

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO**

**ARIADNA CARVAJAL ZÚÑIGA**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA ENFASIS ADICCIONES Y VIOLENCIA  
Bogotá, D.C. Julio 2015**

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA CON ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO  
TESIS DE MAESTRIA**

**ARIADNA CARVAJAL ZÚÑIGA, PS  
Cód. 460118**

**EDUIN CÁCERES ORTIZ, PH.D  
Director**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA ENFASIS ADICCIONES Y VIOLENCIA  
Bogotá, D.C. Julio 2015**



## Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:  
**Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)**  
Para leer el texto completo de la licencia, visita:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

### Usted es libre de:

Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra  
hacer obras derivadas



### Bajo las condiciones siguientes:



**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
de Colombia

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### PROGRAMA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA


#### ACTA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

En Bogotá a los veintitrés (23) días del mes de abril del año 2015, se reunieron los suscritos miembros del Comité de Maestría en Psicología, para evaluar y otorgar la calificación final al trabajo de grado presentado por la estudiante **ARIADNA CARVAJAL ZUÑIGA** titulado: "EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO".

Una vez revisada el acta del examen de sustentación y de conformidad con los criterios establecidos por la dirección del programa, se ratificó la calificación de los jurados dada en la sustentación pública:

#### APROBADA

  
CARLOS VARGAS ORDÓÑEZ  
Decano

  
MARTHA LUCÍA GÓMEZ G.  
Directora Maestría en Psicología

“Las opiniones expresadas en éste trabajo son responsabilidad de sus autores, la Facultad de Psicología solo ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético”.

Reglamento Interno  
Artículo, 65

## **Agradecimientos**

Agradezco a Phd. Olga Lucia Valencia quien fue mi tutora en primer momento del estudio y por ende me asesoro y guió en la estructura del proyecto investigativo. Al CAVIF quienes confiaron en el proyecto de investigación y remitieron al grupo de investigadores las mujeres y parejas que llevan proceso con ellos. A la Dra. Leonor Walker por permitirnos aplicar y ajustar la entrevista “Síndrome de la mujer maltratada”, y por supuesto al coordinador del grupo investigativo en violencia de pareja de la Universidad Católica quien es mi tutor Phd. Eduin Cáceres y a los estudiantes que hacen parte del grupo.

Así mismo, agradezco a mi familia y amigos que estuvieron impulsándome en cada momento.

## **Dedicatoria**

Dedico este estudio a cada una de las mujeres que hicieron parte del mismo, quienes desean y luchan cada día por tener una vida sin violencia para ellas y para sus hijos. Que esa luz de esperanza y su valentía sea acompañada cada vez más por la sociedad y las instituciones que deben fortalecerse y ser más firmes con quienes usan la violencia contra otro ser.

## Tabla de Contenido

Justificación,	17
Marco Teórico,	20
Violencia de Pareja,	20
Tipos de violencia,	26
Dinámica de la violencia,	29
Factores de riesgo,	31
Factor de riesgo relacionado con la situación de desplazamiento forzado,	37
Mantenedores de la violencia de pareja,	44
Consecuencias de la violencia de pareja,	46
Trastorno por Estrés Postraumático,	54
TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión,	59
Técnicas para tratamiento psicológico del TEPT,	60
Programa de Tratamiento,	75
Planteamiento del Problema,	79
Pregunta de investigación,	82
Objetivos,	83
General,	83
Específicos,	83
Variables,	83
Variable Dependiente,	83
Sintomatología concomitante,	85
Variables Independientes,	88
Control variables extrañas,	89
Hipótesis,	90
Método,	91
Diseño,	91
Participantes,	91
Fuentes de derivación,	93
Instrumentos,	93
Procedimiento,	101
Aspectos éticos,	104
Análisis de Resultados,	105



Caracterización de la muestra, 106
Submuestras, 108
Diagnóstico presencia y gravedad de síntomas, 109
Características de las mujeres participantes con historia de violencia de pareja, 113
Equiparación de las submuestras según características socio demográficas, 142
Análisis de fiabilidad de los instrumentos, 144
Comparación en puntajes pretest, 145
Eficacia del tratamiento comparación pretest, 151
Percepción del cambio y satisfacción con el tratamiento, 157
Tamaño del efecto, 160
Significancia clínica, 162
Discusión, 166
Participantes con violencia de pareja: características y funcionamiento de la relación, 167
Consecuencias de la violencia de pareja, 176
Eficacia del programa del intervención, 178
Consideraciones y recomendaciones personales, 183
Limitaciones del estudio, 185
Referencias, 186

## Lista de Tablas

- Tabla 1. Consecuencias en la salud y de autocuidado de la violencia de pareja, 52
- Tabla 2. Resumen de las investigaciones sobre tratamientos para víctimas de violencia de pareja con TEPT, 63
- Tabla 3 Programas de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja, 68
- Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento, 92
- Tabla 5. Estadísticos descriptivos, 106
- Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, 107
- Tabla 7. Correlaciones, 107
- Tabla 8. Presencia sintomatología TEPT por subgrupo (Pretest), 110
- Tabla 9. Presencia de criterios B, C, D Y E del TEPT por subgrupo (Pretest), 110
- Tabla 10. Presencia de sintomatología de ansiedad por subgrupos (Pretest), 112
- Tabla 11. Presencia sintomatología de depresión por subgrupos (pretest), 113
- Tabla 12. Indicadores complementarios del la muestra, 116
- Tabla 13. Estado de salud, 120
- Tabla 14. Historia de la infancia, 121
- Tabla 15. Relación de violencia más significativa, 122
- Tabla 16. Poder y control, 124
- Tabla 17. Sexualidad, 125
- Tabla 18. Consumo de SPA, 128
- Tabla. 19. Violencia psicológica en incidentes de violencia general, 133
- Tabla. 20. Violencia física en incidentes de violencia general, 137
- Tabla. 21. Violencia sexual en incidentes de violencia general, 140
- Tabla 22. Pruebas robustas de igualdad de las medias, 143
- Tabla 23. Comparaciones múltiples de variables demográficas (HSD de Tukey), 143
- Tabla 24. Coeficientes de Fiabilidad PCL-5 -Coeficientes de Fiabilidad BAI-BDI, 145
- Tabla 25. Pruebas robustas de igualdad de las medias, 145
- Tabla 26. Comparaciones múltiples para factores del PCL-5 (HSD de Tukey), 146
- Tabla 27. Pruebas robustas de igualdad de las medias, 149
- Tabla 28. Comparaciones múltiples - Ansiedad y Depresión (HSD de Tukey), 149
- Tabla 29. Estadísticos de muestras relacionadas, 150
- Tabla 30. Prueba de muestras relacionadas - Factores del PCL-5, 153

Tabla 31. Estadísticos de muestras relacionadas,	154
Tabla 32. Prueba de muestras relacionadas - Ansiedad y Depresión,	154
Tabla 33. Pruebas de contrastes intra-sujetos,	155
Tabla 34. Pruebas de contrastes intra-sujetos,	157
Tabla 35. Descriptivos del PCL-5 en dos medidas repetidas,	158
Tabla 36. Descriptivos del BAI y BDI en dos medidas repetidas,	160
Tabla 37. Comparación entre fase pretest y postes 1,	161
Tabla 38. Comparación entre fase pretest y postes 2,	162
Tabla 39. Significancia TEPT,	162
Tabla 40. Significancia ansiedad y depresión,	162
Tabla 41. Descriptivos del instrumento en dos medidas repetidas,	163
Tabla 42. Prueba de muestras relacionadas,	163
Tabla 43. Calidad del servicio recibido,	165
Tabla 44. ¿Encontró la clase de ayuda y servicio que buscaba?,	165
Tabla 45. ¿El programa ha satisfecho sus necesidades?,	165
Tabla 46. ¿Recomendaría nuestro programa?,	165
Tabla 47. ¿Está satisfecha con el tipo de ayuda recibida?,	165
Tabla 48. ¿Le ha ayudado el servicio a hacer frente más eficazmente a sus problemas?,	166
Tabla 49. ¿Está satisfecha con el servicio recibido?,	166

## Lista de Figuras

- Figura 1. Mantenedores de la violencia de pareja, 46
- Figura 2. Dimensiones, Componentes y técnicas del programa de tratamiento, 78
- Figura 3. Histograma - Distribución de la variable edad, 106
- Figura 4. Presencia de escala global de TEPT en la muestra, 109
- Figura 5. Presencia de criterios de TEPT en la muestra, 110
- Figura 6. Presencia y Gravedad de sintomatología de ansiedad en la muestra, 111
- Figura 7. Presencia y Gravedad de sintomatología de depresión en la muestra, 113
- Figura 8. Estado Civil, 114
- Figura 9. Escolaridad, 115
- Figura 10. Víctima del conflicto, 115
- Figura 11. Actividad económica, 117
- Figura 12. Vinculación laboral, 118
- Figura 13. Porcentaje aportado al hogar, 118
- Figura 14. Autonomía económica, 119
- Figura 15. Tiempo que dura la relación, 122
- Figura 16. Medidas de protección solicitadas, 126
- Figura 17. Prueba de violencias anteriores, 127
- Figura 18. Denuncias por violencia contra hijos y familiares, 127
- Figura 19. Frecuencia violencia de pareja, 128
- Figura 20. Cambios en la violencia a través del tiempo, 129
- Figura 21. Gravedad de lesiones, 130
- Figura 22. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica, 131
- Figura 23. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica, 132
- Figura 24. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica, 132
- Figura 25. Presencia de diferentes formas de violencia física, 135
- Figura 26. Presencia de diferentes formas de violencia física, 136
- Figura 27. Presencia de diferentes formas de violencia física, 136
- Figura 28. Presencia de diferentes formas de violencia sexual, 138
- Figura 29. Presencia de diferentes formas de violencia sexual, 139
- Figura 30. Presencia de diferentes formas de violencia sexual, 140
- Figura 31. Comparaciones en factores de TEPT medidos por el PCL-5, 148
- Figura 32. Comparación del total de la escala PCL-5 según grupo, 148

Figura 33. Diferencias entre grupos para las variables Ansiedad y Depresión, 150

Figura 34. Tendencias de cambio en las variables del PCL-5, 153

Figura 35. Tendencias de cambio en las variables ansiedad y depresión, 155

Figura 36. Tendencias de cambio en las tres mediciones con el PCL-5, 156

Figura 37. Tendencias de cambio en las tres mediciones con el BAI y BDI, 157

Figura 38. Tendencias del PCL-5 en dos medidas repetidas, 159

Figura 39. Tendencias del BAI Y BDI en dos medidas repetidas, 160

Figura 40. Tendencias observadas en los ítems de percepción del cambio, 164

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático  
DSM – 5, 207

Apéndice B. Protocolo de evaluación y psicoeducación para entrega de  
resultados, 210

Apéndice C. Resumen de programa de tratamiento, 257

Apéndice D. Descripción de las sesiones del programa de tratamiento: Manual  
para terapeutas, 267

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO**

**Ariadna Carvajal Zúñiga y Eduin Cáceres Ortiz  
Universidad Católica de Colombia**

**Resumen**

El objetivo de éste estudio fue evaluar la eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja. El tratamiento es breve, grupal e implementa técnicas cognitivo – conductual y multicomponente. 8 participantes en el programa de tratamiento y 4 participantes en grupo control. El diseño fue cuasi experimental, se utilizaron instrumentos validos para medir TEPT, depresión y ansiedad y el Cuestionario Síndrome de la Mujer Maltratada. Se evidencia reducción de la sintomatología de la escala global del TEPT ( $\bar{X} = 44,9 - \bar{X} = 21,4$ ) y tres de las subescalas reexperimentación ( $\bar{X} = 11,4 - \bar{X} = 4,87$ ), Alteraciones negativas en la cognición y estado del ánimo ( $\bar{X} = 14,4 - \bar{X} = 5,9$ ) y alteración de la alerta y reactividad ( $\bar{X} = 13,4 - \bar{X} = 6,75$ ) y de la sintomatología de ansiedad ( $\bar{X} = 25,6 - \bar{X} = 12,3$ ) y depresión ( $\bar{X} = 19,2 - \bar{X} = 6,1$ ). Estos resultados se mantienen a los tres meses. En conclusión, el estudio piloto fue eficaz en la reducción de estrés postraumático y la ansiedad, pero es importante revisión de la guía para criterio de evitación. Una de las limitaciones es el tamaño de la muestra.

Palabras Clave: Violencia de Pareja (Sc 26373), Estrés Postraumático (Sc 39727), Ansiedad (Sc 03310), Depresión (Sc 13650).

**EFFICACY OF A TREATMENT PROGRAM FOR WOMAN VICTIMS OF  
INTIMATE PARTNER VIOLENCE WITH POSTTRAUMATIC STRESS  
RESULTS OF A PILOT STUDY**

**Ariadna Carvajal Zúñiga y Eduin Cáceres Ortiz**

**Universidad Católica de Colombia**

**Abstract**

The aim of this study was to evaluate the efficacy of a treatment program for women victims of intimate partner violence. The treatment is brief, group, implements cognitive - behavioral techniques and multicomponent. There were 8 participants in the treatment program and 4 participants on control group without treatment program. The design was quasi-experimental, valid for measuring PTSD, depression and ansiedad and translated and adjusted the questionnaire Battered Women Syndrome instruments were used. In the application pretest - posttest reducing symptoms of PTSD global scale ( $\bar{X} = 44,9 - \bar{X} = 21,4$ ) and three subscales re-experiencing ( $\bar{X} = 11,4 - \bar{X} = 4,87$ ), negative alterations in cognition is found and mood ( $\bar{X} = 14,4 - \bar{X} = 5,9$ ) and impaired alertness and reactivity ( $\bar{X} = 13,4 - \bar{X} = 6,75$ ) and anxiety symptoms ( $\bar{X} = 25,6 - \bar{X} = 12,3$ ) and depression ( $\bar{X} = 19,2 - \bar{X} = 6,1$ ). These results were maintained at three months. In conclusion, the pilot study was efficacy in reducing PTSD, anxiety and depression, but it is important to review the guidance for avoidance criteria. One of the limitations is the size of the sample.

Keywords: Intimate Partner Violence (Sc26373), Posttraumatic Stress Disorder (Sc39727), Anxiety (Sc03310), Depression (Sc13650).



### **Justificación**

La violencia de pareja en los últimos años, ha comenzado a tener mayor visibilidad y relevancia, no solo por la magnitud de la problemática sino también por las consecuencias que conlleva a nivel individual, familiar, social, económico y jurídico. Las estadísticas realizadas en los últimos años en diferentes países, muestran que la violencia y el maltrato en la pareja es un fenómeno cada vez más frecuente (Archer, 2000).

En el informe sobre los primeros resultados del estudio multi-pais de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se evidencia que el porcentaje de mujeres entre los 15 a 49 años, que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja, a lo largo de su vida, oscilaba entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%. (OMS, 2005).

En el mismo sentido, cifras alarmantes y similares se evidencian en análisis reciente hecho por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica, basado en los datos de más de 80 países, cerca de un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones la cifra es mucho mayor. Así mismo, visibiliza que el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (OMS, 2013).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 establece que el 37% de las mujeres colombianas alguna vez unidas manifiestan haber sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas al menos una vez. Esta encuesta reporta expresiones como los golpes con la mano, patadas, “zarandeos”, golpes con objetos, amenazas con armas e intentos de estrangulamiento, entre otras. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2013) la violencia intrafamiliar se presenta como la segunda causa de violencia en el país. Para el 2013 se reportaron en el sistema médico-legal 68.230 casos de este tipo de violencia.

En 2013, el INMLCF clasifica la violencia intrafamiliar, en cuatro diferentes contextos, a saber, violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la pareja, violencia contra el adulto mayor y violencia entre otros familiares. Mediante esta clasificación se identifica que la violencia de pareja tuvo mayor número de valoraciones médico legales, en el 2013 se registraron 44.743 casos representando el

65,58%, seguida de la violencia entre otros familiares con el 18,20%, la violencia contra niños, niñas y adolescentes con 14,23%, y por último, la violencia contra personas mayores con 2,00% (INMLCF, 2014).

En todos los contextos, se observa que la mujer fue la más victimizada, en el caso de violencia de pareja el 87,21% de los casos fueron víctimas las mujeres, mientras que para los hombres el porcentaje fue de 12.79%, lo cual según el instituto es un comportamiento similar a los años anteriores. Así mismo, se evidencia en este informe, que en Bogotá, Medellín (Antioquia), Cali (Valle del Cauca), Villavicencio (Meta) y Neiva (Huila), fue donde se registraron más casos de violencia contra la pareja (4, 2014).

Barón (2010) señala que es más probable para una mujer de Bogotá experimentar violencia física por parte de su esposo o compañero que para otra mujer en otras regiones del país, aspecto que también se evidencia en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud de 2011 realizada con base en 3.604 hogares de las 20 localidades de Bogotá, 72% de las mujeres respondieron que su esposo las controla, aspecto que supera en el 6% al promedio nacional. El 25% de las bogotanas afirman que su marido les ha dicho frases como “usted es bruta” o “no sirve para nada”, este mismo grupo es el más amenazado por parte de sus parejas. El 23% de las bogotanas declaró haber sido tocada o manoseada sin su consentimiento, lo cual supera en 6 puntos el promedio nacional (EDDS, 2011).

Para el 2013 según información del INMLCF (2014), se reportaron 44.743 mujeres víctimas de violencia de pareja a nivel nacional. En el informe de violencia intrafamiliar y delitos sexuales Bogotá D.C del Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad (CEACSC, 2013), de la Secretaría de Gobierno de Bogotá D.C, se identifican 5,994 casos reportados de violencia de pareja, donde las víctimas son en un 63.8% mujeres y 36.2% hombres. Evidenciando de esta manera que en Bogotá continua con un alto porcentaje de la población víctima de violencia de pareja.

Teniendo en cuenta la magnitud de la problemática, algunas organizaciones internacionales y nacionales en pro de los derechos humanos, derechos de las mujeres, salud pública y desarrollo en general, han brindado apoyo a investigaciones y proyectos con el propósito de visibilizarla, para que de esa manera deje de ser un asunto de la vida privada y sea considerada como un problema social y de salud pública, y por ende los países generen los mecanismos requeridos para la protección

de los derechos de las mujeres y niñas; pues a pesar que dicha problemática no es reciente, es desde hace poco que se visibiliza.

En Colombia, la prohibición legal de la violencia intrafamiliar es relativamente reciente, no supera los veinte años, pues aunque en la Constitución política del 1991 en el artículo 42 manifiesta que "... las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley"; es en 1996 mediante la Ley 294 que se desarrolla éste artículo y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Es a partir de ésta fecha que Colombia tiene una serie de avances políticos y legislativos en torno a la violencia intrafamiliar y en la última década avanza en el reconocimiento de los derechos de las mujeres desde las diferentes instancias, promoviendo la equidad entre hombre y mujer e igualdad en oportunidades.

Aunque se observa una serie de avances políticos y legislativos en torno a la violencia de pareja, en donde se castiga al maltratador, ha habido dificultades para facilitar la operativización de esos avances en la oferta efectiva, eficiente y eficaz de servicios para la asistencia, detección, diagnóstico, atención y seguimiento integral de las víctimas, así como para sus hijas e hijos quienes también sufren consecuencias negativas en su salud y bienestar psicológico. Falta una comprensión más holística de la problemática, para prevenirla y atender las consecuencias que se generan de ésta tanto físicas, psicológicas y psicosociales.

Podría deducirse que aunque es una problemática que se vivencia desde hace mucho tiempo, es desde hace poco que se reconoce, enfrenta y se busca aportar a su solución. Por lo tanto se hace necesario profundizar en la investigación sobre las nuevas dinámicas, dificultades y necesidades de la población, los procesos de evaluación y los instrumentos psicológicos para establecer un diagnóstico o valoración de los casos que permita plan de tratamiento ajustado a las necesidades de la víctima, diseñar e implementar programas terapéuticos específicos que respondan efectivamente y los correctivos o complementos necesarios para ser más efectivos en la respuesta de asistencia, lo cual permita consolidar la capacidad de las instituciones que atienden y promover procesos que tiendan a la sostenibilidad de la atención brindada, en cuanto a la recuperación emocional y al fortalecimiento de los procesos familiares y sociales.

El presente estudio pretende evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia en pareja con estrés postraumático, con el propósito de aportar en la atención de las consecuencias de la violencia de pareja, brindar herramientas para mejorar el quehacer profesional y el compromiso ético en la actualización del conocimiento y aprendizajes de técnicas y procedimientos avalados y basados en la evidencia. Siendo ésta una parte de la investigación del grupo de investigación del macro proyecto sobre violencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica, sobre la problemática de violencia de pareja, donde también se tiene en cuenta el diagnóstico y atención terapéutica del maltratador, ya que es necesaria una comprensión holística de la misma.

### **Marco Teórico**

Es necesario comprender el fenómeno de la violencia de pareja, con el propósito de brindar una atención integral que permita a las mujeres que la vivencian, afrontar la situación actual, viabilizar de nuevo un proyecto de vida y restablecer sus derechos.

Teniendo en cuenta lo anterior, este proyecto de investigación se centra en tres temas: la violencia de pareja como eje, el desplazamiento forzado como factor de riesgo en el contexto colombiano y el estrés postraumático como consecuencia.

La violencia de pareja se explora para definirla, comprenderla y establecer factores de riesgo y consecuencias. El fenómeno de desplazamiento se examinara en lo general haciendo referencia a sus consecuencias psicosociales, y en lo específico a la estructura y dinámica familiar. Dado que el objeto de este trabajo es proponer un programa de tratamiento para la población afectada, se hará énfasis en las consecuencias referentes a la salud mental, y, en especial, en aquella que la estadística evidencia es recurrente: el estrés postraumático.

### **Violencia de Pareja**

En la mayoría de los casos la violencia de pareja se da en el contexto familiar, de ahí que se haya confundido muchas veces la violencia de pareja como violencia intrafamiliar y se presente una serie de sinónimos que dependen de la perspectiva profesional que se tome y de la forma como se asuma la relación víctima -

maltratador.

Al revisar las investigaciones que se han realizado sobre la violencia de pareja cabe mencionar la dificultad que se tiene en la conceptualización de la problemática y su delimitación; así como también en la claridad del concepto de familia y la diferencia entre conflicto y violencia. Por lo tanto se hace necesario, antes de avanzar en el tema, aclarar estos conceptos. Con este fin, se define a la familia como una red compleja donde intervienen distintas formas de relaciones, interacciones, vínculos y dinámicas. Tahon y Pesloûan (1993, citado por Rubiano, Hernández, Molina & Gutiérrez, 2003), definen la familia como:

Organización social básica, está constituida por el conjunto de personas que se encuentran ligadas entre sí por vínculos de sangre y erótico afectivos, en virtud de los cuales establecen vínculos económicos, jurídicos y sociales definidos y regulados socialmente. En cuanto comparte estos vínculos es una comunidad de intereses. Así, la familia se entiende como una forma particular de relaciones e interacciones de distinto orden entre los individuos y no como un lugar en el que sólo se juegan relaciones entre los sexos. Éstas son una de las formas de relacionamiento además de las relaciones de clase, económicas, políticas, sociales y jurídicas (p.26).

