualquier situación de violencia, independientemente de la magnitud del hecho.

Basado en el análisis cualitativo de la investigación, se obtiene que también es necesario el abordaje psicológico en todo momento. Antes, durante y después de ser víctima de violencia, tanto para estar preparado con mecanismos de afrontamiento ante una situación estresante, así como el manejo y control de las emociones y reacciones corporales durante la expectación o vivencia directa y finalmente después de sufrir inevitablemente de un hecho de violencia, esto para evitar o reducir las probabilidades de que el impacto psicológico sea grave, lo cual no implica en ningún momento desensibilizar a las personas ante la situación actual que se vive en el país, sino más bien estar preparados ante el devenir tan impredecible que afecta negativamente en la psique del ser humano.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones:

4.1.1 En base a las encuestas realizadas y el estudio de tres casos en particular, se estima que la mayoría de los y las guatemaltecas han sido víctimas de violencia en la Ciudad de Guatemala, pero esto no es un factor determinante para sufrir un trastorno psicopatológico grave por lo que se rechaza la hipótesis inicial “El haber sido víctima de violencia es una de las causas por la cual en los habitantes de la Ciudad de Guatemala emergen trastornos psicopatológicos como depresión, estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada”.

4.1.2 En el 99% de la población sujeta a investigación, predominan los signos y síntomas de estrés postraumático en comparación al 80% de la población total que solamente presenta algunos síntomas de ansiedad generalizada y en su minoría algunos síntomas depresivos que no son motivos de diagnóstico definitivo debido a que a pesar de que fueron desencadenados después de un hecho de violencia no cumplen con el criterio de tiempo.

4.1.3 La mayoría de la población que vive en la Ciudad de Guatemala y que ha sido víctima de violencia en la vía pública presenta afecciones a nivel psicológico que no necesariamente llega a ser un trastorno psicopatológico grave, pero repercute en su calidad de vida, aumentando la posibilidad de desarrollar signos y síntomas transitorios.

4.2 Recomendaciones:

- A pesar de que no en todos los casos surja una afección psicopatológica grave en las víctimas de violencia, se recomienda al Gobierno y entidades públicas de la ciudad de Guatemala ampliar las políticas de seguridad, salud y educación ciudadana y enfatizar en campañas de prevención de la violencia en la vía pública para reducir los altos índices a fin de restaurar la salud mental de la población.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas se le recomienda informar a la población guatemalteca acerca del riesgo que corre la salud mental y los factores detonantes relacionados con los signos, síntomas o cuadros psicopatológicos que pueden emerger después de haber sido víctima de violencia y de la manera en que se puede salvaguardar la salud mental.
- A los promotores de la salud se les recomienda facilitar el abordaje terapéutico a las personas que han sido víctimas de asaltos, extorsiones o intentos de secuestro ya que por el tipo de hecho de violencia sufrido, se estima que están en mayor riesgo de desencadenar un cuadro psicopatológico como estrés postraumático, ansiedad generalizada o depresión, de tal manera que se reduzcan las posibilidades de desencadenar síntomas o trastornos psicopatológicos.

BIBLIOGRAFÍA

5.1 Referencias bibliográficas:

- Aldana Oliva, Sandra. "EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE ROBO DE VEHÍCULOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA". Usac, Agosto 2012. Pág. 1
- Alvarez Santizo, Ingrid. Hernandez Rosa María. "TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CAUSADOS POR ASALTOS VIOLENTOS ACAECIDOS EN EL SERVICIO DEL TRANSPORTE EN EL CASCO URBANO". Usac, Octubre 2011. Pág. 4
- Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional constituyente. Guatemala 1985. Pág. 235
- DSM-IV Breviario, Criterios Diagnósticos, Masson, Doyma México, S.A, Santander, 93, colonia insurgentes Mixcoac, 03920 México DF. 2005. Pág. 307
- Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J. "NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO". Clínica y Salud, 2004. Pág. 292
- Garavito Fernández, Marco Antonio. "VIOLENCIA POLITICA E INHIBICIÓN SOCIAL: ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA REALIDAD GUATEMALTECA". Magna Terra Editores, S.A., 2005. Pág. 199
- González, Antonio. De Ignacio Ellacuría. "FILOSOFÍA DE LA REALIDAD HISTÓRICA". Introducción. ECA, Salvador. 1981. Pág. 606

- Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico “GLADP” Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad de Guadalajara, Coordinación editorial, 2004. Pág. 407
- Kolb LC. "Examen del paciente". PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA, 5ª ed., La prensa médica mexicana, México, 1976. Pág. 80
- Martin Baró, Ignacio. “ACCION E IDEOLOGIA PSICOLOGIA SOCIAL DESDE CENTROAMERICA”. Volumen 1, 1782 cuarta edición 1990. Editorial UCA, México D.F. Pág. 320
- Otero, Juan Arturo. Rojas, Natalia. “EFECTOS PSICOSOCIALES EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DELINCUENCIAL: Estudio a realizarse con víctimas de violencia a mano armada en la ciudad de Guatemala.” Usac, 2012. Pág. 4
- Padilla, Borges. “PSICOTERAPIA PARA EL MÉDICO GENERAL”. Revista del Colegio Médico. Guatemala, 2000. Pág. 25
- Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala. INFORME ESTADÍSTICO DE LA VIOLENCIA EN GUATEMALA. Magna Terra Editores S.A. Diciembre 2007. Pág. 78
- Riquelme, Horacio. “ERA DE NIEBLAS: Derechos Humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina”. Editorial Nueva sociedad, Venezuela, 1990. Pág. 190