Además de esta compleja red de relaciones e interacciones entre los miembros de la familia que plantea ésta definición debe cumplir unas funciones, que según Rubiano y otros (2003) son: reproducción biológica, mediante la gestación; reproducción cotidiana, mediante la producción, distribución y consumo cotidiano de bienes y servicios, garantía de la sobrevivencia diaria y el bienestar; protección física y social, previniendo las dificultades y subsanando los riesgos; de reproducción social, mediante transmisión de conocimiento, tradiciones, entre otros; de regulación y satisfacción psicoemocional y afectiva, mediante la identificación del otro como un significativo y asignándole importancia; de control y regulación social, de manera que se ajuste a los comportamientos y normas socialmente deseables.

Desde la Constitución Política de Colombia de 1991 Artículo 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio por la voluntad responsable de conformarla. Para los efectos de la ley 294 de 1996, integran la familia: los cónyuges o compañeros permanentes; el padre y la madre de

familia, aunque no convivan en un mismo hogar; los ascendientes o descendientes de los anteriores y los hijos adoptivos; y todas las demás personas que de manera permanente se hallaren integrados a la unidad doméstica.

Así mismo, la pareja se considera como un vínculo afectivo y relacional entre dos individualidades diferentes, quienes establecen un proyecto vital común, en el que confluyen las voluntades de quienes aportan una historia particular resultante de procesos de socialización también específicos. En la pareja convergen los imaginarios y prácticas derivados de las relaciones de género, e influyen en su dinámica factores de tipo económico, social, político y religioso (Ley 294, 1996).

Estos factores pueden en algunas ocasiones generar contradicción entre los intereses de la pareja y por ende conflictos, estos últimos hacen parte sustancial de la vida cotidiana.

Margolin (1987), Margolin y Burman (1993), consideran que el conflicto es inevitable en cualquier relación íntima y que inclusive tiene una función constructiva, aunque para algunas parejas sea destructiva. El conflicto es una situación que se puede regular mediante la concertación y negociación para la solución o búsqueda del beneficio mutuo, lo cual es una respuesta positiva; contrario a esto se encuentra el mal manejo o respuesta negativa que se caracteriza por el empeoramiento y detrimento de la situación y puede conllevar a la violencia de pareja.

En cuanto a lo conceptual de la violencia de pareja, la diversidad de perspectivas y definiciones es debido tanto a la complejidad del fenómeno como a las diferentes áreas que están interesadas en el estudio para la comprensión de esta problemática.

En éste estudio se utilizan conceptos universales y promulgados por entidades que representen gran parte de los países miembros de organizaciones o reunión de expertos y científicos en el área de la violencia, y tiene en cuenta el desarrollo que se ha tenido alrededor del tema, en donde se ha diferenciado fenómenos que tienen relación pero que son diferentes, como lo son la violencia: familiar, doméstica, de género y contra la mujer. Éste avance se puede evidenciar de la siguiente manera:

En 1993, la Organización de las Naciones Unidas planteaba que la violencia contra la mujer era “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993), éstos actos abarcaban también aquella violencia física, sexual o psicológica que se presentaba en la familia.

En el siguiente año, la ONU hace otras aclaraciones respecto a la violencia familiar y doméstica; por la primera, entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia que puede darse entre hermanos, el maltrato infantil y el maltrato a mayores de edad (Lanzos, 2001).

En relación con lo doméstico se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de parentesco, se debe recordar que proviene del latín “domus” que significa casa u hogar (Lanzos, 2001). Como se evidencia, este otro concepto permite incluir todos los casos de violencia que se puedan dar entre personas que conviven.

En los últimos años, investigadores sobre la violencia de pareja como Rincón y Labrador (2001); Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2001, 2002), encontraron en los resultados de sus estudios que en algunos casos de mujeres el maltrato continuaba a pesar de haberse separado, en este sentido, se empieza a evidenciar que no es imprescindible que convivan en el mismo domicilio, lo importante es que se tenga o haya tenido un lazo afectivo como pareja en algún momento. Rubiano, et. al (2003) identificaron en las parejas que presentaban agresión que el 4.3% eran cónyuges que no convivían, el 10% eran separados y el 13% eran uniones libres que no convivían. Además en algunas ocasiones se agrava hasta el punto de ser mortal para la mujer.

En el Estudio sobre las Medidas Adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres, se pretendió reunir una variedad de definiciones al respecto, resultando como violencia de pareja aquella violencia ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, ésta violencia tiene lugar por la necesidad de poder y control del agresor, ya sea, física psicológica y/o sexual, producida de forma reiterada (Díaz-Aguado & Martínez, 2002, p. 12).

Así mismo, Díaz-Aguado & Martínez (2002), del Instituto de la Mujer de España, plantean que cualquier definición de violencia de pareja debe contener los

siguientes elementos:

- Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
- Practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental.
- El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer.
- Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos.

Además de lo anteriormente expuesto, con el tiempo se ha hecho más visible que este tipo de violencia no solo es perpetrado contra las mujeres, y por tanto, el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología APA define la violencia de pareja como “Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por un miembro de la pareja hacia el otro, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona” (Walker, 1999, p. 23), así como el acoso cometidos por un miembro de la pareja contra el otro.

Por lo tanto, la tendencia de considerar la violencia de pareja como violencia de género, según Sanmartín (2007) es imprecisa, puesto que generalmente se considera el género femenino. Así mismo, las relaciones violentas en el seno de las parejas ya no se restringen a las relaciones heterosexuales patriarcales (hombre violento/mujer víctima), sino que también se producen bidireccionalmente y entre mujeres y hombres en relaciones homosexuales (Cantera, 2004, Leventhal & Lundy, 1999, citado por Talego, Florido & Sabuco, 2012)

En este sentido, la violencia de pareja se debe diferenciar de la violencia de género (así sea comprendida de manera integral como aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género), y de la violencia contra la mujer, ya que se extiende la mirada hacia otros actores y contextos, se presenta en lo laboral, académico, social – comunitario, entre otros. La violencia de pareja se enmarca dentro de uno de los tipos de violencia que se presenta en la familia, teniendo en cuenta que esta última; hace referencia también a otros miembros de la familia entre hermanos, maltrato infantil, violencia al adulto mayor, etc.



En conclusión, éste tipo de violencia se presenta entre parejas que tienen o tuvieron un rol definido y que compromete o no la misma vivienda. Es aquella donde uno de los miembros de la pareja protagoniza una acción u omisión para infringir intencionalmente en el otro daño físico, psicológico y/o sexual; violando los derechos fundamentales del otro.

Éste tipo de violencia se caracteriza porque la relación maltratador – víctima es emotiva, y están o estuvieron juntos por la satisfacción de al menos alguna necesidad, se cruzan tanto los sentimientos positivos como los negativos, entre estos últimos se desarrolla la culpa (acusaciones y auto culpa), la vergüenza, el resentimiento pero al mismo tiempo hay un alto grado de dependencia.

Así mismo, presenta unas características específicas: a) es una conducta que no suele denunciarse, y si se denuncia, la víctima probablemente perdonará al agresor antes que el sistema penal sea capaz de actuar; b) es una conducta continuada en el tiempo: el momento de la denuncia suele coincidir con algún momento crítico para el sistema familiar (por ejemplo, la extensión de la violencia a los hijos); y c) como conducta agresiva, se corre el riesgo de ser aprendida de forma vicaria por los hijos, garantizando parcialmente una transmisión cultural de los patrones de conducta aprendidos (Echeburúa & De Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000, citado por Echeburúa, Amor y De Corral, 2002).

Ésta primera característica también fue planteada por Farmer y Tiefenthaler (1996: 1997, citados por Sánchez y Ribero, 2004) quienes al estudiar la reacción de la mujer ante el maltrato, y encuentran que aunque las mujeres maltratadas por su esposo / compañero buscan refugio temporal con familiares o en el Estado, regresan a convivir con el agresor después de un tiempo la mayoría de las veces muy breve.

Otras características señaladas por el (Carreño, 2010; Forero, 2010; Holder y otros, 2009 citados por Cáceres, 2012) son: a) La violencia de pareja es cíclica, no es un episodio aislado. Por lo general, se registran varios acontecimientos de violencia de pareja en contra de la misma persona por parte del mismo maltratador, ya sea de forma física, psicológica o sexual. b) La violencia se manifiesta en diferentes traumatismos físicos (tanto politraumatismos y como traumatismos a escala facial). c) El domingo es el día más habitual en el que se da la violencia de pareja y, en general, el fin de semana, ya que se asocia con el consumo de alcohol y otros factores de riesgo.

**Tipos de violencia.**

Como se ha mencionado, la violencia de pareja se presenta cuando alguno de los miembros que conforma la pareja, en su mayoría el hombre, transforma en maltratante la relación causando daño físico, psicológico y/o sexual.

Violencia física: es el tipo de maltrato más evidente y el más fácil de identificar, es la “forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, como consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional, ya que es generada con una intencionalidad específica” p. 3 (Ministerio de Salud, 1999). Dicha violencia “produce enfermedad, dolor, heridas, mutilaciones o muerte” p. 7 (Defensoría del Pueblo, 1995). Se manifiesta mediante conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, escupir, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., con conductas “pasivas”, entre ellas la negligencia, la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión.

La ENDS (2010) evidencia el 37% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportaron haber sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero. El 85 por ciento de las mujeres que han sido objeto de agresiones por parte de su esposo o compañero, se quejó de lesiones o secuelas físicas o psicológicas como consecuencia de las golpizas. A pesar de éstos resultados tan altos sobre lesiones personales o secuelas de las golpizas, solamente el 21 por ciento (una quinta parte) acudió a un médico o establecimiento de salud para recibir tratamiento e información.

Violencia Psicológica: Este tipo de violencia es difícil de identificar y evaluar (McAllister, 2000; Walker, 2009), y según O’Leary (1999), suele preceder a la violencia física, otros autores plantean que la acompaña como una forma de control a través del miedo y la degradación. La violencia psicológica “se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente” (Ministerio de Salud, 1999, p. 7). En este sentido, es la subvaloración y descalificación del otro por medio de un trato intimidante.

Se manifiesta de tres formas: mediante el lenguaje tanto verbal como gestual, ausencia de expresiones afectivas y chantajes afectivos. Últimamente a estas formas de expresión se han añadido el aislamiento económico y social, es decir la coerción de

la movilidad, el uso personal del tiempo, relaciones sociales y manejo de su propia economía. Se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas.

Este tipo de violencia “invisible” e insidiosa puede causarle trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, el suicidio (Asensi, 2008). La violencia psicológica, por sí sola, puede provocar numerosas secuelas, tanto a nivel físico como emocional.

La ENDS (2010) evidencia que el 65% de las mujeres a quienes se les realizó la encuesta, manifestaron que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas. El 26% de las mujeres contestó afirmativamente que sus esposos o compañeros se expresaban en forma desobligante contra ellas. El 32% de las mujeres alguna vez unidas contestó que sus esposos o compañeros ejercían amenazas contra ellas.

**Violencia Sexual:** Es una violencia poco reconocida por la creencia de que es un “deber” u obligación” consumir conductas sexuales en una relación de pareja. “Se refiere a obligar a una persona a tener contacto físico o verbal, de tipo sexual, o a participar en otras interacciones sexuales mediante la fuerza, la amenaza, el chantaje, el soborno, la intimidación o cualquier otro medio que anule o limite la voluntad del otro” (Consejería Presidencial para la Política Social, Haz Paz, 2000, p. 26). Además de obligar a tener relaciones sexuales con quien amenaza o con otra persona, también se encuentra la humillación respecto a la capacidad sexual o deseos sexuales, herir a la otra persona durante el acto sexual o negarse a utilizar los medios adecuados de protección de enfermedades de transmisión sexual. Desde un punto de vista médico-social (no jurídico) se refiere a todas las conductas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de una persona. La ENDS (2010) evidencia que la violencia sexual por parte de la pareja se presenta como el cuarto tipo de manifestación de la violencia física en un 10 %.

Se debe tener en cuenta que estos tipos de violencia se pueden presentar simultáneamente, lo cual dependerá de la dinámica y del tiempo de la relación. Así mismo, se evidencia en la revisión de Alhabib, Nur & Jones (2010) de 134 estudios sobre la prevalencia de los tipos de violencia que se presentaban en muestras de todos los continentes, siendo el más frecuente la violencia psicológica.

La anterior tipología, da cuenta de la forma de ejercer violencia; sin embargo también es importante tener en cuenta que algunos autores plantean el tipo de violencia según el objeto, haciendo referencia al sujeto a quien es ejercida la violencia.

Según Ibaceta (2011) hay que considerar que la violencia de pareja en términos relacionales, no es un fenómeno que toma solo una forma determinada. Es decir, habría situaciones de violencia al interior de la pareja que siguen una pauta de relación claramente de víctima -victimario, donde el diferencial de poder y el daño potencial ameritan plenamente una intervención desde la mirada que se ha denominado predominante. Sin embargo, habría otras situaciones de violencia en la pareja en donde la pauta de relación se caracterice por que cada miembro de la pareja es víctima y agresor paralelamente.

En un estudio de revisión histórica sobre las intervenciones sobre violencia de pareja, realizado por Barner y Carney, 2011 (como se citó en Cáceres, 2012) tienen en cuenta el género y la direccionalidad de la violencia de pareja, señalando que desde 1990 en la Encuesta nacional de los Estados Unidos sobre violencia en la familia mostraban que la mayoría de la violencia física en la pareja era bidireccional. El reconocimiento de dicha bidereccionalidad es importante al momento de realizar atención psicológica, por eso es necesario identificarlo en el momento de la evaluación.

Johnson (2008) plantea tres tipos de violencia en el marco de las relaciones de pareja, teniendo en cuenta la naturaleza y el motivo del maltratador: terrorismo íntimo (el objetivo es el control de la pareja por el miedo), resistencia violenta (violencia perpetrada por las víctimas como autodefensa y expresión de ira contra una pareja violenta) y situacional (violencia ocasional ejercida por ambos miembros de la pareja a causa de un conflicto, la cual tiende a incrementarse si el conflicto no se resuelve).

Desde una mirada holística, es importante destacar que la violencia de pareja constituye un fenómeno complejo donde convergen diferentes dimensiones, referenciando a Galtung, él describe tres: la *violencia directa* es la violencia manifiesta, es el aspecto más evidente de esta. Su manifestación puede ser por lo general física, verbal o psicológica. La *violencia estructural* se trata de la violencia intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos. La *violencia cultural* son

aquellos aspectos de la cultura, que es de carácter simbólico que afecta las identidades y da origen al machismo, el racismo, y por ende puede utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa o estructural. En este sentido, se requiere profundizar en la violencia de pareja desde sus expresiones cotidianas con el fin de orientar las acciones tendientes a la erradicación de esta problemática tanto en el ámbito público como privado

### **Dinámica de la violencia.**

Aunque cada caso de violencia de pareja es diferente en su manera de aparecer y de desarrollarse, en los estudios que se han realizado al respecto se han identificado características comunes como: una vez se presente un episodio de violencia tiende a repetirse y a progresar con el tiempo, y algunos sucesos y actitudes desencadenantes de la misma.

Walker (1989) plantea que la violencia de pareja se da en un ciclo comprendido por tres fases: a) acumulación o construcción de tensión; b) explosión o agresión, y c) reconciliación. La primera, se caracteriza por cambios repentinos de estado de ánimo por parte del agresor que inciden en maltrato psicológico y la víctima en intentos por calmar al maltratador se comporta de manera sumisa minimizando lo que está sucediendo, lo cual hace que el maltratador aprenda que la otra persona tolera la violencia, se cree con derecho a maltratar y constata que es la forma de conseguir que la persona haga lo que desea. Cuando ésta tensión llega a cierto límite, aparece la segunda fase que se caracteriza por pérdida de control y descarga en otros tipos y niveles de agresión produciendo mayor daño, llegando a causar gran impacto en la salud física pudiendo llegar a causar la muerte e impacto a nivel psicológico. Para que por último, llegue la fase de arrepentimiento en donde el agresor pide perdón y la víctima se lo concede excusando la situación.

Es importante anotar que en los estudios se ha evidenciado que éstas fases aparecen de manera repentina y no tienen un ritmo regular (depende de cada dinámica de pareja) y que la respuesta de sumisión, indefensión y minimización de los episodios por parte de la víctima facilitan la repetición de las conductas violentas.

En el estudio de Rubiano y otros (2003) hallaron que la violencia intrafamiliar (VIF), específicamente la de pareja, es múltiple, diversa y con el tiempo tiende a volverse repetitivo y crónico. Describen la escalada del conflicto de la siguiente manera: en un 46.8% el evento se inicia por un reclamo o queja sobre el

comportamiento del otro, las cuales se agravan con el tiempo si no existe una buena comunicación entre la pareja pues se van acumulando cargas y tensiones de conflictos anteriores no resueltos, conllevando a respuestas violentas. Estas al comienzo son gritos, insultos, humillación para seguir o combinarse con la agresión cuerpo a cuerpo. Finalmente alguien se retira del evento, lo cual da inicio a la fase del post evento, en donde el otro la sigue pidiendo disculpas (15%), aceptando la violencia como una sanción merecida (3%) o también abandonando el lugar (22.8%).

Además encontraron que los involucrados reconocen como causas directas del evento violento conflictos no resueltos y tensiones acumuladas (48.6%), lo cual se relaciona con el tipo de afrontamiento. Una de cada tres casos la frustración en relaciones de pareja y el 14% atribución a celos, falta de comunicación en un 16% y el incumplimiento de responsabilidades en 12%. “En cuanto a los factores del contexto socio económico que pesan en la configuración del hecho violento, todos, según los involucrados, están relacionados con la carencia de recursos, las dificultades para su producción y administración y la pérdida de recursos como resultado del desplazamiento, la violencia y la delincuencia” p.79.

Cáceres (2012) encontró en su estudio que el grupo de mujeres, que asistieron al tratamiento atribuía los problemas y causa de violencia de pareja a la infidelidad del hombre (42,5%) mientras el grupo de mujeres que no asistieron al tratamiento le atribuían los problemas al alcohol (37,5%).

Johnson & Ferraro (2000) citados en el informe mundial de la OMS (2003) plantean que las formas de violentarse de las parejas no son las mismas para todas y se pueden encontrar dos modalidades: “Una modalidad grave y cada vez más frecuente de violencia es la caracterizada por muchas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante paulatinos por parte del agresor. Otra, es una forma más moderada de violencia en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física” p. 101.

En éste mismo informe se evidencian las siguientes sucesos como desencadenantes de la violencia de hombre en la pareja: no obedecer al hombre; contestarle mal; no tener la comida preparada a tiempo; no atender adecuadamente a los hijos o el hogar; preguntarle al hombre por cuestiones de dinero o de sus enamoradas; salir sin el permiso del hombre; negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre; sospechas, por parte del hombre, de infidelidad de la mujer.

Según Haz Paz (2001) se ha identificado que cuando el ciclo se ha repetido varias veces, la fase del arrepentimiento va desapareciendo con el tiempo y se cambia por amenazas, presiones y chantajes afectivos; los agresores sienten remordimiento al inicio de la relación pero creen que sus actos son provocados por la compañera, lo cual, se lo manifiestan, generando de esta manera sentimientos de culpa y auto culpa que hacen más difícil salir de éste ciclo de violencia.

Walker y otros (2009b) (como se citó en Cáceres, 2012) compara sus propuestas y estudios con otros modelos como, por ejemplo, el modelo de la ansiedad de Lewis (1981), el de coste-beneficio de Gelles, (1983) y el de desesperanza aprendida de Seligman (1975). A partir de esta comparación se evidencia que los modelos coinciden en que con el tiempo es más común la acumulación de la tensión que la reconciliación y que no hay control ni predicción.

De igual forma, con el paso del tiempo la mujer modifica su patrón de comportamiento o táctica para responder a la violencia: al principio se muestra más pasiva, tolerante y permisiva, si bien posteriormente se enfrenta más a la violencia de pareja y prefiere afrontar las agresiones de forma inmediata y no calmar al maltratador, usando también alguna forma de violencia, circunstancia que la hará más vulnerable a la violencia grave (Cáceres, 2012).

Por lo anterior, se evidencia que la violencia de pareja es un fenómeno complejo, ya que en su origen y mantenimiento se ven implicados factores personales, socios económicos y culturales.

Así mismo, es una violencia continuada, en la que el objetivo no es una lesión, sino el sometimiento, y su pronóstico es de perpetuación (Baca, Echeburúa & Tamarit, 2006); y afecta emocionalmente y de manera grave a los otros miembros de la familia.

### **Factores de riesgo.**

En la violencia de pareja existen unos factores y situaciones que favorecen su aparición y mantenimiento, a estos, se les ha denominado factores de riesgo. Estos factores son de suma importancia tanto en la atención a víctimas como en la prevención y por eso ha surgido un gran interés por estudiarlos.

Hilton y Harris (2005) (como se cito en Cáceres, 2012), plantean que los riesgos de violencia de pareja se han evaluado de tres formas: a) identificando los factores correlacionados con los comportamientos violentos, b) evaluando riesgos

derivados racionalmente mediante la estructuración de ítems para los mismos, y c) llevando a cabo evaluaciones empíricas de riesgos basadas en análisis estadísticos.

Además, es frecuente que los estudios sobre factores de riesgo que predicen y correlacionan con la violencia de pareja sean transversales y se centren en comparar individuos expuestos y no expuestos a violencia de pareja (Riggs, Caulfield, Fair, 2009, citados por Cáceres, 2012).

A partir de la pregunta sobre cuáles factores influyen para que las personas deciden involucrarse en relaciones violentas y toleré durante tanto tiempo el maltrato, se han desarrollado diferentes estudios, que han permitido plantear modelos teóricos que tiene como propósito combatir esta problemática (Ehrensaft, 2009).

En el presente estudio, al definir los factores que probablemente influyen en la aparición de conductas violentas en la pareja, se acepta la naturaleza multicausal del fenómeno.

Rigg y otros (2009) y Walker y otros (2009a) proponen un modelo de factores de riesgo compuesto por: los factores de riesgo proximales y los distales. Los primeros se centran en la relación de pareja y en los miembros de ésta. En este sentido, son las características tanto de la víctima como del victimario, por ejemplo: la personalidad; las características aprendidas y procesamiento de la información del entorno familiar, social y cultural en cuanto a formas de afrontamiento, comunicación, control de impulsos, roles de género, entre otros, que se constituyen en creencias y comportamientos que facilitan y/o toleran la violencia de pareja; antecedentes en la historia personal en cuanto a la vivencia de otras violencias; antecedentes de los patrones de comportamiento violentos; consumo de sustancias psicoactivas y características psicopatológicas del agresor.

Los factores de riesgo distales, son todos aquellos aspectos familiares y culturales que influyen de manera directa en los riesgos proximales. La familia desempeña un papel importante e influyente para que se presente o no la violencia de pareja, ya que puede funcionar como aprendizaje de formas de violencia y creencias sobre roles de género donde prima la inequidad, o por el contrario, favorecer aprendizajes de formas de resolución de conflictos dentro del proceso de socialización y la equidad de derechos entre las personas, en éste caso entre hombres y mujeres. Los factores sociales, al igual que los familiares, constituyen los factores distales de la violencia de pareja, estos a su vez, contextualizan los aprendizajes de los riesgos personales y de la relación, e interactúan entre sí para explicar las diversas formas de



tolerancia y creencias sobre la violencia de pareja.

Sánchez y Ribero (2004) en su revisión empírica hacen referencia a otros estudios Colombianos como los de Palacio y Castaño (1994), Uribe y Uribe (1990) y Klevens, Bayon y Sierra (2000), donde se identifican los factores de riesgo asociados a la presencia, frecuencia, tipo y gravedad del maltrato, ya sea físico, psicológico y el sexual del hombre hacia la mujer. Entre los factores de tipo endógeno se incluyen patrones culturales como el patriarcalismo o el machismo, y entre los factores denominados exógenos se cuentan los que generan estrés y que influyen en la vida familiar, como la mala situación económica o el desempleo.

En cuanto a estos factores de riesgo para que se presente la violencia, se considera los estudios de Rubiano, Hernández, Molina y Gutiérrez (2003), Cáceres (2012) por ser de los estudios más recientes en Colombia sobre la violencia de pareja, y Sánchez y Ribero (2004) quienes hacen una revisión de investigaciones empíricas de Colombia; así mismo se complementa estos resultados y análisis con autores y estudios de otros países.

La violencia de pareja es un fenómeno que, entre otros, tiene un carácter histórico-social, es decir, que tiene una alta influencia en los comportamientos, actitudes, acciones e imaginarios colectivos, en este sentido si existe en una cultura patriarcal, se facilita y/o promueve los actos violentos y perpetua los estereotipos sociales, los mitos, los valores y las creencias que a su vez contribuyen a mantener relaciones abusivas e inequitativas. Lorente (2001), plantean que los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia, esto es debido a que estos se constituyen en pensamientos y creencias que facilitan y toleran la violencia de pareja.

En esta misma línea, Akar, Aksakal, Demirel, Durukan, y Özhan (2010) y Walker y otros (2009a) en sus trabajos investigativos, evidencian que, una de los principales factores que conllevan al maltrato hacia la mujer es la presencia de roles estereotipados en la pareja. Carreño (2010) encontró que el 21% de las víctimas de violencia de pareja manifiestan la presencia de creencias machistas sobre el rol de género y patrones desiguales.

Por su parte, Sánchez y Ribero (2004) aplicaron una encuesta a cerca de 2300 mujeres en tres ciudades colombianas obteniendo en los resultados que la violencia contra la mujer está asociada al hecho de que ésta haya sido víctima o testigo de

violencia en su hogar materno, así como el estar casada o unida a un hombre que consume alcohol de manera frecuente y elevada.

En su estudio, hacen referencian a Pollack (2002) y Farmer y Tiefenthaler (1996) por sus teorías y estudios sobre la violencia intrafamiliar (VIF). Pollack desarrolla un modelo teórico de transmisión intergeneracional de la violencia de pareja, en donde las estrategias de comportamiento son transmitidas de padres a hijos. Es decir, que los hombres que vivieron en un hogar donde su padre tenía comportamientos violentos con los miembros de la familia tienen mayor probabilidad que en su adultez reproduzca estos en su hogar; así mismo, las mujeres crecieron en hogares violentos son más propensas a aceptar y permanecer en una situación de víctimas.

Ésta teoría se relaciona con los planteamientos de Strauss, Gelles, Steinmetz (1980), Huesmann y otros (1984), Widom (1989) citados por Sánchez y Rivero (2004) quienes presentan evidencias sobre una mayor probabilidad de ser víctima (en el caso de las mujeres) como de ser agresor (en el caso de los hombres) por haber sufrido violencia intrafamiliar en el hogar paterno.

Retomando a Heise (1999), se destaca que existen tres explicaciones de la relación entre las condiciones de la victimización en la infancia y sus efectos en la reproducción de la agresión en la vida adulta: el aprendizaje de la violencia y su normalización; las cicatrices emocionales y los daños ocasionados en el desarrollo del niño/a; y la configuración de rasgos de personalidad específicos que derivaron en trauma como los problemas de regulación de las emociones, miedo a la soledad y dependencia de las relaciones, entre otros.

En cuanto a estudios colombianos, Klevens y otros (2000) compararon un grupo de hombres que habían sido acusados de maltrato físico ante Medicina Legal o Comisarias de Familia con un grupo control, encontrando que el maltrato en el hogar materno del que fueron víctimas los agresores fue más severo que el experimentado por el grupo de control.

Resultados similares fueron encontrados por Rubiano y otros (2003) en el estudio realizado en Bogotá donde se entrevistaron directamente a 525 personas. Así mismo como factores desencadenantes del maltrato identificaron el consumo de alcohol, seguido por celos o infidelidad reconocida. En tercer lugar, evidenciaron los problemas económicos y la pérdida de control. Incorporaron en su análisis factores socioculturales, psicoemocionales y dinámicas familiares, relacionados con las

situaciones de riesgo o vulnerabilidad que se asocian con aparición y cronicidad de la VIF, concluyendo en sus planteamientos que se trata de identificar y comprender las interacciones entre estas tres dimensiones y como se conjugan para dar como resultado una situación crítica, es decir que aunque existen unos factores de riesgo como los ya mencionados, es la conjugación de varios factores de varias dimensiones humanas las que causan el ciclo violento en la pareja.

Los resultados encontrados en el estudio fueron: en cuanto a la dimensión familiar de riesgo predominan el estilo de comunicación inadecuada con el 31%, el estilo rígido o caótico en el manejo autoridad con el 13% y las dificultades en la capacidad de adaptación general del grupo, definida ésta como la “habilidad de la familia o pareja para cambiar su estructura de poder, las relaciones entre los roles y las reglas de las relaciones en respuesta a los cambios del entorno y los que se asocian con su propia evolución” p.138 (Rubiano y otros 2003). Competencia que se ve afectada por la situación de desplazamiento.

En la configuración de riesgo sociocultural evidenciaron, como se planteó anteriormente, haber sido víctima de maltrato en la familia de origen en un 31%, vulnerabilidad sociocultural (salida forzada del hogar, violencia, desplazamiento, embarazo no deseado, desempleo, entre otras) en un 23%. El análisis de correspondencia mostró que la configuración sociocultural explica el 37% de las situaciones de VIF y que la asociación entre la vulnerabilidad familiar y la probabilidad de sufrir eventos de VIF es alta y estadísticamente significativa.

“Cuando un conjunto de situaciones de riesgo se combinan en una familia y éstas desbordan su capacidad de respuesta o los escasos recursos de que dispone para hacer frente a las múltiples emergencias, el conflicto se exagera y la violencia se instaura fácilmente. La vulnerabilidad se torna mayor cuando la solución de la crisis no depende de las decisiones o acciones de la misma familia, por ejemplo, altas tasas de desempleo, situación de violencia y desplazamiento forzoso o muertes cercanas. En estos casos, las familias, no podrán superar la crisis y la violencia que conlleva, sin un apoyo externo importante” p.117.

En cuanto a la configuración de riesgo en la dimensión psicoemocional se encontró que el 39% de los casos presentaba una alta vulnerabilidad emocional, dos veces más que los casos sin VIF. Los factores más representativos fueron el manejo

del miedo, el manejo inadecuado de la sexualidad, dificultades, no control de impulsos, consumo de sustancias y alcohol y el bajo autoconcepto.

Black citado por OMS (2002) revisaron estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá acerca de los factores de riesgo de agredir físicamente a la pareja. De este análisis surgieron varios factores demográficos, de antecedentes personales y de personalidad vinculados de manera uniforme con la probabilidad de que un hombre agrediera físicamente a su pareja. Entre ellos, se encontró sistemáticamente que la edad joven y los ingresos bajos eran factores vinculados con la probabilidad de que un hombre fuese violento con su compañera.

El nivel socioeconómico y la pérdida del empleo del agresor asociado al riesgo de mayor perpetración de la violencia fue también identificado por Riggs, Caufield y Street (2000); al igual que, características psicológicas como poca asertividad, hostilidad, irritabilidad; características psicopatológicas como trastornos de estado de ánimo, trastorno límite de personalidad y depresión psicótica, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno límite de personalidad; características de la relación como mayor número de interacciones negativas, conflictividad y tensión en su relación; patrones conductuales de violencia que se desarrollan durante la fase de noviazgo, y daño cerebral. Labrador, Paz, De Luis y Fernández (2004) plantean que aunque varios autores relacionan como factor de riesgo la experiencia previa de violencia no se correlaciona consistentemente con la victimización como adulto.

El análisis de los datos recogidos en la encuesta sugiere que las condiciones adversas de la salud pueden, en algunos casos, incrementar la violencia de pareja; y hacen referencia a una investigación conducida por Brownridge (2006) donde encuentra que las mujeres con discapacidad sufren más de dicha violencia a comparación con quienes no tienen discapacidad. Además autores como Campbell, J., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D. y otros (2003) plantean el abuso de droga como un factor de riesgo para que la violencia termine en un homicidio.

Ésta revisión empírica muestra que aunque existen unos factores de riesgo como los ya mencionados, el problema no es si la persona o familia presenta determinado factor de riesgo, sino que es la conjunción de varios de estos lo que conllevaría a la violencia de pareja, lo cual muestra la complejidad de éste fenómeno. Existe un circuito de retroalimentación entre una dinámica familiar inadecuada, la

vivencia de altos niveles de estrés, de experiencias familiares tempranas de maltrato y abuso y la mayor vulnerabilidad sociocultural; en cuanto a la cronicidad y la severidad de la violencia. Así mismo, se constituye en riesgo las influencias ideológicas culturales y familiares que facilitan y toleran la violencia de pareja.

En Colombia además de lo descrito anteriormente, se evidencia que encontrarse en situación de desplazamiento forzado tiene afectaciones y efectos psicosociales y biopsicosociales sobre la persona y la familia, que se convierten en factores de riesgo para que se presente o se agrave la violencia de pareja.

### **Factor de riesgo relacionado con la situación de desplazamiento forzado.**

Colombia ha vivido procesos de conflicto armado interno a lo largo de su historia como las guerras civiles en el siglo XIX y la época de la violencia de finales de los años 40 del siglo XX. En ésta última se origina el actual conflicto, con dinámicas cada vez más complejas, que han traído como consecuencias impactos políticos, económicos y socio demográficos entre los cuales se encuentra el desplazamiento forzado, clara violación de los Derechos Humanos y que aparece hoy como una de las más crueles estrategias de guerra de los actores armados.

La persistencia en ésta crisis ha conllevado según CODHES (2007) a que la comunidad internacional catalogue a Colombia como el segundo país del mundo con mayores niveles de desplazamiento forzado interno.

Las personas que han sido desplazadas forzosamente comparten aspectos como la vulneración de los derechos a la vida, a la integridad personal, a la propiedad, a la opinión, y al ejercicio de los derechos civiles y políticos, entre otros; y el deterioro de su calidad de vida, que en alguna de las fases de este proceso puede llegar hasta la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como la alimentación, vivienda y salud.

Según las investigaciones sobre el desplazamiento forzado y ayuda humanitaria (Ager, 1995, citado por Beristain, 2004) se identifican varias fases en este proceso: el periodo anterior a la salida, la salida, el asentamiento provisional, el reasentamiento y el proceso de retorno; en cada una de éstas las necesidades y efectos psicosociales son particulares.

En la primera fase, periodo anterior a la salida, predomina la opresión política de los grupos. En esta situación, las personas experimentan hechos violentos directos o indirectos que generan miedo e impulsa a las personas a salir de su lugar de

residencia para proteger su vida renunciando a sus pertenencias, forma de vida y a su entorno a partir de los cuales se había fundado un proyecto de vida tanto personal como familiar y su identidad cultural.

Según el estudio que realizó la Fundación de Atención al Migrante (FAMIG), CODHES y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en el 2007 con familias en situación de desplazamiento procedentes de 29 de los 33 departamentos que tiene Colombia en siete localidades de Bogotá y en el municipio de Soacha, las situaciones que motivan la salida en orden de frecuencia son: las amenazas directas (82.2%) relacionadas con reclutamiento forzado del jefe de hogar y/o los hijos e hijas mayores de 11 años de edad; acusaciones de ser colaboradores de algún grupo legal o ilegal contrario que haya pasado antes por sus tierras; por resistirse o no poder cumplir con alguna cuota extorsiva; por desaparición forzada de algún miembro de la familia; por el asesinato de vecinos; el temor a los enfrentamientos y el despeje de la zona por uno de los actores armados.

En un segundo orden, las amenazas indirectas (27.8%), se encuentran relacionadas por las personas con: combates, situaciones de tensión, alteraciones del orden público, miedo generalizado, masacres, asesinatos y desapariciones en lugares cercanos a su lugar de vivienda.

Estas situaciones de violencia que anteceden al desplazamiento generan sentimientos de pérdida y hechos como por ejemplo, el cambio en la estructura familiar por la ausencia de algún familiar por causa de asesinato o por la obligatoriedad impuesta a la persona de pertenecer a algún grupo armado y/o por las diferencias en las opiniones en el momento de tomar la decisión de huir del lugar de residencia, pues unos tienen mucho miedo y lo entienden como la forma para sobrevivir y otros se quieren quedar con sus pertenencias que han sido el resultado de años de esfuerzo.

Según Beristain (2004) la segunda fase del desplazamiento “de salida” se caracteriza principalmente por el peligro del trayecto y la separación, en donde “la población se encuentra más vulnerable frente a la violencia y a las condiciones precarias de la huida que pueden producir sufrimiento extremo e incluso muertes por enfermedad o hambre”(p.314).

Al superar el trayecto empieza la fase de asentamiento provisional que se caracteriza por el encuentro con la población receptora, en donde las personas desplazadas experimentan tensión por factores como a) el miedo a ser identificados o

las amenazas de persecución, b) el escaso cubrimiento de las necesidades básicas (alimentación, abrigo y salud), c) algunas veces, la poca aceptación de la población, por imaginarios incorrectos de ésta que los percibe como una amenaza, d) la dependencia a otros y/o a un gobierno poco eficaz en la resolución de su situación, lo cual genera impotencia, desempoderamiento y pérdida de la confianza, e) el aislamiento y hacinamiento f) desestabilización económica, social y familiar g) el cambio de su cotidianidad y relaciones h) inseguridad y i) sentimientos de rabia y venganza, por encontrarse en esa situación por acciones de otros y haber sido sometidos a violaciones de sus derechos, acompañados a la vez de temor e indecisión sobre cómo reaccionar frente a las circunstancias. Situaciones que no solo causan malestar emocional tanto individual como colectivo sino, como expresa Rozo (2000) “redundan también en el deterioro de las relaciones familiares y en el aumento de índices del maltrato infantil y violencia intrafamiliar que alimenta el círculo de la violencia”(p.86).

Finalmente, en la fase de reasentamiento las personas desplazadas enfrentan problemas de diferencias culturales, la dificultad de encontrar trabajo que no solo los pone en situación de dependencia de otros sino también les impide encontrar un lugar donde puedan vivir sin hacinamiento, lo cual producen una mayor añoranza de su hogar y que sumadas a los anteriores factores conllevan a la búsqueda de alternativas para retornar, que muchas veces no son viables porque sigue el conflicto y las amenazas, causando esto mayor depresión.

Adicionalmente, se genera la probabilidad del desplazamiento intraurbano, el cual es causado por guerrillas o grupos emergentes que disputan el poder en algunos lugares estratégicos de las ciudades. Estos grupos armado ilegales aprovechan la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las familias desplazadas, especialmente a los jóvenes, para asediarlos y presionarlos para el reclutamiento, además de las amenazas que hacen a líderes de organizaciones de desplazados, lo que incrementa la inseguridad y los enfrentamientos entre grupos provocando de nuevo miedo y por ende el desplazamiento intraurbano.

Cuando se da la oportunidad del proceso de retorno, Berstain (2004) expresa que los desplazados se enfrentan a los mismos problemas y efectos psicosociales que cuando salieron, el miedo y las amenazas. También es factible que se den rupturas y desintegración de la composición familiar por la existencia de diferentes opiniones en cuanto a retornar.

En síntesis, la población en situación de desplazamiento se enfrenta a un quiebre en su proyecto de vida. Implica la pérdida del espacio familiar, social y cultural en el que se desarrolló; la adaptación obligada a un medio nuevo ni siquiera imaginado; el aprendizaje de una nueva forma de relacionarse y comprender las vivencias del nuevo entorno en el que se encuentra inmerso. Todas estas vivencias traen consigo consecuencias psicosociales individuales (son diferenciales según, se trate de hombres o mujeres, niños, niñas o adolescentes, indígenas o afrodescendientes, lugar de procedencia rural/urbano) y colectivas como son ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, procesos de culpabilizar, deseo de venganza, idealización de lo perdido, asumir el rol de víctima, dificultades de adaptación, estrés, rabia, empeoramiento de las condiciones de vida, desarraigo cultural, pérdida de formas tradicionales de organización, desesperanza, desintegración familiar, aumento de barreras sociales, impotencia, pérdida de identidad cultural, ruptura redes sociales y afectivas, desempleo, dificultades de adaptación, pérdida de identidad y cambio de roles.

Bello (2000) plantea que las personas en situación de desplazamiento se ven obligadas no solo a abandonar pertenencias y propiedades sino también relaciones y afectos construidos a lo largo de su vida con el entorno, vecinos, familiares, es decir, que el desplazamiento desestructura mundos sociales y simbólicos destruyendo de esa manera identidades tanto individuales como colectivas (de comunidad).

La población de desplazados enfrenta condiciones que tiene como consecuencias según la Organización Panamericana de la Salud (2007), una tasa de mortalidad 6 veces superior al promedio nacional, la pérdida de ingresos, la baja capacidad de consumo de alimentos, el retardo en el crecimiento, el hacinamiento, problemas de salud, violencia de pareja contra la mujer, síntomas clínicos como depresión, ansiedad, entre otros efectos psicosociales. Esta realidad, sumada al cambio en la estructura y dinámica familiar, se expresa como plantea la Mesa de Trabajo de Bogotá sobre el Desplazamiento Interno (2006) en las relaciones intrafamiliares y de grupo que llevan a menor posibilidad para llegar a acuerdos, menor compromiso de grupo y mayor empleo de formas maltratantes en la interacción que puede agravar la situación pues hace más difícil de afrontarla y de encontrar la estabilidad requerida.

Médicos sin Fronteras (2006) evidencia en su intervención con personas afectadas por el desplazamiento, las principales razones para buscar ayuda profesional



incluyen, las siguientes afectaciones en salud mental: problemas familiares 22% - 29%, ansiedad 3% - 18%, depresión 15% - 20%, PTSD 3% - 12 % y violencia intrafamiliar 3 - 10%.

Como lo evidencian las organizaciones mencionadas una de las consecuencias del desplazamiento forzado es la violencia familiar, pues este fenómeno causa cambios en la estructura y dinámica familiar.

Según Camilo (2002) un elemento que permite identificar el impacto del desplazamiento a nivel psicosocial es su incidencia en las redes familiares. La fragmentación de la estructura familiar que se reporta a partir de los hechos violentos que causaron el desplazamiento o en varias de las fases de éste (como se mencionó anteriormente), causa transformación en su dinámica y por ende tensión en el interior de la familia.

Cuando el padre falta, la madre debe asumir todo el peso económico del grupo familiar además de las responsabilidades de crianza, por lo que se ven obligadas a salir de su casa y desempeñar alguna labor para la generación de ingresos. Esta nueva situación altera, según Bello (2000), su cotidianidad y conlleva a veces a cambios en los roles de los hijos: los del medio tendrán que asumir el papel de madres o padres con los hermanos menores y los hijos mayores entrarán en la dinámica del rebusque para ayudar en el hogar.

Pero, no necesariamente debe ausentarse el padre para que se exprese el cambio de roles, pues también se dan en situaciones donde las familias están integradas por todos sus miembros. Tanto hombres como mujeres deben laborar en actividades nuevas; teniendo más posibilidades las mujeres, lo cual conlleva a implicaciones emocionales buenas o malas según la visión y aceptación que tenga la persona de esa nueva situación.

Así por ejemplo, Arias y Ruiz (2000) expresan que algunas mujeres amas de casa que han tenido que desempeñar oficios que no les gustan, por la responsabilidad ahora adquirida, les implica cambios en su forma de ser y pensar. Los hombres por su parte, pasaron de ser productores agrícolas (en su mayoría) a dedicarse a actividades de economía informal.

Estos nuevos roles y dinámicas resultan una carga, que agregados a los eventos violentos, conllevan a una situación emocional más difícil que los convierten posiblemente en padres que se concentran menos en la crianza; y mujeres y hombres

agresivos e intolerantes con sus hijos y pareja, por lo cual los niveles de maltrato tienden a incrementarse.

Se observan otros aspectos que influyen en las dinámicas familiares como son: el duelo y la culpa. Toda pérdida conlleva a dolor emocional que puede superarse o convertirse en crónico dependiendo de su proceso de duelo. La pérdida intempestiva y por hechos violentos que vive la población desplazada, tanto de un ser querido como de alguna pertenencia significativa como es la vivienda, trae consigo nuevas demandas del entorno, de la familia y responsabilidades económicas y ciudadanas que de no desarrollarse satisfactoriamente pueden interferir en el proceso del duelo.

Entre los determinantes familiares e individuales relacionados con la salud mental se encuentran, por una parte, la desorganización o conflicto familiar, las dificultades de comunicación, la violencia intrafamiliar, la enfermedad mental o el consumo de drogas en los padres, los problemas perinatales, las alteraciones del desarrollo cognitivo o emocional, la enfermedad física, la discapacidad y las destrezas laborales pobres; y por otra, la interacción positiva entre padres e hijos, la crianza adecuada, el desarrollo de habilidades para la vida y de habilidades sociales, entre otros aspectos.

El desplazamiento forzado es un tipo de violencia que se dirige tanto a hombres como mujeres de todas las edades y etnias, pero las afecta a ellas de una manera desproporcionada, en tanto que se suma la realidad de exclusión, discriminación y violencia basada en relaciones inequitativas entre hombres y mujeres.

Por el propósito de ésta investigación es necesario centrarse en las situaciones que vive la mujer dentro del contexto familiar específicamente en la relación de pareja. La defensoría del pueblo en su comunicado de prensa número 1174 de agosto de 2006 plantea que:

La violencia intrafamiliar se exagera como consecuencia del conflicto armado, prueba de ello lo constituye el 44.3% de mujeres desplazadas por el conflicto armado que manifestaron haber sido víctimas de violencia física por parte del esposo o compañero (Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia 2005). Adicionalmente el porcentaje de mujeres desplazadas por el conflicto armado que experimentaron algún tipo de violencia física durante el embarazo es del 18.5%.

En el informe realizado por Profamilia (2005) sobre salud sexual y reproductiva en zonas marginales: Situación de las mujeres desplazadas se muestra las siguientes cifras con los tipos de violencia doméstica que se encontró en ésta población:

- El 66% de las mujeres alguna vez casadas o unidas, afirmó que sus esposos o compañeros ejercen, o han ejercido, situaciones de control sobre ellas. Esta cifra es exactamente igual a la encontrada en la ENDS 2005 a nivel nacional y menor a la de la encuesta de 2001 que fue de 77%.
- El 28% de las mujeres que alguna vez ha estado unida o casada, dijo recibir amenazas de abandono por parte de su esposo o compañero, el 25% amenazas de quitarle los hijos y el 23% de quitarle el apoyo económico.
- El 44% de las mujeres alguna vez casadas o unidas ha experimentado algún tipo de violencia física por parte de su esposo o compañero, cifra inferior a la de la encuesta de 2001 (52%), pero mayor al promedio nacional encontrado en la ENDS 2005 (39%).
- Entre quienes reportaron violencia física por parte de su esposo o compañero, el 66% manifestó haber quedado con secuelas físicas como consecuencia de la golpiza.
- El 68% de las mujeres que han sido objeto de maltrato físico por parte del esposo o compañero, se ha defendido golpeándolo y un 11 por ciento que manifiesta que ella lo agrede físicamente cuando él no la está agrediendo.
- El 18.5% de las mujeres que alguna vez han estado embarazadas, ha sido objeto de episodios de violencia física durante el periodo del embarazo, ya sea por parte del esposo o compañero, o persona diferente.
- El 25% de las mujeres señaló haber sido objeto de maltratos físicos, por personas diferentes a su esposo o compañero una cifra menor que la de la encuesta de 2001(27%).
- Es verdaderamente preocupante que el 79% de las mujeres que han sido objeto de maltrato físico por parte del esposo o compañero, o de otra persona no haya acudido a ninguna parte para denunciar la agresión de la

que fue objeto. Esto evidencia que éste delito permanece impune en la sociedad colombiana.