- Rojas, Natalia y Otero, Arturo. "Efectos psicosociales en víctimas de violencia delincriminal. Estudio a realizarse con víctimas de violencia a mano armada en la ciudad de Guatemala". Estudio coordinado por la ODHAG y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2011. Pág. 12
- Sisti Elvio. "SALUD MENTAL DE BASE". UCA Editores, 1995. Pág. 179
- Tirado, Felipe; Martínez Miguel; Covarrubias Patricia; López Miguel; Quesada Rocío; Olmos Andrea y Días-Barriga Frida. "PSICOLOGÍA EDUCATIVA PARA AFRONTAR LOS DESAFÍOS DEL SIGLO XXI". Editorial Mc Graw Gill. Mexico, 2010. Primera Edición. Pág. 384

5.2 Referencias electrónicas:

- Procuraduría de los derechos humanos. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA. Consultado en Guatemala, 23 de julio de 2012. Disponible en: www.Pdh.org.gt
- Moscovici, Serge. LA TEORIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES. Consultado en Guatemala, 28 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.culturayrs.com/files/Mora.pdf>



ANEXO No. 1

ENCUESTA
Cuadros psicopatológicos que emergen después de
haber sido víctima de violencia

Edad **Sexo**

Sección A: A continuación se le presenta una serie de afirmaciones, marque con una “X” en el recuadro correspondiente si usted ha sido víctima de violencia:

1. ¿Cuándo fue la última vez que fue víctima de un hecho de violencia que le haya afectado grandemente?

Menos de 6 meses 6 meses a un año Más de un año

2. Usted fue víctima de violencia de forma:

Directa Indirecta

3. De qué tipo de violencia fue víctima:

Robo a mano armada		Extorsión	
Asalto en vehículo particular		Intento de secuestro	
Asalto a bus		Otro: _____	

4. ¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico después de haber sido víctima de violencia?

Si No

5. ¿Hace cuánto tiempo recibió ayuda psicológica después de haber sido víctima de violencia?

Menos de 6 meses 6 meses a un año Más de un año



Sección B: Marque con una “X” si usted ha padecido alguno de los siguientes síntomas después de haber sido víctima de violencia. **Puede marcar varias opciones en cada recuadro.**

CUADRO No. 1	
Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.	
Recuerda el hecho de violencia recurrentemente lo que le provoca malestar.	
Tiene sueños de carácter recurrente sobre el hecho de violencia, que le producen malestar.	
Actúa o tiene la sensación de que el hecho de violencia está ocurriendo nuevamente.	
Tiene malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos (como calles, lugares, etc.) que le recuerdan un aspecto del hecho de violencia.	
Tiene respuestas fisiológicas como sudoración excesiva, temblores, palpitaciones en el corazón, al exponerse a estímulos que le recuerdan el hecho de violencia que sufrió.	
Realiza esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el hecho de violencia que vivió.	
Realiza esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del hecho de violencia.	
Tiene incapacidad para recordar un aspecto importante del hecho de violencia.	
Posee poco interés en la participación de actividades significativas.	
Tiene sensación de desapego o alejamiento frente a los demás.	
Siente restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).	
Posee sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).	
Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño después del suceso de violencia.	
Manifiesta irritabilidad o ataques de ira después de ser víctima de violencia.	
Tiene dificultades para concentrarse.	
Manifiesta hipervigilancia (estar alerta mucho tiempo).	
Tiene respuestas exageradas de sobresalto.	
Ha padecido alguno de los síntomas anteriores por más de un mes.	
Los síntomas anteriores perjudican su vida familiar, social, laboral, escolar o alguna otra área importante de su vida.	
Los síntomas anteriormente descritos iniciaron inmediatamente después del suceso de violencia.	

Después de haber sido víctima de violencia usted ha sentido que:

CUADRO No. 2	
Tiene ansiedad y preocupación excesivas, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.	
Le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.	
Tiene inquietud o impaciencia.	
Se fatiga fácilmente.	
Se le dificulta concentrarse o tener la mente en blanco.	
Se siente constantemente irritado.	
Siente tensión muscular.	
Tiene alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).	
Los síntomas anteriores perjudican su vida familiar, social, laboral, escolar o alguna otra área importante de su vida.	

Después de haber sido víctima de violencia usted ha sentido que:

CUADRO No. 3	
Su estado de ánimo es depresivo la mayor parte del día, casi cada día (p. ej., se siente triste, vacío o llora mucho).	
Tiene disminución del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.	
Siente que ha perdido peso sin hacer régimen o que ha aumentado de peso y que durante casi todos los días ha perdido o aumentado su apetito.	
Siente que no puede dormir o que le da mucho sueño durante el día.	
Siente que ahora está más agitado, inquieto o que es más lento.	
Posee fatiga o pérdida de energía casi cada día.	
Posee sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.	
Tiene disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.	
Tiene pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte).	
Posee ideación suicida recurrente sin un plan específico.	
Ha tenido la tentativa de suicidarse o un plan específico para suicidarse.	
Los síntomas anteriores perjudican su vida familiar, social, laboral, escolar o alguna otra área importante de su vida.	
Durante el hecho de violencia perdió a un ser querido.	

Observaciones: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.