- El 13.2% de las mujeres desplazadas por el conflicto fue violada por el esposo o compañero y el 8.2% de ellas manifestó haber sido violada por una persona diferente al cónyuge. Entre éstas, la persona que las forzó a tener relaciones sexuales fue un desconocido (27.2%), el ex marido (14.7%), un amigo (16.7%), el hermano (5.9%) y otro pariente suyo (10.8%) entre otras.

En conclusión las consecuencias y afectaciones que trae el desplazamiento forzado son factores de riesgo que influye significativamente en el proceso de afrontamiento a la situación de desplazamiento por parte de la familia, así como los procesos de adaptación y resolución de conflictos comunes dentro de la cotidianidad, por lo tanto, aumenta la tensión y conllevan a la violencia de pareja.

#### **Mantenedores de la violencia de pareja.**

En las parejas donde hay hijos, existe un doble vínculo entre ellos, por un lado, el afectivo y pasional que se puede romper en el momento que se decida; por otro lado se encuentra el vínculo como progenitores, lo cual impide que haya una ruptura como tal, por la responsabilidad que acarrea el cuidado y crianza de sus hijos; aspecto que conlleva a que la violencia se mantenga, pues a pesar de que haya una separación en cuanto a la convivencia, continúan los encuentros, y por ende el maltratador sigue con su comportamiento, en algunas ocasiones hasta se puede intensificar, como se había mencionado.

Dutton y Golant (1997) proponen que cuando en la relación se presentan dos aspectos: el desequilibrio del poder y la intermitencia en el trato bueno y malo, se desarrolla en la mujer un “vínculo traumático” que la une con el agresor a través de conductas de docilidad. Los lazos emocionales que crea el refuerzo intermitente crea una dependencia afectiva y por las propias características de la relación son suficientes para explicar porque la mujer a quedado envuelta en la relación.

Harding y Helweg-Larsen (2009) señalan algunas razones que afirman las mujeres para volver con el maltratador, las más frecuentes son: promesas de cambio por parte de él, o porque le pidió perdón, porque es la persona que ama y extraña, miedo a estar sola o no tener un lugar donde estar, o por situación económica, no poder autosostenerse. También llama la atención que el 40.5% de las participantes

manifestaron que volvían por amenazas o acecho por parte del agresor y el 35,1% volvían porque pensaban que él las necesitaba. De estas razones las relacionadas con el comportamiento del maltratador son las más frecuentes (promesas de cambio 64,9% y pedir perdón 62,2%).

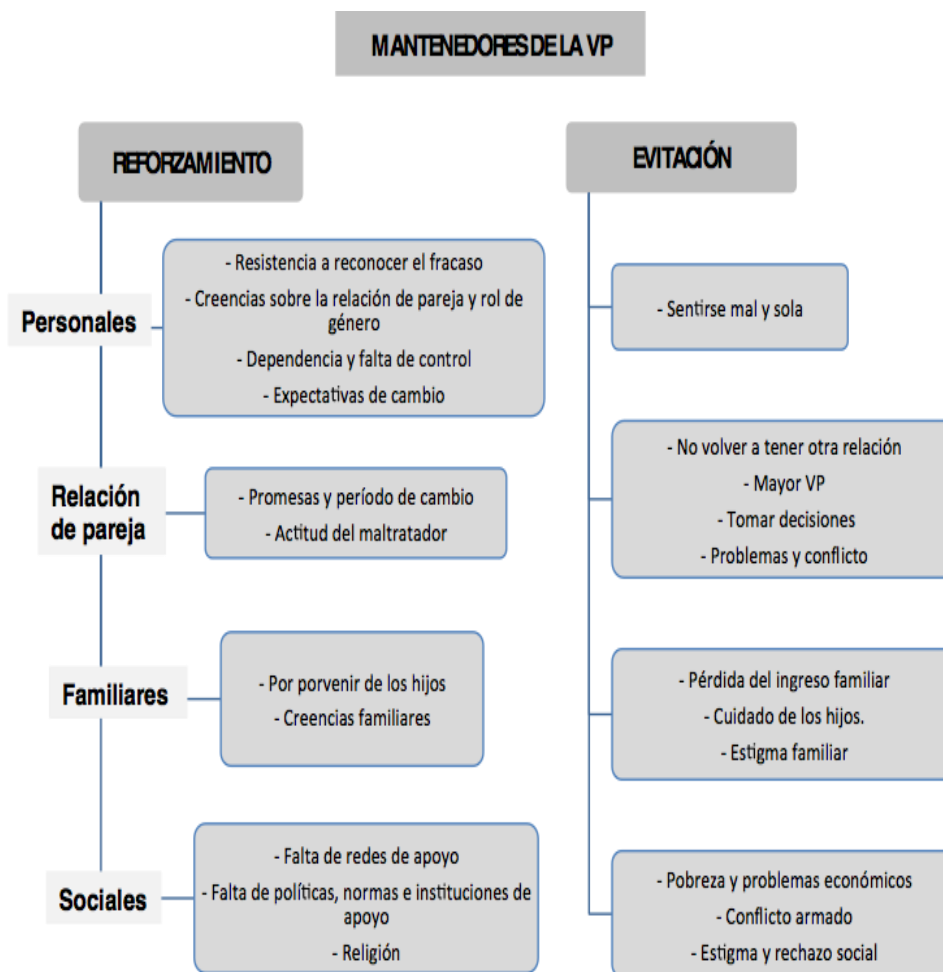
Así mismo, las creencias sociales y religiosas también pueden mantener una situación de violencia de pareja, pues en éstas se encuentran ideas como por ejemplo, creencias sobre el amor, mantener la familia unida, lo cual puede estar relacionado con la religión, y actitud del maltratador de mostrarse vulnerable desprotegido y sólo, sirven de incentivos adicionales para el mantenimiento de la relación de pareja y violencia de pareja (Dutton y Golant, 1997).

En este sentido se destaca el procesamiento cognitivo que hace la víctima, como uno de los mantenedores de la violencia de pareja, más poderosos.

Autores como Arias y Pape, 1999, han evidenciado que la violencia psicológica influye directamente en la intención de dejar o continuar con la relación, más allá que la violencia física, lo cual es comprensible si lo articulamos con las afectaciones que se generan en la autoestima de la mujer, quien se siente desvalida, pensando que no sirve para nada y que no podrá salir adelante “sola”, pensamiento que se ha generado por el control y aislamiento que ha ejercido el maltratador. Gonzáles y Santana (2001) plantean la importancia de las redes de apoyo como hijos mayores, familiares, amigos y vecinos, dependiendo de como éstas sean influirá en la decisión y toma de acción por parte de la mujer.

En la siguiente figura Cáceres (2012) recoge los principales mantenedores de la violencia de pareja propuestos por varios autores como, por ejemplo, Echeburúa (2004), Ferrer y otros (2006), en ésta tiene en cuenta aspectos de reforzamiento y evitación, desde las diferentes dimensiones que influyen en la toma de decisión de la mujer alejarse o no de la situación violenta que experimenta con su pareja

FIGURA 1. Mantenedores de la violencia de pareja



*Tomado de Cáceres (2012).*

Cáceres (2012) en su investigación encontró que las mujeres víctimas de violencia de pareja señalaban como razones por las cuales continuaban en la relación con su pareja, el afecto por sus hijos y de su pareja o ex pareja, mientras que, el grupo de mujeres sin violencia señalaban la razón primordial (62,5%) es el afecto a la pareja y, en segundo lugar a los hijos.

Evidenciando esto que muchas mujeres en Colombia justifican el mantenerse con sus parejas por creencias y pensamientos acerca de como debe ser el funcionamiento de una familia para un “sano” desarrollo de los hijos.

### **Consecuencias de la Violencia de Pareja.**

Rubiano y otros (2003) señalan que la violencia intrafamiliar (VIF) tiene consecuencias de diverso orden, en primera medida efectos en el área emocional entre

el 64% y 75% (según el tipo de VIF), siguiendo con efectos negativos en la dinámica familiar en un 35.6%, efectos en la salud física en un 27.4% y en los recursos económicos en uno de cada cuatro casos.

La violencia de pareja deteriora la calidad de vida de las mujeres en cuanto a que afecta su salud física, psicológica y sus relaciones sociales; la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia contra la mujer como uno de los factores más importantes en el deterioro de su salud. De igual forma la APA plantea que la violencia de pareja es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte de la mujer que puede tener serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (APA, 1999; CRS, 2003). Este planteamiento se confirma con los resultados de algunos estudios que se han realizado concienzudamente desde hace aproximadamente 15 años.

En Colombia, la Defensoría del Pueblo (1995) ha identificado que la violencia de pareja causa efectos como “un constante estado depresión, pérdida de motivación, incapacidad para evaluar los hechos y tomar decisiones, inhibición ante la acción y pérdida de autonomía. Se siente defraudada, amargada incapaz y atemorizada. Sus sentimientos muy frecuentes son de abandono y desamparo. Sin lugar a dudas, el aspecto psíquico más afectado por la violencia es la autoestima, la mujer inicia un proceso de desvalorización permanente de sí misma producto de autoinculpación por la agresión de su compañero y de la inseguridad que le genera no tener control sobre su vida” (p. 9).

Un reporte del Centro para el control y la prevención de enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, [CDC] 2008), describe los resultados de una investigación que indican que las personas que han sufrido violencia de pareja durante sus vidas son más propensas a reportar que están c. El estudio al que hacen referencia es una encuesta telefónica llamada *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) realizada en el 2005 a 70,156 estadounidenses, entre los cuales eran 42.566 mujeres y 27.590 hombres.

Asociaciones entre la violencia de pareja y condiciones de la salud y comportamientos de riesgo fueron estimadas en modelos que tuvieron en cuenta la edad, raza, ingreso y nivel educativo. A excepción de diabetes, alta presión arterial e índice de masa corporal mayor de 25, los reportes de condiciones de la salud y comportamientos de riesgo fueron significativamente mayores entre mujeres que

habían experimentado dicha violencia comparadas con aquellas mujeres que nunca la habían experimentado. Hombres que habían experimentado dicha violencia tuvieron significativamente una alta prevalencia de lo siguiente: uso de equipo para discapacitados, artritis, asma, limitaciones en la actividad, paro cardíaco, factores de riesgo de infección de VIH o enfermedades de transmisión sexual, hábito de fumar, alto consumo de alcohol.

Campbell (2002) también encuentra en su revisión de estudios que las consecuencias en salud reproductiva de la mujer son enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal o infección, fibroides, deseo sexual disminuido, irritación genital, dolor durante el coito, dolor pélvico crónico e infecciones del tracto urinario son algunos de los síntomas que se presentan en las mujeres maltratadas. Las probabilidades de tener problemas ginecológicos son tres veces mayores que el promedio para las víctimas de abuso conyugal. Además la prevalencia del abuso durante el embarazo se encuentra en un rango en la mayoría de estudios de 3.9-8.3%. El mayor efecto específico del abuso durante el embarazo es la amenaza a la salud y el riesgo de muerte de la madre, el feto o los ambos.

Autores como Campbell y Soeken (1999), Heise, Moore y Toubia (1995), Stewart y otros (1996) asocian al abuso algunos trastornos de salud mental: depresión, baja autoestima, ideas suicidas, sentimientos de vergüenza, miedo y culpa en relación con el sexo.

Aunque el reporte BRFSS no puede establecer una relación causal, donde se infiera que el estado de salud es causado por la violencia de pareja, los resultados son similares a los de otros estudios que han relacionado la violencia de pareja con mala salud en general, enfermedad crónica, discapacidad, síndromes somáticos, lesión, dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes gastrointestinales y cambios en las funciones inmunológicas y endocrinológicas.

Además, la evidencia de otros estudios como los de Paco, García, Celda, Herbert y Martínez (2004); Leserman y Drossman (2007); Crofford (2007); y Black y Garbutt (2002) citados por éste reporte, sugiere que existe un mecanismo subyacente que puede relacionar dicha violencia y enfermedades crónicas como respuesta biológica al estrés. Por ejemplo la relación entre violencia, estrés y desórdenes somáticos ha sido bien establecida (fibromialgia, fatiga, enfermedad temporo-mandibular). Así como relacionado a varias enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, asma, diabetes y desorden gastrointestinal.



Ante esto, Steptoe, Hamer y Chida (2007) por medio de una revisión y meta análisis concluyen que el estrés influencia marcadores inflamatorios de circulación, y estos efectos pueden mediar la influencia de factores psicosociales para el riesgo cardiovascular y de otras condiciones tales como soriasis y artritis reumatoide.

Danielson, Moffit, Caspi y Silva (1998); Roberts, Williams, Lawrence y Raphael (1998) y Ellsberg, Caldera, Herrera, Winskvist y Kullgren (1999) plantean que las mujeres que son abusadas por su pareja sufren de más depresión, ansiedad y fobias en comparación con quienes no han vivenciado ésta violencia. La severidad del abuso, traumas previos y la dominancia del compañero han sido identificadas, en estudios de Campbell, Sullivan y Davidson (1995), como importantes precursores para desarrollar estrés postraumático en la experiencia de violencia de pareja.

Golding (1999) en el meta-análisis revisa 11 estudios acerca del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia de pareja, encontrando tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. En 5 de estos 11 estudios se encuentra que la severidad o duración del maltrato está asociada a la severidad del TEPT.

La investigación en salud apoya la idea que la experiencia de violencia de pareja causa problemas en la salud mental de las víctimas de ésta, siendo sus principales consecuencias el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias. No obstante, los estudios longitudinales son escasos en el área, por lo que es difícil confirmar si la psicopatología es consecuencia de la violencia de pareja o es parte de su causa (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Phillips, Rosen, Zoellner y Feeny (2006) al considerar que la violencia de pareja es un crimen violento enmarcan su estudio en los planteamientos de Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders y Best (1999) Norris y Kaniasty (1994) quienes plantean que las víctimas de crímenes violentos tienen una alta predisposición a tener problemas psicológicos incluyendo el desorden de estrés postraumático y depresión. En los resultados encuentran que la mayoría de mujeres que participaron en el estudio y afirmaron haber experimentado violencia de pareja, reportaron síntomas del desorden de estrés postraumático. El alto valor de TEPT encontrado en esta muestra es consistente con los encontrados en otras muestras.

Uno de éstos es el realizado por Griffin, Resick, y Yehuda (2005), el cual

revela que el grupo de mujeres sobrevivientes de violencia de pareja eran altamente sintomáticas, pues de una muestra de 70 participantes 54.3% cumplieron con los criterios de depresión mayor y 88.6% del desorden de estrés postraumático. El estrés postraumático fue definido como el cumplimiento de uno o dos síntomas cortos con un total de puntuación de 45 en la escala TEPT clínica administrada. Por medio de la aplicación de los instrumentos se determinó que el promedio de la experiencia del abuso en el grupo de mujeres fue de 5 años, por lo tanto la victimización era severa y crónica.

Se han estudiado características específicas del TEPT en mujeres víctimas de violencia de pareja. En la investigación de Rincón, Labrador, Arinero y Crespo (2004) con 70 mujeres víctimas de maltrato, se evidenció que los síntomas más frecuentes del TEPT en este tipo de víctimas son los de reexperimentación: Malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar lo vivido, presentados por un 75.7, 71.5 y 62.9% de las víctimas, respectivamente. Todos los síntomas de aumento de activación están presentes en más del 50% de las participantes, destacando los problemas para conciliar o mantener el sueño en el 67.2% y las dificultades de concentración en el 65.7%. Entre los síntomas de evitación destacan evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a lo vivido (67.1%), pérdida de interés en actividades significativas (62.8%) y restricción de la vida afectiva (57.1%).

Son varios los estudios que evidencian el deterioro en la salud mental y presencia del TEPT en mujeres que vivencian maltrato por parte de su pareja y por lo tanto los nuevos estudios se están centrando en las alteraciones biológicas, neuroendocrinas, de síntomas frecuentes como los del estrés postraumático.

Entre estos, se encuentra el estudio de Griffin, Resick y Yehuda (2005) donde aplicaron la prueba de dexametasona y encontraron: en el primer día una diferencia significativa que muestra que el grupo de mujeres sanas tienen más alto el nivel de cortisol que los otros dos grupos de mujeres afectadas por violencia de pareja, lo cual no difiere mucho entre estos últimos. En el segundo día de la prueba encontraron que el grupo de las sobrevivientes con diagnóstico de TEPT tiene menor nivel de cortisol que las mujeres sanas, pero no hubo mucha diferencia entre los subgrupos (PTSD y PTSD + depresión).

Adicionalmente, realizaron un análisis enfocado en el grupo con morbilidad PTSD y depresión para elucidar el rol de la depresión en alteraciones del eje hipotalámico – pituitario y suprarrenal; y efectuaron una correlación entre las variables de los instrumentos aplicados en el estudio en donde se revela una relación inversa entre los puntajes del inventario de Beck y el porcentaje de supresión del cortisol.

En conclusión, el principal hallazgo de éste estudio fue que las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja con un diagnóstico solo de TEPT muestra una hipersupresión de cortisol ante la administración de la dexametasona, lo cual concuerda con estudios previos y dan soporte a la idea de alteración en el eje hipotalámico – pituitario y suprarrenal que es parecida al tipo de alteración que sufren los hombres en la misma condición. Además al encontrar puntajes tan altos de TEPT y depresión en esta muestra de mujeres maltratadas refleja la naturaleza altamente traumática de la violencia en el hogar (Griffin, Resick & Yehuda, 2005).

La supresión de los niveles de cortisol puede conllevar a una disminución enorme de la acción anabólica y trófica de recuperación y reparación del músculo generando fatiga, puede también traer consecuencia en alteraciones del eje hipotalámico – pituitario y suprarrenal y por ende efectos directos en la inmunidad-

Otros estudios que permiten comprender cómo el sistema inmune responde al estrés psicológico, son los de Zorilla y otros; Segerstrom y Miller (2001, 2004, citados por Steptoe, Hamer y Chida, 2007) que documentan cambios en el número y proporción de las células T y B en la circulación, alteraciones en el número de las células asesinas y citotoxinas, y el debilitamiento de la respuesta funcional. Así como otros autores que demuestran asociaciones entre los factores psicosociales y los niveles de la proteína C-reactiva; ó asociaciones entre síntomas en la salud mental, específicamente estrés postraumático con secuelas en salud física como Woods, Page, O'Campo, Pugh, Ford, y Campbell (2005), quienes concluyen en su estudio que los síntomas de PTSD median la asociación entre violencia de pareja y niveles de interferon gamma (IFN- $\gamma$ ), ya que éste último obtuvo valores más altos en mujeres maltratadas que presentaban los síntomas.

Conocer lo anterior, permite reconocer que un factor psicosocial negativo como lo es la violencia de pareja es un riesgo para la salud en todos los sentidos; que sus consecuencias se pueden explicar como una cadena de reacción, por ejemplo, la violencia física continuada además de causar lesiones físicas externas y visibles

(morados, heridas, etc), puede también generar respuestas psicológicas como depresión, estrés postraumático, las cuales están acompañadas de cambios neuroendocrinos (cambios niveles de cortisol, proteínas, número de células, etc) que a su vez influyen en la coordinación de la respuesta inmune mediada por células, así como de funciones de cooperación, destrucción de células tumorales, el proceso inflamatorio; dando como resultado mayor riesgo para contraer enfermedades.

A continuación se presenta un resumen de las principales consecuencias que, según la OMS (2002) y otros estudios mencionados en éste marco, produce la violencia de pareja en sus víctimas, pero distinguiendo que algunas de éstas son inmediatas y pueden llegar a curarse en un aspecto visible y externo y otras que se van desarrollando con el tiempo y que si no son atendidas pueden convertirse en crónicas:

**Tabla 1. Consecuencias en la salud y de autocuidado de la violencia de pareja**

CONSECUENCIAS		
TIPOS	Inmediatas	A mediano y largo plazo
FISICOS	Daño abdominal/torácico	Síndromes de dolor crónico
	Hematomas y contusiones	Fibromialgia
	Discapacidad	Trastornos gastrointestinales
	Fracturas	Colon irritable
	Laceraciones y abrasiones	Reducción en el funcionamiento físico
	Daño ocular	Estrés
		Enfermedad cardiovascular
		Enfermedades temporomandibulares
		Efectos en el sistema inmune y endocrinas (ejemplo: alteración en células, proteínas, nivel de cortisol)
PSICOLOGICOS	Tono afectivo con ansiedad, tristeza.	Depresión y ansiedad
	Desordenes del sueño y alimenticios	Fobias y desorden del pánico
	Sentirse apenado y culpa	Estrés postraumático
	Baja autoestima	Desordenes psicossomáticos
		Ideación suicida
		Trastorno obsesivo compulsivo

COMPORTAMENTALES	Inactividad física Fumar Consumir alcohol	Abuso de sustancias psicoactivas Comportamiento suicida Comportamiento sexual inseguro Comportamientos de riesgo para la salud
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Inflamación pélvica Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH Embarazos no deseados	Desordenes ginecológicos Infertilidad Complicaciones en el embarazo Disfunción sexual Abortos inseguros Deseo sexual disminuido
FATALES	Sida Homicidio	Suicidio

Resumen de consecuencias y categorización del plazo del daño de la misma basado en OMS (2002) y demás estudios mencionados.

Es importante aclarar que, en última instancia, cualquier tipo de violencia tiene consecuencias psicológicas y que el nivel de severidad o gravedad en que la persona va a sufrir dichas consecuencias, depende de la frecuencia y grado de maltrato experimentado por ella, condiciones personales previas, la personalidad, la capacidad de afrontar la situación y redes de apoyo con que pueda contar la víctima.

Heise y García-Moreno (2002) concluyen apartir de la revisión de investigaciones sobre las consecuencias en la salud de la violencia de pareja, lo siguiente:

1. Las consecuencias pueden persistir cuando el maltrato ha desaparecido.
2. Mientras más severo es el maltrato, mayor es el impacto en la salud física y mental de las víctimas Follingstad y otros (1991, citado por Krug y otros, 2002)
3. El impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

Las formas en las que las víctimas reaccionan durante la violencia y después de ella es un aspecto importante que va a determinar el desarrollo de reacciones peritraumáticas y postraumáticas, siendo las más comunes el TEPT y su sintomatología concomitante, como la ansiedad y depresión, y demás síntomas subyacentes (baja autoestima e inadaptación), así como formas inadecuadas de afrontamiento (intentos de suicidio, consumo de sustancias, irritabilidad, etc.)

Como se evidencia, la violencia de pareja trae consecuencias tanto en la salud

física como psicológica, haciendo necesario una atención integral y por tanto la articulación entre profesionales de la salud y especialistas en salud mental.

### **Trastorno por Estrés Postraumático**

Es entonces el estrés postraumático una de las consecuencias en la salud mental, con un porcentaje considerable, en las mujeres que son maltratadas por sus parejas o ex parejas.

Los síntomas característicos del TEPT se pueden desarrollar tras un acontecimiento psicológicamente traumático, es decir, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia de la persona y por lo tanto no tiene los recursos personales para hacerle frente produciendo un efecto de sobrecarga emocional e impacto psicológico.

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, American Psychiatric Association, APA, 2014), el TEPT aparece cuando la persona ha estado expuesto a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o de amenaza en una o más de las siguientes formas: Experiencia directa del suceso(s) traumático(s), presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental, o exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s). Este es el primer criterio para su diagnóstico, catalogado como criterio A, que pone énfasis en la amenaza física así como en la percepción de amenaza grave.

Así mismo, se presentan otros cuatro criterios característicos de este trastorno: 1) Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos, 2) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s) 3) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) y 4) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s) (APA, 2014). Se estima una alta probabilidad de que las personas aquejadas por TEPT, que no reciben un tratamiento terapéutico con el tiempo se van cronificando

los síntomas. Los criterios para el diagnóstico de éste trastorno según el DSM 5 se encuentra en el APENDICE 1.

Esta definición ha sido un proceso largo, complejo, de grandes discusiones, y de revisión de los criterios para el diagnóstico y clasificación de éste trastorno, teniendo en cuenta las diferentes investigaciones, propuestas y planteamientos de diferentes autores que han publicado sobre el TEPT y se apoyan en fundamentos empíricos sólidos.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT), no había sido descrito en las clasificaciones oficiales hasta la década de los 80, en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, American Psychiatric Association, APA, 1980), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), no lo incluye hasta la novena versión en 1977, de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

A partir de la publicación del DSM-IV en 1994, en el cual se definieron los criterios del TEPT que aunque fue un avance en su descripción fenomenológica, profesionales e investigadores percibían la existencia de brechas para entender las reacciones psicológicas frente a los eventos traumáticos y su desarrollo; conllevando de esta manera al desarrollo de diferentes investigaciones acerca del tema, para proponer y plantear aspectos a tener en cuenta para la definición de dichos criterios diagnósticos.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la principal controversia ha girado en torno a varios aspectos, el principal ha sido el criterio A introducido en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Existen dos aspectos dentro del criterio A que han sido objeto de estudio y discusión. En relación con el criterio A1, se especifica que el suceso debe haber conllevado una amenaza real o potencial de muerte o lesiones graves, o una amenaza a la integridad física de la víctima o de otras personas. En relación con el criterio A2, se especifica que las respuestas y reacciones al evento pueden ser de intensos miedo, indefensión u horror.

Durante estos años, en cuanto a la etiología, se ha recurrido a diversos modelos para comprender las reacciones psicológicas que desarrollan el TEPT, algunos de ellos son: Modelo Conductual, Modelo de Indefensión aprendida y evaluación cognitiva y Modelo de procesamiento de la información (MPI). En el primero de estos, Esquerdo y Mesas (2000) explican como los estímulos

condicionados a la situación catastrófica llegan a provocar respuestas de ansiedad a través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física y el aprendizaje instrumental explicaría la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos.

La teoría de la Indefensión Aprendida entiende que las víctimas de acontecimientos estresantes se encuentran expuestas a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias exitosas. La intensidad de esta indefensión viene modulada por las atribuciones que el sujeto realiza; cuanto más internas, estables y globales sean éstas, más probabilidad se tiene de experimentar un agravamiento del cuadro Abramson, Seligman y Teasdale (1978, citados por Esquerdo y Mesas, 2000).

Por último, el MPI permite explicar la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático. Según el MPI, un suceso catastrófico conduce a una sobrecarga de información que el sujeto no puede procesar adecuadamente con su esquema cognoscitivo, interfiriendo por tanto en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias Horowitz (1973, 1974 citado por Esquerdo y Mesas, 2000).

Entre los factores que predicen el desarrollo del TEPT, diferentes autores e investigaciones han planteado que depende de dos tipos de factores: el tipo de acontecimiento, teniendo en cuenta que no todos los acontecimientos estresantes son igualmente traumáticos, pues depende de la gravedad (valoración subjetiva de cada persona) y duración. Estos acontecimientos pueden ser causados por el ser humano como las guerras, matanzas, torturas, secuestros, desplazamiento forzoso, violencia de pareja, entre otras y los hechos fortuitos como los desastres naturales o accidentes y son hechos que pueden pasar directamente a la persona o indirectamente (haber observado).

El otro factor es la persona, en éste influyen aspectos como: la edad del implicado, el historial de agresiones o pérdidas previas, los factores de personalidad tales como la estabilidad emocional, autoestima, apoyo social y familiar, estado de salud, entre otras. Autores como Lazarus y Folkman (1986) han analizado las estrategias de afrontamiento como componente importante de la adaptación frente a condiciones desafiantes del entorno.



Weathers y Keane (2007) resaltan la importancia no sólo por las características del evento, sino también por las reacciones de las víctimas. En el mismo sentido, Ford y Courtois, (2009); Foa y otros (2007) plantean la importancia de la forma en la que se procesa cognitivamente el evento y la modulación emocional y afectiva en las reacciones. Tolin y Foa (2008) brindan mayor importancia a las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales de la persona antes, durante y después del evento traumático, que el acontecimiento en sí mismo.

La teoría del procesamiento emocional (Feeny, Lory y Foa, 2010; Foa y otros, 2007) propone que los síntomas postraumáticos surgen cuando un evento traumático se percibe de forma imperiosa y tiene la capacidad de interferir en las creencias sobre seguridad. Esto supone una reorganización sobre los componentes cognitivo y conductual de la persona afectada.

En cuanto a investigaciones sobre las problemáticas tratadas en éste estudio, Rodríguez (2006) plantea que en estudios realizados en Colombia sobre el TEPT se evidencia la importancia de revisar la forma de exposición, magnitud y percepción de control y amenaza.

En el estudio de Rodríguez, Niño, Díaz, Samudio & Silva (2005) con adolescentes y adultos en situación de desplazamiento encuentran que los primeros perciben como amenazante cualquier cambio en la estabilidad familiar como por ejemplo el conflicto entre los padres, ya que se concibe a la familia como la primera y mayor red de apoyo ante las adversidades; dando a entender esto, que tener una red vincular ayuda y es de mucha relevancia al momento de superar la crisis.

Resultados similares se han encontrado en estudios de violencia de pareja. Un estudio con 53 mujeres víctimas de violencia de pareja, provenientes de refugios y de centros ambulatorios, encuentra que las siguientes variables se relacionan de manera directa con el desarrollo del TEPT: a) La severidad de la violencia vivida, b) La proximidad temporal del maltrato, c) Eventos vitales negativos, y d) Estresores familiares. Asimismo, el apoyo social disponible y la existencia de eventos vitales positivos, se relacionan de manera inversa con el desarrollo de un cuadro de TEPT (Astin, Lawrence y Foy, 1993 citados por Woods, ... y Campbell, 2005).

Otro estudio, llevado a cabo con 179 mujeres víctimas de violencia de pareja, encuentra como fuertes predictores del TEPT: a) Estrategias de afrontamiento para finalizar la relación, b) Experiencia de eventos vitales negativos, c) Grado de abuso

físico, d) Tiempo transcurrido desde que terminó la relación de maltrato, y e) Falta de apoyo social percibido (Kemp, Green, Hovanitz, & Rawlings, 1995 citados por Sarasua y otros, 2007).

En el meta-análisis de Brewin, Andrews y Valentine (2000) abordan estudios con distintos tipos de víctimas que desarrollan TEPT y encuentra que los tres principales factores de vulnerabilidad para la aparición del trastorno son: a) Escaso apoyo social después del trauma, b) Nivel de estrés habitual y c) Severidad del trauma.

Según Villavicencio y Sebastián (1999) el estudio realizado en España, con 80 mujeres maltratadas que se encuentran en casas de acogida, encuentra que la exposición al maltrato durante la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva. La exposición al maltrato en la familia de origen induce a que la respuesta psicológica cuando se da la violencia sea más aguda o menos adaptativa.

En su historia de vida, una persona puede estar expuesta a diferentes eventos traumáticos o sufrir la misma victimización de una manera recurrente y sistemática, por ejemplo, la violencia de pareja o los abusos sexuales intrafamiliares. La combinación de diferentes formas de violencia en la infancia puede facilitar o poner en situación de vulnerabilidad a la víctima (Cannon y otros, 2010).

Cuando esto sucede autores lo explican como trauma complejo, el cual se define como el resultante de: a) la exposición a estresores agudos que son repetitivos o prologados en el tiempo, b) implican lesiones o abandono por parte de los cuidadores u adultos responsables, c) y suceden en etapas de desarrollo especialmente vulnerables de la vida de la víctima (Ford y Courtois, 2009).

Según Walsh, Fortier y DiLillo (2010), la violencia que se vive durante la vida es un factor que puede incrementar la vulnerabilidad de desarrollar TEPT, así como desarrollar estrategias de modelado inadecuadas como la evitación, conductas autodestructivas y creencias inadecuadas.

Autores plantean que los síntomas como consecuencia de la violencia de pareja se incrementan cuando la víctima ha vivido otros eventos traumáticos, es decir, un número mayor de eventos traumáticos incrementan la posibilidad de presencia de síntomas traumáticos. Las mujeres víctimas de violencia de pareja incrementa dos

veces la sintomatología de evitación e hiperactivación cuando han estado expuestas a otros eventos traumáticos (Graham-Bermann y Perkins, 2010).

### **TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión.**

Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002) estudiaron las repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en 212 mujeres los resultados pusieron de manifiesto que el trastorno de estrés postraumático estaba presente en el 46% de la muestra, asimismo, las víctimas estudiadas estaban afectadas por síntomas de ansiedad y depresión.

Por su parte, Bargai, Ben-Shakhar y Shalev (2007) encontraron en su estudio con 101 mujeres víctimas de violencia de pareja que el 80% diagnosticadas de TEPT presentaban comorbilidad en el Eje I, de ese porcentaje el 35% con desorden depresivo mayor, el 13% con desorden de dolor, 12% con fobia específica y el 10% con desorden dismórfico corporal. También señalan una baja comorbilidad de TEPT con abuso de sustancias (7% durante toda la vida, y 1% en la actualidad). Así mismo, Marshall, Schell y Milles (2010) evidencian que los síntomas del TEPT tienen alta correlación con el estrés y con la disforia, relacionados con estados ansiosos y depresivos (Cáceres, 2012)

Se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres, en la forma de afrontar y reaccionar ante eventos traumáticos como la violencia de pareja, por ejemplo: las mujeres tienden a interiorizar y afrontar la situación con síntomas depresivos y ansiosos, mientras que los hombres tienden a externalizar y afrontar el trauma mediante consumo de sustancias, comportamientos violentos, irritabilidad y, en general, presentando problemas de comportamiento social (Kessler, Chiu, Demler, y Walters, 2005).

Briere (2004), plantea que los acontecimientos que generan TEPT tienen la capacidad de producir síntomas depresivos asociados al trauma, esta misma comorbilidad entre el TEPT y depresión, se ha evidenciado en numerosos estudios (Bargai y otros, 2007; Echeburúa y otros, 1998; Harlé, Allen y Sanfey, 2010; Huang, Yang y Omaye, 2011; Najavits, Ryngala, Back, Bolton, Brandy, 2009).

Otras emociones asociadas con la depresión y el TEPT son la culpa y la vergüenza. Kim, Thibodeau y Jorgensen (2011) analizan la relación entre vergüenza y

culpa con síntomas depresivos y llegan a la conclusión que predomina la influencia de la vergüenza en la estructura emocional de la depresión en comparación con la culpa, sin desconocer que ésta última también pueda explicar reacciones desadaptativas.

Kubany, Hill y Owens (2003); Kubany, Hill, Owens, Lance-Spencer, McCaig y Tremayne (2004) relacionan la culpa con creencias y evaluaciones que pueden evocar un afecto negativo que, contribuyen significativamente a que el trauma, relacionado con la angustia y depresión, se mantenga o cronifique. Kubany y Ralston (2008) plantean que la culpa es un sentimiento común entre las mujeres que han sido maltratadas física y sexualmente. Estos autores citan dos estudios Kubany, Haynes, Abueg, Manke, Brennan y Stahura (1996) en donde el 49% de 168 mujeres maltratadas participantes de un grupo de apoyo, obtuvieron puntuaciones moderadas en cuanto a culpa ante la violencia de pareja; en otro estudio Kubany, Leisen, Kaplan, Aaron, Martin (2000) obtuvieron como resultado que el 75% de 212 mujeres, obtuvo niveles de culpa moderados en relación con la violencia de pareja.

#### **Técnicas para Tratamiento Psicológico del TEPT.**

Los tratamientos que se aplican para el TEPT han sido desarrollados según los modelos o teorías explicativos de su etiología, por lo tanto se pueden encontrar diversas estrategias con diferentes niveles de efectividad, es un ámbito que requiere de mucha más investigación.

Los tratamientos más ampliamente utilizados y validados actualmente son los que comparten una orientación cognitivo-conductual (Latorre, Moles, Pereyra, Quintanilla, Vázquez & Mont, 2007). Entre las cuales se encuentra los siguientes: Terapias basadas en la exposición, terapia cognitiva y terapia de procesamiento emocional.

Jaycox y Foa (1996, citados por Báguena, 2001) sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, que la experiencia de ansiedad no concluye en la pérdida de control temida y se habitúa a la ansiedad. Es decir, que se modifican, se re-significan los elementos patológicos de los recuerdos traumáticos.

Botero (2005) plantea que algunos estudios recientes han demostrado la efectividad del tratamiento del estrés postraumático a través de la exposición y el procesamiento emocional del trauma, entre estos, se encuentra el de Foa, Zoellner,

Feeny, Hembree y Alvarez-Conrad (2002), quienes investigaron la exacerbación de síntomas en 76 mujeres con TEPT crónico. Sólo una minoría de participantes exhibieron una exacerbación de síntomas significativa, pero al finalizar el tratamiento tuvieron un comprobado beneficio de éste.

En otro estudio, Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows y Street (1999, citado por Botero, 2005) compararon la efectividad de tres tipos de tratamientos con 96 sujetos con estrés postraumático crónico, asignándolos aleatoriamente a cuatro grupos (condiciones de intervención): exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), tratamiento combinado (EIE + EP) o grupo control en lista de espera. Los tres tratamientos redujeron la severidad del estrés postraumático y la depresión en comparación con el grupo de lista de espera, pero no difirieron de manera significativa entre ellos y sus resultados se mantuvieron a través del periodo de seguimiento.

Rodríguez (2006) referencia a Nemer, Schauer, Klaschick, Karunakara & Elbert (2004) quienes evaluaron el impacto de la exposición narrativa en sobrevivientes de la guerra y en población expuesta a desplazamiento forzado, encontrando disminución en los síntomas de evitación; mismo resultado que reportan Fenny, Foa, Traedwell y March (2004, citado por Rodríguez, 2006) en el estudio realizado con niños y jóvenes libaneses expuestos a la guerra prolongada.

La evitación puede ser disminuida a través de la exposición del trauma generando sentimientos de seguridad. Para lo cual es importante, según Rodríguez (2006), partir de la potencialización de las estrategias de afrontamiento.

Otra de las estrategias mas empleadas en el tratamiento del estrés postraumático es el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE), el cual consiste en ayudar al paciente a que comprenda y controle sus reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y motoras asociadas al trauma, para lo cual debe aprender nuevas habilidades. De esa manera algunos programas de EIE incluyen educación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto dialogo guiado y detección de pensamientos.

Bryant, Moulds, Guthrie, Dang, y Nixon (2003) consideran que la eficacia de la exposición se logra en conjunción con otros procedimientos que promuevan el desarrollo de estrategias de afrontamiento, vitales en la reducción de los síntomas, en su investigación obtienen mejores resultados combinando la exposición con la técnica de reestructuración cognitiva. Según Rodríguez (2006) la combinación de estrategias

representa optimizar el impacto de la intervención y mantenimiento de su efecto a largo plazo.

Cuando se comparan los tratamientos multicomponentes con otras modalidades de tratamiento activas, los estudios nuevamente defienden la superioridad de los primeros. En este sentido, McDonagh, Friedman, McHugo, Ford, Sengupta y otros (2005, citado por Alonso, 2007), quienes han llevado a cabo un estudio bien controlado para evaluar la eficacia diferencial de: a) un programa de intervención multicomponente que incluía psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición prolongada en vivo y en imaginación y reestructuración cognitiva; b) una terapia centrada en solución de problemas y c) un grupo control en lista, en el tratamiento del TEPT de 74 mujeres que habían sido víctimas de una agresión sexual en la infancia. Los resultados mostraron que las participantes que asistieron al programa de intervención multicomponente dejaron de cumplir criterios del TEPT en un mayor número en comparación con las participantes asignadas a terapia centrada en solución de problemas en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

El tratamiento del TEPT en víctimas de violencia que atañe a este estudio requiere de programas específicos de intervención más ajustados a sus características, pues además de tratar el propio TEPT, es necesario atender a los síntomas concomitantes más frecuentes, entre los que se encuentran los síntomas depresivos y de ansiedad.

Las técnicas más frecuentemente utilizadas en los tratamientos terapéuticos dirigidos a población víctima de violencia de pareja son la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la inoculación de estrés, orientadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y a facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato (Webb, 1992).

En un estudio Echeburúa, De Corral, Sarasua y Zubirrieta (1996) proponen un programa cognitivo-conductual de aplicación individual para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, que consta de: expresión emocional, reevaluación cognoscitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, aplicado en una muestra de 62 víctimas de maltrato, donde obtuvo una reducción efectiva de los síntomas en un 95% de los casos, que se mantuvo en el seguimiento de un año de duración.

A continuación, se muestra una parte del cuadro planteado por Rincón (2003) y complementado por Alonso (2007) en donde se resume algunas de las investigaciones que se han realizado sobre la eficacia de tratamientos para el TEPT en víctimas de la violencia de pareja:

**Tabla 2. Resumen de las investigaciones sobre tratamientos para víctimas de violencia de pareja con TEPT**

AUTOR	N	TIPO DE INTERVENCIÓN	VARIABLES DEPENDIENTES	RESULTADOS	LIMITACIONES
Mancoske, Standifer & Cauley (1994)	20	Grupo de apoyo breve (2 grupos experimentales, uno centrado en solución de conflicto y el otro en orientación feminista)	*Autoestima. *Autoeficacia. *Actitudes hacia el feminismo.	*Todas las participantes mejoran en las tres medidas evaluadas. *El grupo centrado en solución de conflicto obtiene mejores resultados terapéuticos en autoestima y autoeficacia.	*Ausencia de grupo control. *Tamaño de la muestra. *Ausencia de seguimientos. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Escasa formación terapéutica de los profesionales que realizan la intervención.
Echeburúa et al. (1996)	62	Programa terapéutico cognitivo conductual en modalidad individual	*Trastorno de estrés postraumático. *Autoestima. *Depresión. *Ansiedad.	*Las participantes mejoran en todas las medidas evaluadas.	*Ausencia de grupo control.

Schlee, Heyman & O'Leary (1998)	84	Grupo terapéutico para parejas con conflicto marital (2 grupos experimentales, uno mixto y otro en que se separan los miembros de la pareja)	*Miedo al agresor. *Satisfacción marital. *Depresión. *Maltrato psicológico. *Maltrato físico.	*Las participantes mejoran en todas las medias evaluadas, sin haber diferencias significativas entre la modalidad de tratamiento ni la presencia o ausencia de TEP entre las participantes al pretratamiento.	*Ausencia de grupo control. *Tipo de muestra (sólo maltrato moderado). *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático como variable dependiente.
Kubany, Hill & Owens (2003)	37	Programa terapéutico cognitivo conductual en modalidad individual (dos grupos: Inicio inmediato e Inicio demorado)	*Trastorno de estrés postraumático. *Depresión. *Autoestima. *Vergüenza. *Culpa.	*No hay diferencias entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento. *Las participantes mejoran en todas las medias evaluadas.	*Tipo de muestra (mujeres que no han experimentado violencia doméstica en el último mes).
Rincón y Labrador (2004)	18	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Exposición - Reestructuración cognitiva	TEPT - Depresión - Autoestima - Nivel de inadaptación - Cogniciones postraumáticas	Remisión del TEPT en el 94.4% de las mujeres del grupo experimental al postratamiento y en el 88% en el seguimiento a los seis meses. Mejora significativa de la sintomatología concomitante. <input type="checkbox"/> El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría.	Ausencia de seguimientos a largo plazo. Reducido tamaño muestral.



<i>Kubani et. al (2004)</i>	125	Programa cognitivo conductual :- Psicoeducación- Reestructuración cognitiva- Respiración- Exposición- Aprendizaje de habilidades de autocuidado	- TEPT - Vergüenza - Depresión - Autoestima - Culpa	Remisión del TEPT en el 87% de las participantes al postratamiento y mejora significativa de depresión, culpa, autoestima y vergüenza en comparación con un grupo control en lista de espera. Mantenimiento de la mejoría a los tres y seis meses.	Ausencia de seguimientos a largo plazo. Muestra formada únicamente por mujeres separadas del agresor.
<i>Labrador y Alonso (2005)</i>	20	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Exposición - Reestructuración cognitiva	TEPT - Ansiedad - Depresión - Autoestima - Nivel de inadaptación - Cogniciones postraumáticas	Mejora significativa de sintomatología del TEPT y sintomatología concomitante, al postratamiento y seguimiento al mes y tres meses.	Ausencia de seguimientos a largo plazo. Reducido tamaño muestral.

<i>Arinero (2006)</i>	78	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Planificación de actividades gratificantes - Mejora de la autoestima - Reestructuración cognitiva - Solución de problemas - Prevención de recaídas - Exposición o entrenamiento de habilidades de comunicación	- Sintomatología postraumática a - Depresión - Ansiedad - Autoestima - Consumo de alcohol - Sintomatología psicopatológica - Expresión de la ira	Reducción de la sintomatología postraumática, depresión, ansiedad, sintomatología psicopatológica, expresión de la ira y mejora en el nivel de adaptación al postratamiento, tanto en las participantes asignadas a exposición como en las asignadas a habilidades de comunicación. A los 12 meses ambos programas resultan igual de eficaces en el tratamiento de todas	Ausencia de un grupo control.
-----------------------	----	--	---	---	-------------------------------

Fuente: Rincón (2003) y complementado por Alonso (2007).

Labrador y Rincón (2002) estudiaron la eficacia empírica de un programa grupal de intervención para tratamiento del TEPT en víctimas de violencia de pareja, que incluía psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y de exposición. Se logró una remisión del TEPT en un 100% en el postratamiento y en un 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También hubo cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas como depresión, autoestima, inadaptación y aspectos cognitivos derivados del maltrato.

Se puede concluir entonces que: los trabajos publicados de Kubany y otros (2004); Labrador y Rincón (2002); Rincón y Labrador (2004) Arinero (2006) cumplen con los requisitos metodológicos para aplicar un tratamiento protocolizado a víctimas de violencia de pareja que presentan TEPT, incluyendo un grupo de control y con evaluación específica de los síntomas de TEPT y síntomas concomitantes asociados.

Así mismo, estos estudios demuestran la necesidad de utilizar programas multicomponentes que incluyan aquellas técnicas que han demostrado ser eficaces

para estas víctimas, esto es, psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, control de activación como el entrenamiento en relajación y en solución de problemas, terapia cognitiva y terapia de exposición.

En cuanto a la duración de la intervención, parece conveniente una intervención psicológica breve, que no supere los tres meses, que logre un alivio rápido del profundo malestar que presentan estas mujeres y facilite su readaptación a la sociedad. Además es conveniente los tratamientos a nivel grupal, ya que ofrecen algunas ventajas frente a la individual. Como ha sido mencionado una de las consecuencias de las violencia que atañen en éste estudio es el rompimiento de redes de apoyo que vulnera la psiquis de las personas, pues pierde un factor protector importante. La red de apoyo es potencilizadora de las estrategias de afrontamiento y así mismo, Flannery (1998, citado por Rodríguez, 2006) reconoce que este tipo de espacios facilitan a sus miembros aceptar la realidad del evento, experimentar la pena, aceptar las limitaciones y reevaluar los valores básicos.

Otra perspectiva de los programas desde el punto de vista de las teoría feminista lo aporta el grupo de investigación de Walker (2009) que le ha permitido reformular su modelo del ciclo de la violencia de pareja y el síndrome de la mujer maltratada, enfatiza en algunos componentes que según esa teoría son importante y muestran datos de sus aplicaciones.

Otro grupo de investigación específico en el tema de la violencia de pareja es el de Kubany que también ha desarrollado una intervención en la que tuvo en cuenta aspectos del programa de Foa, Hembree y Olasov (2007) y de Walker y otros (2009b).

Además de los estudios, donde se han identificado las técnicas más eficaces para el tratamiento de las consecuencias de la violencia de pareja, se han diseñado, implementado y evaluado programas, Cáceres (2012) en su revisión indica los siguientes, según los autores, componentes, descripción y comentarios sobre su implementación:

**Tabla 3. Programas de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja**

<i>Programa Autor</i>	<i>Componentes</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios</i>
<b><i>EFTT (Terapia enfocada en las emociones para el trauma) Greenberg y Johnson (1988)</i></b>	<p>Cuatro fases de la EFTT:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cultivando la alianza, promoción de las experiencias y procedimientos de confrontación e imaginación.</li> <li>2. Reduciendo el miedo, ansiedad y evitación. Transformando la culpa, vergüenza y auto-culpa.</li> <li>3. Resolviendo a través de la ira y resolviendo a través de la tristeza y el dolor.</li> <li>4. Terminación.</li> </ol> <p>Una premisa importante es que la emoción rompe con el pasado y puede aliviar el presente. Greenberg y Goldman (2008) y Lilly y Graham-Bermann (2010)</p>	<p>Los principios básicos de la intervención se centra en: 1. Las relaciones son vínculos afectivos, 2. Los cambios implican una nueva experiencia de sí mismos, 3. Los estados rígidos de interacción pueden absorber el estado emocional siendo sistémico, 4. La emoción es el objetivo y el agente de cambio, 5. El terapeuta es un facilitador de procesos, y 6. Las parejas pueden ver el afrontamiento adecuado sin necesidad de patologizar los procesos.</p>	<p>Existen manuales y libros sobre el manejo del programa, explicación del trauma y del modelo de atención centrada en las emociones pero falta soporte empírico y mayor evidencia sobre efectividad terapéutica. Algunos ejercicios de confrontación en imaginación son iguales a la TEI, al igual que algunos ejercicios de TC. La TE se hace de manera temprana en la primera fase de forma diferente como se propone en otros programas que sea al final. Tiene en cuenta emociones como: culpa de los otros y la propia, la vergüenza, ira, etc.</p>
<b><i>Helping to Overcome PTSD through Empowerment (HOPE) Herman (1992)</i></b>	<p>Tratamiento cognitivo conductual centrado en tres aspectos de la recuperación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estableciendo la seguridad,</li> <li>2. Recuerdo y duelo y</li> <li>3. Reconexión.</li> </ol> <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Habilidades de empoderamiento para la independencia y estabilización.</li> <li>- Habilidades de toma de decisiones.</li> <li>- Técnica cognitivas y habilidades de manejo.</li> <li>- Un módulo opcional para</li> </ul>	<p>9-12 sesiones de tratamiento, manualizado, aplicación individual. El tratamiento se centra en trabajar las disfunciones cognitivas, conductuales e interpersonales relacionadas con el TEPT que pueden interferir en las habilidades y recursos personales de las mujeres maltratadas. Prioriza necesidades de seguridad y empoderamiento y elección durante el tratamiento. Tiene un componente psicoeducativo (violencia interpersonal, TEPT y planes de seguridad).</p>	<p>La investigación de Johnson y Zlotnick (2006) utiliza este programa con un sólo grupo no utiliza grupo control. Da bases para el tratamiento de mujeres maltratadas centrado en habilidades cognitivas, conductuales para afrontar los efectos de la VP y la dependencia. Realza la importancia de contemplar aspectos concurrentes al TEPT y en facilitar unos módulos adicionales aunque en el estudio no está descrito cada uno de ellos.</p>

	co-ocurrencia de problemas, ejemplo, consumo de SPA, duelo.		No contempla la TE ni TPC para manejar los recuerdos traumáticos.
<b>Echeburú a y otros. (1996)</b>	<p>Expresión emocional</p> <p>Reevaluación cognitiva</p> <p>Entrenamiento de habilidades específicas de afrontamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medidas de seguridad,</li> <li>2. Entrenamiento en relajación muscular progresiva y control de la respiración,</li> <li>3. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas y técnicas de control del comportamiento agresivo del maltratador,</li> <li>4. Actividades gratificante, fomento de redes de apoyo.</li> <li>5. Afrontamiento a conductas evitadas por medio de la TE.</li> </ol> <p>Si es el caso se prepara para la toma de decisiones para la separación, si se decide continuar se realizan habilidades de comunicación, solución de problemas, mejora de la relación sexual.</p>	<p>La expresión emocional brinda apoyo y comprensión a la víctima, facilita el desahogo emocional de la irritabilidad. La reevaluación cognitiva se enfoca explicar sobre la VP entrega de un folleto explicativo (manual de autoayuda), discusión racional de creencias irracionales sobre culpa y procesamiento de la información y del trauma, planeación hacia el futuro.</p>	<p>No se utiliza grupo control atribuyendo a diferentes cuestiones.</p> <p>Inicia el trabajo en psicoeducación y un primer paso para manejar la TE para las conductas de evitación aunque no se utiliza como eje central de la terapia sino como una terapia auxiliar.</p> <p>Maneja algunas habilidades y tiene algunos componentes que no se explican en la guía en el caso de continuar en la relación de pareja, aspectos como la mejora de la relación sexual.</p> <p>No se describen las técnicas de primera línea ni las técnicas auxiliares. Se aplican varias técnicas y desarrollo de habilidades de afrontamiento y seguridad.</p> <p>Sobresale la evaluación del TEPT, un manual de terapia, evaluación del tratamiento a largo plazo.</p>
<b>Schlee y otros, (1998)</b>	<p>El tratamiento tiene dos condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACT (Physical Aggression Couples Treatment) tratamiento de pareja con violencia física. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la ira.</li> <li>- Habilidades de comunicación.</li> </ul> </li> <li>2. GST (Gender Specific Treatment) tratamiento específico de género.</li> </ol> <p>Componentes :</p>	<p>El PACT la pareja trabaja en grupo y en el GST grupos separados (mujeres y hombres). En total fueron 7 PACT y 5 GST entre 6 y 8 parejas fueron asignadas a cada grupo. 38 parejas completaron el tratamiento y 32 no lo completaron. Un total de 6 terapeutas (4 psicólogos y 2 trabajadores sociales). El PACT fue suministrado por 2 terapeuta</p>	<p>El programa de tratamiento es una posibilidad para parejas teniendo en cuenta las recomendaciones sobre violencia crónica y grave.</p> <p>Grabar las sesiones permitirá trabajo en equipo, realimentación y mejorar las técnicas utilizadas en la terapia.</p> <p>No evalúa el TEPT ni utiliza TE.</p> <p>No se realizan</p>

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder y control del hombre.</li> <li>- Autoestima de la mujer.</li> <li>- Habilidades de Asertividad.</li> </ul> <p>Ambos formatos psicoeducativos implica 14 sesiones semanales de 2 horas.</p>	<p>y 2 coterapeuta mixto. El GST fue aplicado por 2 terapeuta hombre sin coterapeuta. Las sesiones fueron grabadas para la retroalimentación para ajustar los programas.</p>	<p>El seguimiento. Se reconoce el trabajo con grupos mixtos (terapeutas y coterapeutas) y de los dos sexos. Una posibilidad de hacer terapia con parejas interesadas en seguir con la relación de pareja pero necesita mayor soporte empírico.</p>
---	--	--

---

<p><b>STEP</b> <b>(Survivor</b> <b>Therapy</b> <b>Empower</b> <b>ment</b> <b>Program)</b> <b>Walker y</b> <b>otros</b> <b>(2009b).</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definiciones de VD.</li> <li>2. Superando la disfunción (pensando y diseñando un plan de seguridad).</li> <li>3. Pensando, sintiendo y haciendo.</li> <li>4. Cambiar al pensamiento positivo y manejo de la ira.</li> <li>5. Manejo del estrés y entrenamiento de relajación.</li> <li>6. Ciclo de la VP y efectos de la violencia psicológica.</li> <li>7. TEPT y síndrome de la mujer maltratada.</li> <li>8. Duelo por el final de la relación</li> <li>9. Efecto de la VP en los niños-as.</li> <li>10. Aprender a pedir lo que quieres.</li> <li>11. Construyendo relaciones saludables con buenos límites.</li> <li>12. Terminación de las relaciones</li> </ol> <p>Terapia grupal de 12 sesiones de tratamiento, duración de 2 horas cada una.</p>	<p>Trabaja 6 focos o problemáticas: 1. Recuerdos intrusivos de los acontecimientos traumáticos. 2. Hiperactivación y altos niveles de ansiedad. 3. Comportamiento de evitación y parálisis emocional expresados, habitualmente, en forma de depresión, disociación, minimización, represión y negación. 4. Disrupción de relaciones interpersonales dada la conducta de poder y control del maltratador. 5. Distorsión de la imagen corporal y dolores físicos o con origen psicossomático y 6. Problemas sexuales. Cada sesión tiene tres componentes: dar información, discusión y hablar de los procesos y construcción de habilidades que protejan y ayuden a la mujer.</p>	<p>Teóricamente se basa en la teoría feminista (los efectos de la discriminación y dominación, el deseo por empoderar a la mujer) y la teoría del trauma (TEPT y otras variables concomitantes). El programa ha mostrado su utilidad y se ha aplicado en varios países. Los autores del programa señalan que es un programa psicoterapéutico basado en evidencia de varios estudios utilizando la descripción del SMM propuesto por Walker. Ha mostrado beneficios para la estabilidad mental, regulación y aprendizajes de habilidades mediante el uso de la psicoeducación. Manual de tratamiento en preparación. Se ha utilizado en la cárcel. Centra la terapia en la terminación de la relación de pareja. A pesar de que propone el programa basado en el manejo del TEPT no se ve claramente el uso de TE.</p>
--	---	---	---

---

---

<b>Terapia de Exposición Prolongada (Foa y otros, 2007)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicoeducación (educación acerca de las reacciones del trauma)</li> <li>2. Reentrenamiento en respiración (respirar de una forma calmada)</li> <li>3. Exposición prolongada (vivo y en imaginación)</li> </ol>	<p>El programa de tratamiento emerge de la combinación de la TE para la ansiedad y la Teoría del procesamiento emocional de los recuerdos traumáticos para la disminución de los síntomas del TEPT.</p> <p>La TE prolongada a situaciones evitadas y a recuerdos del trauma.</p>	<p>Una fuerte evidencia empírica de la eficacia de este tratamiento en diferentes tipos de traumas ha sido llevada a cabo por el Center for the Treatment and Study of Anxiety (CTSA) de la Universidad de Pensilvania, a través de diferentes estudios controlados para diferentes traumas y en cientos de pacientes y en diferentes países.</p>
---	--	--	---

---

---

<p><b>CTT</b> <b>(Cognitive Trauma Therapy)</b> <b>Kubany y Ralston (2008)</b></p>	<p>20 Módulos, 15 necesarios y 5 opcionales.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciando el tratamiento.</li> <li>2. Revisión de las autoverbalizaciones negativas.</li> <li>3. Manejo del estrés I: Educación acerca del estrés.</li> <li>4. Manejo del estrés II: Relajación muscular progresiva.</li> <li>5. Historia de trauma diferentes a la VP.</li> <li>6. Educación acerca del TEPT.</li> <li>7. Tareas de exposición.</li> <li>8. La indefensión aprendida y cómo superarla.</li> <li>9. Educación acerca de las autoverbalizaciones negativas.</li> <li>10. Abordar la culpa relacionada con el trauma.</li> <li>11. Confrontar las falsas guías de las creencias “supongo que”.</li> <li>12. Entrenamiento asertivo.</li> <li>13. Manejo de la desconfianza.</li> <li>14. Identificando potenciales abusos.</li> <li>15. Manejo de estrés o situaciones conflictivas con el ex maltratador.</li> </ol> <p>Los 5 opcionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Manejo de la ira.</li> <li>17. Características de personalidad o patrones de violencia.</li> <li>18. Ideas contra la negación y codependencia.</li> <li>19. Tomando decisiones importantes.</li> <li>20. Implicaciones y consecuencias de permanecer en relaciones violentas.</li> </ol> <p>Formato individual y posibilidad de entrenar a personal de salud mental para su aplicación.</p>	<p>Organizan la TCC más por módulos que por sesiones, la mayoría duran 15 minutos y se requieren uno o dos para completar cada módulo que puede o no coincidir con la terminación de la sesión.</p> <p>La CTT combina técnicas de la TCC para TEPT y el TMM (Tratamiento para la mujer maltratada). De la TCC retoma psicoeducación sobre TEPT, manejo del estrés (entrenamiento en relajación), hablar sobre el trauma, incluye procedimientos para reducir las autoverbalizaciones negativas y re evaluación de las creencias irracionales. De la TMM retoma la intervención para empoderamiento y auto-defensa incluye estrategias de auto-defensa, construcción de habilidades en comunicación asertiva, manejo de situaciones de estrés con el ex maltratador, y aprendizaje de identificación de posible VP lo que permite prevenir revictimización. El módulo sobre la culpa toma entre 4 y 5 sesiones. El número de sesiones y módulos cambia dependiendo de las características del trauma.</p>	<p>Este protocolo de basa en la evolución del trabajo de Kubany (2003, 2004) en su denominada Cognitive Trauma Therapy for Battered Women (CTT-BW) Terapia cognitiva para el trauma de mujeres maltratadas (2002). Inicialmente incluía: psicoeducación acerca de TEPT, manejo del estrés (incluyendo entrenamiento en relajación), automonitoreo de pensamientos y verbalizaciones des adaptativos y ejercicios de exposición y narrar el trauma.</p> <p>También se incluye dos módulos para manejo de la culpa y vergüenza: 1. Evaluación y corrección de creencias disfuncionales y 2. Reducción de autoverbalizaciones negativas sobre culpa y vergüenza.</p> <p>También cuatro módulos para el empoderamiento y desigualdad de la mujer: 1. Estrategias de auto-defensa, 2. Construcción de habilidades de comunicación y asertividad, 3. Manejo de contactos indeseados con ex parejas, y 4. Cómo identificar posibles maltratadores y evitar la revictimización.</p> <p>Es un programa bien estructurado con soporte empírico (dos estudios bien controlados)</p>
--	--	--	--

---



---

<p><b><i>Cognitive Restructuring (CR) for PTSD (Reestructuración cognitiva para el TEPT) Mueser y otros (2009)</i></b></p>	<p>El programa incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio del tratamiento, participación, orientación, planeación de crisis y reentrenamiento en respiración y orientación hacia el programa.</li> <li>2. Psicoeducación: acerca de las reacciones postraumáticas.</li> <li>3. Reestructuración cognitiva I: estilos comunes de pensamiento.</li> <li>4. Reestructuración cognitiva II: los 5 pasos de la Reestructuración cognitiva (RC)</li> <li>5. Reestructuración cognitiva III: solución de problemas comunes.</li> <li>6. Generalización del entrenamiento y Terminación</li> </ol> <p>Hay tareas para casa y materiales para revisar y practicar habilidades. La narración del trauma para eliminar las creencias erróneas que conduzcan a síntomas del TEPT.</p>	<p>Programa de terapia individual en formato flexible que va desde 12 a 16 sesiones semanales para especial población con problemas comórbidos al TEPT hasta un formato de 6 sesiones semanales para centros de atención primaria. La terapia se centra en las reacciones al trauma y como la persona evalúa los eventos traumáticos. Evalúa e interviene sobre el significado de la experiencia para si mismo y el mundo que le rodea. El primer foco es enseñar al cliente a manejar sus emociones negativas. Posteriormente, se entrena para la identificación, cambio y relato adecuado del trauma y el manejo de esquemas y creencias adecuadas sobre si mismo, los demás y el mundo.</p> <p>Los 5 pasos de la RC:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situación,</li> <li>2. Sentimientos,</li> <li>3. Pensamientos,</li> <li>4. Evaluar los pensamientos y</li> <li>5. Tomar medidas.</li> </ol>	<p>Un programa bastante estructurado, con manual explicativo sesión por sesión, recomendaciones y aplicaciones, bastante flexible.</p> <p>En el momento hay dos estudios aleatorizados que darán soporte al programa pero en la actualidad adolece de evidencia empírica que evalúe su efectividad sobre otros programas.</p> <p>Tiene el manejo de la respiración y psicoeducación como técnicas secundarias.</p> <p>La TC es la terapia de primera línea no utiliza la TE.</p> <p>El componente psicoeducativo es relevante desde el principio y como forma de control emocional y realimentación del proceso de cambio.</p> <p>Una ventaja que del protocolo se ha adaptado a varios traumas y poblaciones específicas. Tiene bastantes ejercicios de TC.</p> <p>El programa espera que los participantes encuentren su bienestar y calidad de vida.</p>
--	--	---	---

---

<b>Labrador y Rincón (2002)</b>	TCC con cuatro componentes:	La aplicación de los módulos son secuenciales en esos componentes, primero el componente cognitivo	El protocolo se ha implantado en muestras españolas, inmigrantes, mexicanas.
<b>Rincón (2003)</b>	1. Psicoeducación: características y consecuencias de la VP y explicación del tratamiento.	para un mejor manejo de las emociones negativas con el fin de preparar la habituación al miedo durante la exposición y el reprocesamiento verbal de los recuerdos traumáticos.	La importancia de centrar el tratamiento en la TE para el reprocesamiento cognitivo de los recuerdos traumáticos
<b>Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2006)</b>	2. Entrenamiento en control de activación: manejo de la respiración para mejorar la activación fisiológica, mejora del sueño e irritabilidad y respuestas de alarma.	El programa de tratamiento es manualizado, se ha utilizado en formato individual (Rincón, 2003).	(procesamiento automático) que las mujeres no han podido procesar conscientemente de forma controlada (procesamiento controlado).
<b>Arinero (2006)</b>	3. Terapia cognitiva: manejo de emociones secundarias e ideas sobre culpa, baja autoestima e indefensión. Uso de técnicas cognitivas como detención de pensamientos, reevaluación cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.	La aplicación de Arinero (2006) fue el mismo programa y una variante para comparar la efectividad de las técnicas utilizadas (TE+TC)Vs (EHS).	Ventajas que ha probado el tratamiento en formato grupal e individual disminuyendo el tiempo de 90 a 60 minutos, que ayuda en la expresión emocional y en las redes de apoyo.
<b>Alonso (2007)</b>	4. Terapia de exposición: en imaginación, por escrito y en grabación (audio) Adicionalmente se entrenan algunas habilidades para mejorar el estado de ánimo y autoestima, comunicación y afrontamiento.	El programa es de ocho sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de 100 minutos cada una, excepto las dos últimas sesiones que tienen una duración de 120 minutos.	Intervención breve que no supera los 3 meses de tratamiento, incluso si se realizan dos sesiones semanales puede durar mes y medio. Otra ventaja de esta guía de tratamiento es la flexibilidad, brevedad, la centralidad en el trauma (TEPT y sintomatología concomitante) y evaluación postratamiento a largo plazo (un año). Tiene estudios de eficacia y efectividad terapéutica.

Fuente: Cáceres (2012)

En los programas mencionados se puede observar que han seguido las recomendaciones empíricas acerca del formato de corta duración y multicomponentes. La mayoría son manualizados y han servido, de una u otra manera para dar opciones en cuanto al tratamiento de mujeres víctimas de violencia de pareja.

### **Programa de Tratamiento**

La propuesta de intervención desarrollada para el presente estudio está enmarcada en las consideraciones anteriores y especialmente en los hallazgos de la investigación de Cáceres (2012) donde evalúa la efectividad del programa de intervención cognitivo – conductual, desarrollada por Labrador y Rincón (2002), para reducir los niveles de TEPT y sintomatología concomitante en mujeres colombianas víctimas de violencia de pareja; como partícipe del grupo de investigación bajo la dirección de Labrador con el propósito de determinar la eficacia de dicho programa en diferentes poblaciones y países, como España, México y Colombia.

Este programa está basado en la Teoría de la Representación Dual (Brewin, Dalgleish, y Joseph, 1996; Brewin, 2001) y los resultados que ha obtenido el equipo de trabajo durante años de investigación. Desde la teoría de Brewin y otros (1996 y 2001) se propone la necesidad de exponer al paciente a las lagunas de memoria autobiográfica del trauma con el fin de facilitar el reprocesamiento verbal de las memorias traumáticas y favorecer su transferencia desde la memoria situacionalmente accesible a la memoria verbalmente accesible, como eje fundamental de cualquier intervención.

Como se expuso anteriormente en el estudio de Labrador y Rincón (2002) se evidenció una disminución del TEPT en un 100% en el postratamiento y en un 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses y cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas. Así mismo en los trabajos posteriores, en los que se han utilizado muestras más amplias y/o han comparado la muestra (mujeres mexicanas, inmigrantes en España y españolas), se evidencia que la intervención terapéutica sirvió para reducir las consecuencias de los trastornos psicológicos, tanto el TEPT como sintomatología concomitante y variables de inadaptación y otros factores asociados (Rincón y Labrador, 2004; Labrador y Alonso, 2005; Labrador, Fernández y Rincón, 2006; Alonso, 2007), avalando la eficacia de este programa de tratamiento en víctimas de violencia de pareja.

En Colombia Cáceres (2012) implementó dicho programa de intervención para medir la efectividad de reducir el impacto psicológico que ha tenido la violencia de pareja en 120 mujeres residentes en Girón, Santander. Estas mujeres provenían de diferentes municipios o ciudades de Colombia y el 95% de ellas además de estar viviendo violencia de pareja habían enfrentado otras situaciones estresantes y/o

traumáticas como ser víctimas de un desastre natural o desplazamiento forzado, ésta última en un 52.5%.

Los resultados de éste estudio mostraron que el tratamiento fue efectivo para la reducción de las consecuencias derivadas de la violencia de pareja, lo cual se concluyó por los cambios observados en las puntuaciones y la significancia clínica, así como el autoinforme de las propias mujeres y las impresiones clínicas observadas por el grupo de investigación encargado del tratamiento. Se constató en el grupo de tratamiento (GT) una reducción significativa la sintomatología del TEPT reflejado en la disminución de sus puntuaciones de 23,03 antes del tratamiento a 9,18 después, con un tamaño del efecto alto 2,12 y una con buen potencia estadística 1.00. En la misma dirección, se puede concluir que los cambios se mantuvieron a través del tiempo, tras haber terminado el tratamiento, al cabo de uno, tres, seis y doce meses (TEPT global postest=9,17, 1 mes=8,48, 3 meses=7,45, 6 meses=7,27 y 12 meses=5,25) al igual que para cada una de las subescalas (Cáceres, 2012). Esto a nivel clínico paso de tener el diagnóstico de TEPT a no tenerlo.

Se observó la misma tendencia positiva a favor de la efectividad terapéutica para mejorar la sintomatología concomitante. La sintomatología relativa a la ansiedad y depresión se redujo de niveles altos a leves después del tratamiento y, durante los seguimientos, disminuyó a niveles mínimos (Cáceres, 2012).

Por otra parte, se tiene en cuenta los planteamientos y elementos de la guía de tratamiento de Kubany y Ralston (2008), en cuanto a la identificación y manejo de la culpa, auto verbalizaciones negativas e ira; Foa, Hembree y Olasov (2007) sobre la terapia de exposición prolongada; y Walker y otros (2009b) en cuanto a la comprensión del ciclo de la violencia, autoestima, autoimagen y cambio de pensamientos disfuncionales, y efectos de la violencia sobre los niños, elementos que plantea en el programa STEP.

A partir de estos planteamientos y programas de intervención mencionados, se desarrolla la propuesta de intervención para el tratamiento de víctimas de violencia de pareja que presentan TEPT, al cual se realizan ajustes teniendo en cuenta el contexto.

El programa de tratamiento se aplicó de manera grupal, ya que presentan ciertas ventajas frente al trabajo individual con las mujeres víctimas de violencia de pareja. Según Tutty, et, al; Hughes y Jones; Lundy y Grossman; (1996, 2000 y 2001 citados por Alonso 2007) el grupo favorece a la construcción de una red de apoyo en donde las mujeres salen del aislamiento social, conocen otras experiencias y

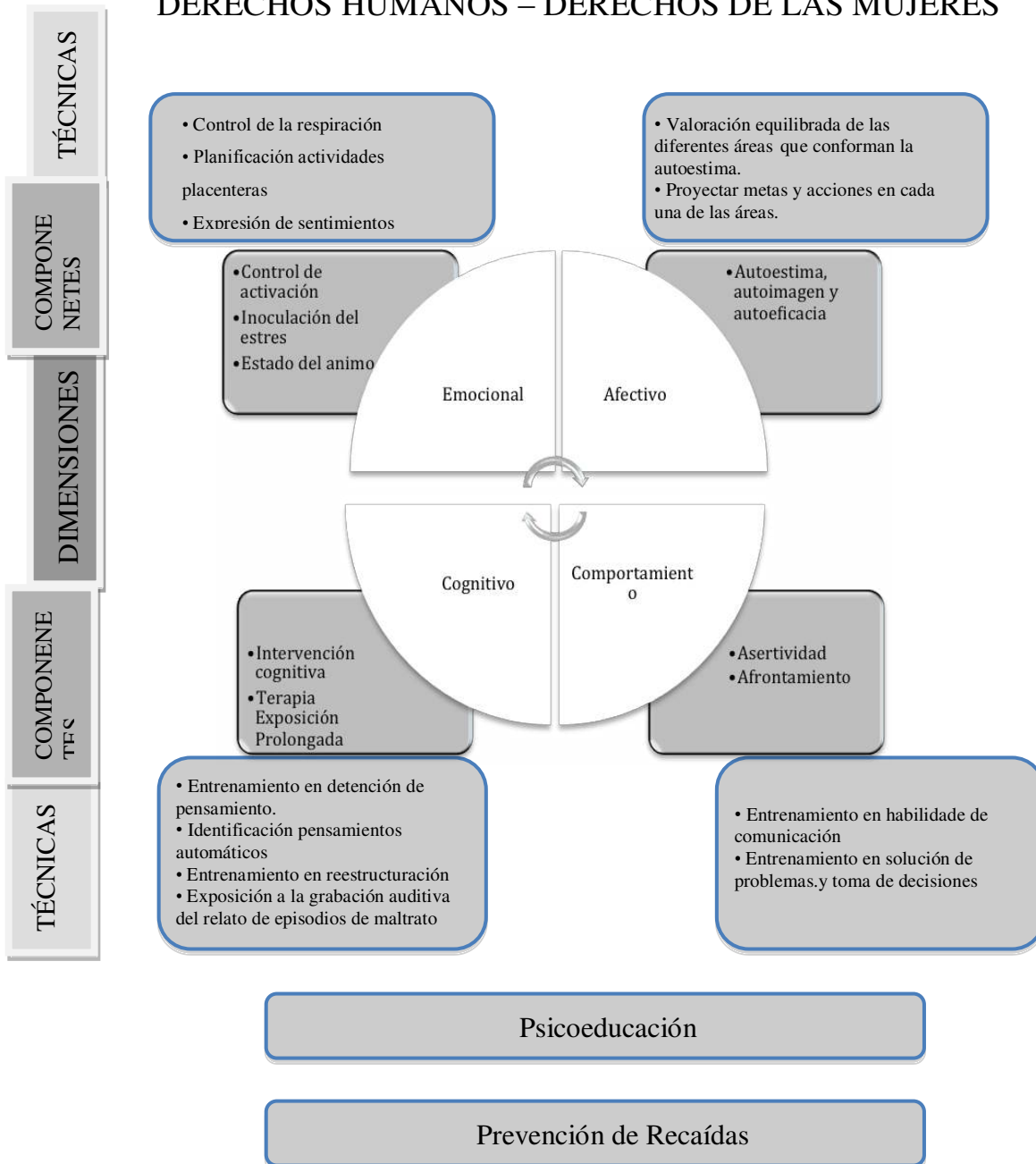
reconocen que sus reacciones no son anormales. Asimismo, en el grupo se les permiten aprender de la experiencia de otras participantes sobre estrategias específicas que pueden utilizar para hacer frente al problema. Además, el grupo terapéutico tiene la ventaja en cuanto a que es una posibilidad para responder a la alta demanda que existe ante la problemática de violencia de pareja.

Las anteriores son algunas ventajas pero también es importante resaltar que en la intervención grupal es necesario contemplar los costes que implican sobre todo en la parte procedimental, de preparación debido a que la coordinación de horario, la motivación para el tratamiento y el establecimiento de las normas de trabajo de grupo es muy importante.

El programa de tratamiento, aplicado en modalidad grupal, consta de las siguientes dimensiones, componentes y técnicas, que se muestran en la siguiente figura:

Figura 2. Dimensiones, Componentes y técnicas del programa de tratamiento

DERECHOS HUMANOS – DERECHOS DE LAS MUJERES



### **Planteamiento del Problema**

La magnitud del problema de la violencia de pareja a nivel mundial es reflejado en las altas tasas de prevalencia de estudios interculturales y transculturales como los de la OMS, ONU mujeres, entre otros, que ponen de manifiesto el verdadero problema tanto a nivel individual para la mujer y al entorno inmediato como hijos y familiares, como a nivel social, de salud pública y económico, lo cual evidencia la importancia de intervenir para reducir esta problemática y sus consecuencias negativas.

Los estudios han identificado un alto porcentaje de mujeres víctimas de violencia de pareja que han sido víctimas de otros hechos victimizantes como por ejemplo maltrato en la infancia; en Colombia se ha evidenciado en estudios que ser víctima del conflicto armado, especialmente desplazamiento forzado trae como consecuencias significativa la aparición o aumento de la violencia de pareja.

La Encuesta en Zonas Marginadas realizada en el 2011 por Profamilia muestra que el 45% de las mujeres ha recibido alguna forma de maltrato físico de su cónyuge, lo cual comparada con la misma encuesta realizada en el 2005 aumentó un 0.7% y comparada con el porcentaje de mujeres a nivel nacional que es el 37% según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010. En cuanto la violencia psicológica, el 71% de las mujeres afirmaron que sus esposos o compañeros ejercen, o han ejercido, situaciones de control sobre ellas. Esta cifra está seis puntos porcentuales por encima de la encontrada en la encuesta del 2005 en las comunidades del programa y en la ENDS 2010 a nivel nacional (65 por ciento).

Lo anterior, evidencia que las mujeres en situación de desplazamiento en las zonas evaluadas continúan estando más expuestas a la violencia de pareja. Así mismo, Cáceres (2012) evidenció que el grupo afectado por violencia de pareja, la mitad (52,5%) eran mujeres en situación de desplazamiento.

Los hechos violentos, que genera terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física y psicológica de la persona y deja a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales (Kilpatrick, Saunders, Amick-Mc-Mullan, Best, Veronen & Jesnick, 1989, citados por Echeburúa, De Corral & Amor 2004). La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros delitos violentos o de abuso y cuando hay un estrés acumulativo (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999, citados por Echeburúa & otros 2004).

La vivencia de los hechos violentos mencionados es algo impactante tanto porque son potencialmente peligrosos para la vida como porque se reducen factores protectores como por ejemplo el arraigo social, familiar y cultural y red vincular de apoyo, lo cual genera sentimientos de futuro desolador, de desajuste y cambios importantes en el comportamiento, cogniciones y emociones, al punto de producir un gran malestar psicológico. Por lo anterior, estas problemáticas deben ser abordadas desde la salud mental en cuanto al impacto y el desarrollo de desordenes psicológicos.

En cuanto a la violencia de pareja, Golding (1999) revisa 11 estudios acerca del trastorno de estrés postraumático (TEP) en víctimas de violencia doméstica, encontrando tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta & Sarausa (2001) en una muestra de 212 víctimas de maltrato pusieron de manifiesto que el cuadro clínico más frecuente en la muestra era el trastorno de estrés postraumático en un 46% de la mujeres, otra sintomatología ansiosa, depresiva, baja autoestima e inadaptación a la vida cotidiana. Otros autores evidencian en sus estudios un desarrollo del estrés postraumático del 45 a 60% (Echeburúa, De Corral y Amor, 1998, 2000) y de un 45% a 84% (Levendosky & Graham – Bermann, 2001). Estos últimos autores también plantean que es frecuente encontrar síntomas adicionales como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas, por lo que no se puede descartar la presencia de otros trastornos comórbidos al TEPT.

Launius y Jensen (1987, citado por Rincón, 2003) realizan un estudio donde comparan las habilidades de solución de problemas de 19 mujeres maltratadas, 19 mujeres que están asistiendo a terapia y no han sufrido maltrato, y 19 mujeres que no han asistido a terapia y que no han sufrido violencia de pareja, todas alumnas universitarias, midiendo su capacidad intelectual, ansiedad y depresión; y encuentran que aún controlando las variables mencionadas, las mujeres maltratadas presentan déficit en tres áreas respecto a sus habilidades para solucionar problemas: a) Generan menos alternativas de solución que ambos grupos de mujeres no maltratadas, b) Generan un número menor de alternativas de solución efectivas que las mujeres no maltratadas, y c) Presentan menor probabilidad de elegir una alternativa de solución efectiva frente a un problema dado.

Este déficit en las habilidades para solucionar problemas, los explica Rincón (2003) como consecuencias que trae la vivencia de repetidos episodios de maltrato los cuales conduciría a la víctima a desarrollar la percepción de que es incapaz de lidiar



con sus problemas, debilitando sus habilidades al respecto o por consecuencia del desarrollo de TEPT que lleva a las mujeres a evitar aquellos estímulos, que por asociación con la experiencia traumática, les producen miedo o ansiedad.

En cuanto al desplazamiento forzado Alejo, Rueda, Ortega y Orozco (2007) plantean que se encuentran numerosas investigaciones con poblaciones expuestas a hechos de violencia sociopolítica en poblaciones de refugiados y desplazados de Asia (Kinzie, Sack, Angell, Mason & Rath, 1986; Mollica, Wyshack & Lavelle, 1987); Centro América (Arroyo & Eth, 1985; Cervantes, Salgado de Zinder & Padilla, 1989; López, Boccallari & Hall, 1988) y Colombia (Palacio, Abello, Madariaga & Sabatier, 2001; Palacio & Sabatier, 2002) que han evidenciado la presencia de sintomatologías de trauma y la aplicación del modelo de TEPT a dichos diagnósticos.

Además, en investigaciones clínicas en ésta población se ha demostrado una alta prevalencia de TEPT y síntomas de depresión, Rodríguez (2006) en un estudio de 19 personas en situación de desplazamiento, en donde 9 eran adultos entre los 30 y 55 años y 10 adolescentes entre los 15 y 18 años evidenció la presencia de niveles de severidad de estrés postraumático entre moderado y severo en un 60% de los participantes.

Un número importante de estudios en Colombia, han considerado la necesidad de comprender de qué manera el estrés postraumático ha limitado la capacidad de desarrollo de las personas manifestándose en estados de desesperanza, ausencia de metas, lesión de su autoestima, pérdida de vínculos y, lo que es aún más grave, un aumento en la violencia (CODHES, 2000).

En resumen las víctimas de estos hechos violentos presentan un perfil psicológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático y por otras alteraciones clínicas como depresión y ansiedad, lo cual genera, una inadaptación y estrategias inadecuadas de afrontamiento. La utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o activación fisiológica (Muller & Spitz, 2003; Vinaccia, Tobbon, Sandin & Martínez, 2001). Lo anterior evidencia la necesidad de realizar investigaciones que aporten estrategias significativas para la recuperación de la salud mental de víctimas de la violencia de pareja.

La presente investigación busca establecer la eficacia de un programa de tratamiento grupal a mujeres con estrés postraumático víctimas de violencia de pareja. Esto, en Colombia es importante, por la escasez de guías o programas de tratamiento

eficaces y efectivos para la intervención del trauma psicológico en víctimas de violencia de pareja. Es importante entonces, aplicar los conocimientos y desarrollos que durante estos años ha tenido la investigación sobre ésta problemática que impacta de manera individual, familiar y social; y ajustar estos al contexto Colombiano.

La propuesta de tratamiento que se desarrollo en ésta investigación está enmarcada en los hallazgos y consideraciones de la investigación de Cáceres (2012) donde evalúa la efectividad del programa de intervención cognitivo – conductual desarrollada por Labrador y Rincón (2002) para reducir los niveles de TEPT y sintomatología concomitante en mujeres colombianas víctimas de violencia de pareja; en la implementación se demostró efectividad del mismo, pero también aspectos de ajuste para el contexto colombiano.

Adicionalmente, se tuvieron en cuenta referentes teóricos que proponen Kubany, E. S; Hill, E.E; Owens, J.A; Lance-Spencer, C; McCaig, M. A y Tremayne, K.J. (2004). en su denominada terapia cognitiva para el trauma de mujeres maltratadas [*Cognitive Trauma Therapy for Battered Women (CTT-BW)*] y Kubany y Ralson (2008) en el protocolo de terapia cognitiva del trauma para el tratamiento TEPT en mujeres maltratadas [*Treating PTSD in Battered Women: A cognitive trauma therapy protocol*], así como, Terapia de Exposición Prolongada (Foa y otros, 2007) y Walker (2009) con su propuesta de intervención denominada Survivor Therapy Empowerment Program (**STEP**). Así mismo, no se evalúan algunas variables concomitantes teniendo en cuenta los objetivos y alcance pretendido por la presente investigación.

Comprendiendo que el TEPT es un trastorno que interfiere significativamente en el funcionamiento social, laboral, familiar y de pareja, de la víctima, se espera que la disminución o remisión de los síntomas postraumáticos, concomitantes y conseguir que las participantes disminuyan su sensación de malestar subjetivo, favorezca su readaptación a la vida cotidiana.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cómo influye el programa de tratamiento en el estrés postraumático y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión en las mujeres víctimas de violencia en su relación de pareja?

## Objetivos

### Objetivo General.

Evaluar la eficacia del programa de tratamiento en la reducción del estrés postraumático y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja que denuncian en la Fiscalía.

### Objetivos Específicos.

1. Diseñar un programa de tratamiento grupal a medida para mujeres que denuncian violencia de pareja.
2. Describir las características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja, que actualmente llevan un proceso penal con la fiscalía.
3. Evaluar los niveles de afectación en sintomatología (estrés postraumático, depresión y ansiedad) de las mujeres víctimas de violencia de pareja.
4. Implementar el programa de tratamiento para la sintomatología TEPT y otras variables asociadas como ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja.
5. Evaluar la eficacia del tratamiento para la reducción de la sintomatología de estrés postraumático y sintomatología concomitante (ansiedad y depresión).
6. Evaluar si los cambios experimentados por las mujeres maltratadas tras la intervención terapéutica en la sintomatología de estrés postraumático, ansiedad y depresión se mantienen a través del tiempo, por medio de seguimiento a los tres meses.

## Variables

### Variable dependiente.

#### *Sintomatología de Estrés postraumático.*

A partir del DSM 5 se clasifica como trastorno relacionado con traumas y factores de estrés. Cabe recordar, que en la versión pasada del DSM IV-R se clasificaba como un trastorno en el ámbito de la ansiedad.

El primer criterio es que la persona haya sido expuesta a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o de amenaza.

### Sintomatología de TEPT:

. Una puntuación global del TEPT.

. Cuatro puntuaciones específicas, correspondientes a cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico, según el DSM - 5 (2013):

- Respecto al criterio B (reexperimentación): presencia de uno o mas síntomas de intrusión asociados con el evento traumático, como son: 1. memorias angustiantes del evento traumático que aparecen de manera intrusiva, recurrente e involuntaria. 2. Recurrentes sueños angustiantes donde el contenido y afecto están relacionados con el evento. 3. Reacciones disociativas (flashbacks) en donde el individuo siente o actúa como si el evento estuviera sucediendo. 4. Angustia psicológica intensa y prolongada a la exposición interna o externa de señales que simbolizan o se asemejan a un aspecto del acontecimiento traumático. 5. Marcada reacción fisiológica ante señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.

- Respecto al criterio C (evitación): evitación persistente del estímulo asociado con el evento traumático, después de haber ocurrido el evento traumático, presencia de uno o ambos de los siguientes: 1. Evitación de o esfuerzo para evitar recuerdos angustiantes, o sentimientos acerca o asociado con el evento traumático. 2. Evitación de o esfuerzo por evadir recuerdos externos (personales, lugares, actividades, objetos, situaciones) que despiertan memorias, pensamientos o sentimientos angustiantes acerca o asociados con el evento traumático.

- Respecto al criterio D: alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociado con el evento traumático, comienza o se empeora luego de la ocurrencia del evento traumático, se evidencia con dos (o mas) de los siguientes: 1. Inhabilidad para recordar un aspecto importante del evento traumático (debido a disociación amnesia y no por otro factor de una lesión en la cabeza, alcohol o drogas). 2. Persistentes y exageradas creencias o expectativas negativas acerca de uno mismo, los otros o el mundo. 3. Persistentes cogniciones distorsionadas acerca de la causa o consecuencias del evento traumático que conduce al individuo a la culpa hacia si mismo o los otros. 4. Persistente estado emocional negativo. 5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas. 6. Sentimientos

de desprendimiento o alejamiento de otros. 7. Inhabilidad persistente de experimentar emociones positivas.

- Respecto al criterio E marcada alteración de la alerta y reactividad asociada con el evento traumático, comienza o se empeora luego de la ocurrencia del evento traumático, se evidencia con dos (o más) de los siguientes: 1. Comportamiento irritable y furioso arrebatado (con poca o sin provocación) típicamente expresado con agresión verbal o física contra las personas u objetos. 2. Imprudente o comportamiento autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas de concentración. 6. Interferencia en el sueño (dificultad para quedarse dormido o permanecer dormido o sueño inquieto).

### ***Sintomatología concomitante.***

a) Ansiedad: Se mide en el instrumento en cuatro niveles (ausente, leve, moderado y grave).

La ansiedad es una respuesta subjetiva e innata de nuestro organismo que tiene como misión la supervivencia, por lo que es beneficiosa para el ser humano. Implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha (Clark y Beck, 2010).

Sin embargo, cuando se presenta una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal puede producir ansiedad anormal, patológica; la cual se caracteriza por la exageración de los mecanismos normales de supervivencia en el que se presenta sobreestimación sobre el peligro, anticipación de consecuencias negativas y como valoración de la imposibilidad de afrontar dicho momento o circunstancia; acompañado de síntomas físicos como inquietud, tensión muscular, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y disturbios de sueño. Esto conlleva a un estado de preocupación y ansiedad frecuente y persistente frente a variedad de hechos, eventos o actividades. Así mismo, se vivencian las experiencias diarias con mayor grado de ansiedad en comparación con el resto de personas.

Beck, Emery y Greenberg (1985), plantea que las alteraciones en el procesamiento de la información tiene un papel en la etiología y mantenimiento de los componentes afectivo, fisiológico y conductual de los trastornos de ansiedad. Ésta disfunción cognitiva se manifiesta en el predominio de pensamientos relacionados con amenaza y peligro.

Beck utiliza los “esquemas” para explicar cómo ésta disfunción cognitiva están representadas mentalmente y afectan el procesamiento de la información; plantea que los “esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Clark y Beck, 1988, p.382). Así mismo, plantean la hipótesis de la especificidad del contenido, según la cual, cada trastorno tiene un perfil cognitivo específico, de manera que es la diferencia en el contenido cognitivo la que determina el tipo de trastorno psicológico que el individuo manifiesta. En este sentido la diferencia de una persona depresiva con otra ansiosa es en el contenido más no en los procesos implicados en la percepción, almacenamiento y recuperación de la emoción.

Según ésta hipótesis, Beck y Clark (1988, p.26), han postulado diversos constructos cognitivos, los cuales categorizo con base al trabajo taxonómico cognitivo de Ingram, los cuales son los siguientes:

Productos cognitivos, se refiere a las cogniciones y pensamientos que la persona tiene, que resultan de la interacción de la información entrante con las estructuras, la proposiciones y las operaciones del sistema. Es decir, el resultado final de las operaciones del sistema cognitivo sobre la información, entre las cuales se encuentran constructos como por ejemplo, las atribuciones, predicciones, pensamientos automáticos pensamientos voluntarios.

Operaciones cognitivas, son los procesos mediante los cuales el sistema opera, como son: codificación y recuperación de la información, activación y propagación de la activación o los procesos de atención.

Proposiciones cognitivas, se refiere al contenido de la información que se almacena y organiza dentro de alguna estructura, dentro de estos se encuentra el conocimiento episódico, semántico y procesal.

Estructuras cognitivas, es la manera en cómo se almacena y organiza la información dentro de alguna estructura. Dentro de éste proceso se encuentra la memoria a corto, mediano y largo plazo, los esquemas, los nodos y redes de memoria, entre otros.

El procesamiento cognitivo distorsionado, al igual que los demás síntomas, pueden ser producto de muchos factores, de ésta manera, la etiología de la ansiedad y depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, éste tipo de procesamiento se encuentra de manera intrínseca en el síndrome.

En conclusión, los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información característico en las personas ansiosas o depresivas se diferencian de quienes no tienen éstos síntomas en la estructura y el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, Beck y Emery (1985) plantean que se encuentra relacionado con normas, creencias tácitas o actitudes estables en la persona, que son de carácter disfuncional y poco realista, que pueden estar conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias. En el caso de la ansiedad se relaciona la ocurrencia de un suceso con la posibilidad de tener un resultado adverso; en el caso de la depresión presupone la fatalidad, es decir, predomina una condición absoluta.

En cuanto a la estructura, los esquemas en personas con ansiedad y depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos en comparación a quienes no presentan la sintomatología, en el caso de la ansiedad sería la vulnerabilidad ante el peligro y amenaza lo más común; en la depresión sería la autoconstricción.

Según Wells (2009), las personas se encuentran en una perturbación emocional a causa de sus metacogniciones, las cuales tienen un patrón particular de interiorizar que mantiene y refuerza las ideas negativas. Éste patrón es denominado por Wells como “CAS” que significa síndrome cognitivo atenciones, el cual concite en la preocupación, rumiación, fijación de la atención y estrategias autoregulatorias o conductas de afrontamiento inadecuadas.

b) Depresión: Se mide en el instrumento en cuatro niveles (ausente, leve, moderado y grave).

Es una alteración en el estado anímico que se manifiesta con apatía, pérdida de la esperanza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; interfiriendo con la vida diaria, durante un periodo de tiempo prologado. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en los diferentes contextos y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

El DSM - 5 (2013) da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, entre otros, desde el episodio de depresión mayor hasta las perturbaciones distímicas que tienen más que ver con trastornos de personalidad.

La teoría de Beck (1987) expone la manera negativa en que el individuo percibe su mundo, su futuro y a sí mismo, lo cual se ha denominado como la tríada cognitiva. Beck (1998) define la depresión como el síndrome en el que interactúan las modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes e influye de manera importante en el mantenimiento o exacerbación de la depresión; esto sin desconocer lo que se mencionó anteriormente en cuanto a que pueden estar implicados otros factores en la etiología de éste tipo de procesamiento.

En la teoría cognitiva de Beck se plantea que la etiología tiene que ver con la interacción de tres factores: a) la presencia de actitudes y/o creencias disfuncionales sobre el significado de las experiencias, lo cual va a condicionar la construcción de la realidad, b) alta valoración subjetiva de importancia de la experiencia, lo cual resulta de la personalidad del individuo y c) la ocurrencia de un estresor o suceso que sea considerado importante e incida sobre las actitudes disfuncionales de la persona.

En la depresión, los “esquemas” que procesan la información de carácter negativo se encuentran con mayor activación que aquellos que procesan la información positiva, puesto que opera de una manera opresora y restringida, en donde aunque la persona se aparte de los acontecimientos continúa con una percepción negativa que se generaliza y atribuye a otros contextos y circunstancias.

### **Variable independiente.**

La variable independiente es la intervención psicológica, es decir, el programa de tratamiento aplicado a mujeres víctimas de violencia de pareja que sufran trastorno de estrés postraumático.

El programa se caracteriza por ser breve (10 sesiones), cada sesión tiene una duración de 120 minutos, es aplicado de manera grupal y es multicomponente, es decir, es un modelo de abordaje integral en el que se intervienen las dimensiones afectiva, emocional, comportamental y cognitiva desde múltiples componentes y usando una variedad de procedimientos y/o técnicas cognitivo - conductuales, con un enfoque de derechos de la mujer; lo cual se puede apreciar en la Figura 2 anteriormente expuesta en el apartado programa de tratamiento, donde se describe el mismo.



La variable adopta dos niveles que constituyen los dos grupos presencia y ausencia:

- a) Grupo experimental: Con programa de tratamiento
- b) Grupos de control: - Sin programa de tratamiento  
- Mujeres sin historial de violencia de pareja

Aunque no fue la intención de éste estudio conformar grupo control de mujeres sin tratamiento, dado el grave malestar psicológico que presentan las víctimas de violencia de pareja, y por ende la necesidad urgente de ser atendidas a nivel psicológico, así como también la premura de los casos ante Fiscalía; en el proceso de la implementación se conformó el grupo control, a partir de aquellas mujeres que no asistieron a las citas programadas y por ende no iniciaron el programa de tratamiento en su momento, meses después (cuando se terminó el proceso con quienes lo habían iniciado), se contactó e indago el interés por llevar a cabo una segunda evaluación y el programa, a lo cual algunas mujeres manifestaron su interés.

En este sentido, se conformó un grupo experimental de 8 mujeres con quienes se implementó el programa de tratamiento; y un grupo control de 4 mujeres con quienes no se implementó el tratamiento, por su inasistencia a las citas programadas para comenzar el programa, de estas mujeres dos asistieron al programa luego de la segunda aplicación de instrumentos de evaluación.

Así mismo, se conformó un grupo control de 8 mujeres que no tenían historial de violencia de pareja con el propósito de comparar la sintomatología de las mujeres con y sin historial para descartar que la gravedad fuera por el hecho de vivir en un país donde existe un conflicto armado y alta vulnerabilidad

#### **Control de variables extrañas.**

De manera general, el estudio se realizó en un marco real del contexto del cual viven las mujeres, por lo que es posible evitar muchas respuestas reactivas. Se utilizó la técnica de constancia para las siguientes variables:

Terapeutas: para su control todos los grupos de tratamientos se llevaron a cabo por la autora de la tesis como coterapeuta (un grupo) o terapeuta (dos grupos). El director de la tesis quien modeló y formó para la aplicación del programa de tratamiento, mediante la intervención del primer grupo.

Evaluadores - administración de test: La fase de pretratamiento – evaluación, fue llevada a cabo por las cuatro asistentes de investigación, y los dos terapeutas

principales. Para esto se hizo un proceso de modelamiento a los asistentes de investigación para llevar a cabo la fase de pretratamiento (evaluación y entrega de resultados a las mujeres) y de esta manera lograr una unificación de criterios para la aplicación de los mismos. Sólo los terapeutas principales (autora de tesis y director de tesis) evaluaron los primeros dos grupos de 4 mujeres cada uno con el fin de modelar la aplicación del protocolo de evaluación a las auxiliares de investigación. La evaluación al postratamiento y seguimiento a los tres meses de las participantes en el estudio fueron realizadas por la autora de esta tesis.

Lugar de las sesiones: Todas las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en la Unidad de Psicología de la Universidad Católica en los consultorios que dispone para la atención. Todas ellas reúnen las características básicas necesarias de privacidad, silencio y confortabilidad.

La conformación de los grupos de tratamiento se iba estableciendo, teniendo en cuenta que todas las mujeres tenían la misma oportunidad de comenzar y asistir al programa, a partir de la decisión de cada una de ellas de desarrollar el programa.

### **Hipótesis**

Hipótesis de Trabajo: Si el programa de tratamiento es eficaz entonces se reducirá la sintomatología postraumática.

Hipótesis Alterna 1:

Habrà disminución en la sintomatología del TEPT de las mujeres en las comparaciones pretest y postest en las escalas de reexperimentación, evitación, alteraciones negativas en la cognición y estado de ánimo e hiperactivación.

Hipótesis alterna 2:

Habrà disminución en la sintomatología de ansiedad y depresión en las mujeres en las comparaciones pretest y postest.

Hipótesis Alterna 3:

La disminución de la sintomatología del TEPT específicamente en las escalas de reexperimentación, evitación, alteraciones negativas en la cognición y estado de ánimo e hiperactivación que se presentan en las mujeres, a quienes se les aplicó el programa de intervención, se mantendrán en el seguimiento a los tres meses.

Hipótesis Alterna 4:

La disminución en la sintomatología de ansiedad y depresión que se presentan en las mujeres, a quienes se les aplicó el programa de intervención, se mantendrán en el seguimiento a los tres meses.

## **Método**

### **Diseño**

La investigación es de carácter cuasiexperimental donde al grupo se midió mediante medidas repetidas (pre-test y pos-test) para identificar y evaluar los cambios en la sintomatología después de ser aplicado el programa de tratamiento. Así mismo, se efectuó la medición de la variable dependiente mediante seguimiento a los tres meses, lo cual permite observar la tendencia que muestra ésta durante todo el proceso y por tanto, tener un mayor grado de certeza a la hora de establecer relaciones causales entre la variable independiente con la variable dependiente.

Además se compara con grupo control equiparable, a quienes no se le aplicó el programa de tratamiento para identificar si los cambios son efecto del programa o no.

### **Participantes**

La muestra estuvo constituida por 41 mujeres, en edades comprendidas entre los 21 años y 57 años, que conviven o no con sus parejas, que estuvieron motivadas por participar en la investigación. De éstas 33 son víctimas de violencia de pareja y 8 mujeres no son víctimas de violencia de pareja.

El grupo experimental, es un “grupo intacto”, eran mujeres remitidas por el CAVIF ya que adelantaban un proceso penal por el delito de violencia de pareja y se seleccionan de éste grupo por presentar estrés postraumático y demás criterios de inclusión. No se realizó una selección aleatoria ya que el número de participantes no era suficiente, así mismo el propósito del estudio piloto no lo requería.

Los grupos conformados fueron los siguientes, grupo 1 (GNV): Mujeres sin historial de maltrato, que no recibieron el tratamiento. Este grupo hace las veces de un grupo de control, contrastable con las características de normalidad asumidas en la población en general. A este grupo se le realizó una única medición, asumiendo los valores obtenidos como constantes (n=8).

El propósito de conformar este grupo fue comparar los niveles de gravedad de la sintomatología con el grupo experimental para definir si estos se presentan por la

violencia de pareja o por vivir en un contexto en el que existe conflicto armado. En este sentido se compara el pretest de ambos grupos, en donde se identificó que el nivel de gravedad de la sintomatología es diferente siendo menor de quienes no tienen historial de violencia de pareja, evidenciando de esta manera que la sintomatología es debida a vivir dicha problemática.

Grupo 2 (GNT): Mujeres con historial de violencia de pareja, que no recibieron el tratamiento y al cual se le aplicó una prueba pre (línea de base) y a una parte de ellas, correspondiente al 33%, una prueba post al final de un tiempo equivalente al de recibir el tratamiento (n=25/4).

Con el fin de establecer las tendencias de cambio a lo largo del tiempo en el grupo de mujeres con historial de maltrato que no recibieron tratamiento, se logró contactar nuevamente con 4 de ellas para el desarrollo de esta actividad. Se les aplicó nuevamente los instrumentos para identificar si había o no disminución en sintomatología, así como comparar los postest de ellas con el de las mujeres del grupo experimental e identificar diferencias e influencia del programa de tratamiento.

Grupo 3 (GT): Mujeres con historial de violencia de pareja, que sí recibieron el tratamiento y al cual se le aplicó una prueba pre (línea de base) y una prueba post tras recibir el tratamiento (n=8). Así como un seguimiento a los tres meses (post 2).

Para determinar si el programa es eficaz se compara los resultados pre y postest para identificar cambios significativos, así mismo se comparan los resultados con las mujeres que no asistieron al programa de tratamiento para identificar diferencias entre los dos grupos.

**Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser mujer mayor de edad, hasta los 60 años.</li> <li>• Haber sido o estar siendo víctima de violencia de pareja.</li> <li>• Cumplir criterios DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático.</li> <li>• Alfabeto funcional (dispone de competencias que le permiten actuar con autonomía en la vida cotidiana, tiene capacidad para comprender y resolver problemas de la cotidianidad, saber leer y escribir).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener diagnóstico de trastorno mental orgánico o psicótico, según DSM-5.</li> <li>• Tener diagnóstico de discapacidad mental</li> <li>• Presencia de discapacidad auditiva o visual</li> <li>• Inmediata y clara posibilidad de suicidio.</li> <li>• Dependencia de alcohol o drogas.</li> <li>• Analfabeto funcional</li> </ul>

### **Fuentes de Derivación**

Las mujeres fueron remitidas de la fiscalía general de la nación de la ciudad de Bogotá, de la unidad de delitos de familia, más específicamente del CAVIF (Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar) por los departamentos de trabajo social y psicología.

#### Adherencia al tratamiento terapéutico

En relación con los abandonos de la terapia, se puede señalar que en total abandonaron la terapia 4 mujeres. Algunas por razones laborales (2), a una (1) mujer le tocó salir de la ciudad para donde sus familiares, ya que el señor estaba muy agresivo, continuaba con amenazas, persecución, y en el otro caso (1) se desconoce los motivos del abandono, ya que se perdió el contacto con ella; estas mujeres participaron en la fase de evaluación y señalaron interés por el tratamiento, las cuatro comenzaron a participar a dos sesiones, sin embargo no se presentaron a las siguientes sesiones bajo los argumentos mencionados.

### **Instrumentos**

Para medir las variables se aplicaron de manera pre y post los siguientes instrumentos, menos la entrevista la cual se aplicó sólo antes del programa, con el fin de obtener información para la inclusión o exclusión de las participantes en el programa de tratamiento y recoger información relevante de la mujer y la problemática sobre violencia de pareja.

1. *Entrevista semiestructurada basada en Battered Woman Syndrome Questionnaire (BWSQ) “Cuestionario de evaluación: Síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 2009) y Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia de pareja (Cáceres, Labrador y Ardila, 2009).*

Parte I. Datos sociodemográficos tales como: fecha de nacimiento, edad, estado civil, tipo de pareja, número de hijos, características de los mismos (nombres, edades), personas con las que vive y caracterización de las mismas (nombres, apellidos, edad, sexo, parentesco, ocupación, observaciones), se señala el lugar donde se realiza la entrevista, se pregunta si está tomando algún tipo de terapia o tratamiento, o si en algún momento de su vida lo ha tomado, se señala si se identifica con algún grupo étnico y se especifica cual, se pregunta el lugar de nacimiento, y el nivel educativo.

Situación Socio-económica: se pregunta el estrato, la actividad económica, cual es el valor de sus ingresos mensuales, la modalidad de su contrato, el porcentaje de dinero aportado al hogar, se pregunta si tiene autonomía económica para no depender de nadie.

Estado de salud: hay una selección de quejas somáticas en las que la víctima tiene que señalar en un listado, que enfermedades ha sufrido en la infancia o adolescencia y en la actualidad, así mismo debe identificar la gravedad de las mismas (nada, poco, una vez, moderadamente, bastante, mucho). Se pregunta si le han prescrito algún medicamento, tanto para diagnósticos físicos y/o emocionales, adicionalmente se indaga si tal vez se está automedicando.

Parte II. Historia de la infancia: se le pide a la paciente que narre un recuerdo de la infancia o la adolescencia, se le aclara que este puede ser bueno, malo o extraño. Luego se indaga un poco más preguntando si la castigaron físicamente desde el nacimiento hasta los 12 años de los 13 a los 18 años (se tiene en cuenta la cantidad de veces), se pregunta si alguna vez le pegaron con un objeto (se tiene en cuenta cuantas veces).

Posteriormente, se indaga sobre el maltrato en el hogar en la infancia y/o adolescencia; entiéndase malos tratos como abusos físicos, psicológicos o sexuales entre miembros de la familia. Se profundiza preguntando quien maltrataba a quien, el tipo de abuso, la frecuencia y si hubo lesiones físicas. También se explora si hubo violencia sexual, en caso de que la respuesta sea afirmativa se pregunta si alguien conoció el hecho y se pide que especifique quien fue el conocedor. Se solicita en un tercer momento que especifique el tipo de abuso (manoseándola, forzándola para que: lo manoseara, realizara sexo oral, realizara el acto sexual, viera pornografía, se comportó o la obligó a comportarse de forma seductora, entre otros), frecuencia y autor del hecho (padre, hermano, pariente u otro). Nota: en este apartado la entrevistadora emite un concepto en el cual según lo reportado indica si la víctima ha sido abusada sexualmente.

Parte III. Relación de violencia más significativa: se le pide a la víctima que comente cuantas parejas ha tenido, si eran o no maltratadores, se indaga el momento en el que empezaron los maltratos, y si sigue en esa relación. Se especifica que se va a profundizar en la última relación de pareja, y en este sentido se indaga sobre las

características y dinámica que están relacionada con riesgos y mantenedores del ciclo de la violencia.

Poder y control: primero, indaga la frecuencia en que cada uno de los miembros de la pareja controlan las actividades del otro, frecuencia en la que acceden a las peticiones del otro y las estrategias que utilizan para que el otro realice lo que ellos desean (aislamiento emocional, restringir la libertad, no tener relaciones sexuales, amenazar con dejarle, utilizar la fuerza física, decir o hacer algo agradable, hablar/preguntar).

El segundo indaga sobre estrategias, habilidades de comunicación y solución de problemas, expresión de emociones, demostraciones de enojo, nivel de aislamiento de los miembros de la pareja y redes de apoyo. Así como, el estatus laboral de la mujer, acceso al manejo de su propio dinero (manejo de cuenta de ahorros, tarjetas de crédito, efectivo, objetos personales, transporte público y teléfono) y situación económica general de la pareja durante la relación

Tercero indaga sobre la percepción de la mujer sobre la gravedad del maltrato, si busco ayuda, en caso de que no las razones, si alguna vez dejo a su pareja o expreso su intención de hacerlo y la reacción del otro al hacerlo o haberlo hecho.

Sexualidad: en este apartado se pregunta sobre la dinámica en la intimidad en cuanto a la iniciativa, así como sobre el placer o displacer que causa o causo el acto sexual con su pareja o expareja. También indaga sobre los celos e infidelidades en la relación.

Historia legal: se pregunta si él ha estado bajo arresto, por qué motivo, si ha sido condenado, si la víctima ha solicitado una medida de protección hacia él, cuantas veces lo ha hecho y porque razón, si ha encontrado pruebas en contra de la pareja relacionados con violencia de pareja, cuáles han sido las consecuencias judiciales, si el agresor tiene historia de problemas psicológicos o psiquiátricos, si ha denunciado a su ex pareja por delitos de violencia, a que instituciones a recurrido en búsqueda de ayuda, que apoyo recibió.

Uso de sustancias: se le solicita a la consultante que manifieste si ella o el ha consumido o consume algún tipo de sustancias psicoactivas y con que frecuencia.

En la parte IV se profundiza en cuatro diferentes incidentes de violencia de pareja: la violencia en general, el primer evento, el más reciente y el peor. En cada uno de estos se le solicita a la víctima que haga un relato libre acerca de cómo fue el incidente respectivo de violencia, luego se indaga la frecuencia con la que se presentaba la violencia (psicológica, física y sexual), si está ha cambiado a través del tiempo, la gravedad de las lesiones y lo que le hizo.

Se pregunta sobre la violencia psicológica propiciada por el victimario en cada ocasión investigando la frecuencia con la que: la insultó, expresó su desaprobación hacia ella, la humilló en público y en privado, interfirió en los horarios de sueño, forzó o coaccionó a consumir drogas y/o alcohol, se ha vuelto obsesivo con la limpieza, ha interferido en su alimentación o ingesta, no le permite dormir, se puso muy celoso, controló sus actividades y/o su dinero, y/o donde estabas, le impidió descansar, le impidió que descanses, la rechazó, amenazó con suicidarse y/o con utilizar un arma, pretendió hacerle daño/matar a otros, amenazó con secuestrar a sus hijos, forzó a ser su sirvienta, forzó a limpiar o trabajar en exceso, le dijo que no tenía la habilidad para hacer algo, se negó a discutir o a negociar, amenazó con matarle o a sus hijos, amenazó con matar a otros.

Violencia física: se indaga por la frecuencia en la que en cada oportunidad su pareja la: empujó, zarandó, cogió de las extremidades, golpeó la cabeza, mordió, retorció los miembros de los dedos, tiró objetos hacia ella, abofeteó, le dio puños, pateó, le tiró el pelo, golpeó con un objeto, le haló el cuerpo, la estranguló, asfixió, quemó, intentó ahogarla en el agua y /o envenenarla, uso o amenazó con: cuchillo, pistola, vehículo.

Violencia sexual: se escudriña en el ámbito de la violencia sexual si a la víctima en cada uno de los eventos le han: hecho acercamientos sexuales y/o gestos indeseados, si tomó ventaja de la relación, si le han hecho solicitudes sexuales directas no deseadas, le han mostrado una actitud hostil hacia las mujeres, tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo, tocado los genitales bruscamente y sin desearlo, forzado o coaccionado a: realizar el acto sexual, realizar sexo oral, a practicar sexo anal, a masturbarte, a ver pornografía, a tener relaciones sexuales con otras personas, a participar en actividades sadomasoquistas, a realizar sexo con animales, a ver a otros teniendo relaciones sexuales, a prostituirte, ha sido insensible



con respecto a tus necesidades sexuales, ha querido tener sexo después de maltratarte, te ha obligado a insertarte objetos en los genitales, hecho el acto sexual de modo violento que ha causado hematomas o mutilación, tenido contactos sexuales sabiendo que tiene enfermedades de transmisión sexual, querido tener relaciones sexuales demasiado seguido, manteniendo relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo, comparado con otras mujeres para desfavorecerte, se ha negado a tener relaciones sexuales contigo.

Al finalizar cada apartado el entrevistador emite un concepto acerca de si la víctima fue maltratada sexualmente o no, consulta si la mujer ha buscado ayuda o no y se le pide que especifique a quien, el tipo de asistencia y si fue útil, también indaga sobre: consumo de alguna sustancia psicoactiva por parte de ambos durante el incidente, percepción sobre el control y predicción del incidente, el funcionamiento de ella en otras áreas de su vida como ser madre, lo que ocurrió después de cada evento para identificar la reacción del agresor luego del incidente en cuanto a demostraciones de arrepentimiento.

Parte V, indaga sobre el funcionamiento actual de la mujer en cuanto a las relaciones interpersonales, problemas actuales que tengas en tu actividad sexual, e imagen corporal.

## *2. PCL-5 (Terence M. Keane, Ph.D traducido por Eduin Caceres-Ortiz, Ph.D)*

Es un inventario de autoinforme sin embargo, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Es útil para valorar la presencia de síntomas de estrés postraumático y su gravedad, teniendo en cuenta los criterios del DSM 5. Consta de 20 ítems. Cada uno de los ítems se valora en escalas Likert de 5 puntos respecto al grado en que han afectado los síntomas en el último mes. Las cinco opciones: Nada en lo absoluto (0), Un poco (1), Moderadamente (2), Bastante (3), Extremadamente (4).

Así mismo este instrumento se divide en cuatro clúster que permiten su calificación e identificación de sintomatología, estos se organizan de la siguiente manera:

El clúster B lo conforman el conjunto de ítems que va de 1 al 5, y hace referencia a la reexperimentación. Y su punto de corte es la identificación de más de un síntoma, con un grado de 2 o más.

El clúster C lo constituyen los ítems 6 y 7. En este clúster más de un síntoma con grado de 2 o más, significa que el síntoma está presente.

En el clúster D se tiene en cuenta los ítems del 8-14; si se presentan dos síntomas con grado 2 o más, se entiende que la víctima evita todo aquello que le recuerde el suceso estresante.

El clúster E, recoge los últimos ítems del 15 al 20; más de dos ítems en este clúster sugiere hiperactivación por parte de la víctima.

En este sentido, se identifica la presencia y se cuantifica la gravedad de sintomatología de estrés postraumático.

3. *Beck Depression Inventory, BDI-II “Inventario para la Depresión de Beck” (Beck, Steer y Brown, 1996; traducción y adaptación española de (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005)*

El BDI es un instrumento de medida muy sensible al cambio terapéutico, diseñado para valorar la presencia de síntomas depresivos y la gravedad en adultos y adolescentes. No es, sin embargo, un cuestionario diagnóstico, ni sirve tampoco para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de tipos de depresión. Es un autoinforme compuesto por 21 ítems relacionados con síntomas de depresión como estado de ánimo, pesimismo, deseo suicida, cogniciones como la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga, la pérdida de peso y apetito sexual; predominando el componente cognitivo de la depresión sobre los fisiológicos o conductuales.

Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert , en cada uno de los ítems la persona tenía que elegir, entre un conjunto de alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describía su estado durante la última semana incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. A veces, se da la circunstancia de que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

La corrección de este instrumento es directa, se categoriza de la siguiente manera según la gravedad: Mínima, corresponde a la puntuación de 0 a 13; Leve, hace

referencia a las puntuaciones totales de 14 a 19; Moderada, constituye el puntaje total que va desde 20 puntos hasta 28; Grave, reúne una puntuación de 29 a 63.

El BDI-II sirve para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico.

Existen numerosos estudios que avalan la fiabilidad del BDI-II en muy diferentes muestras. Con muestras de diversos países, se han encontrado coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que oscilan entre 0,88 y 0,93, con una media de 0,92, en pacientes psicopatológicos, entre 0,86 y 0,90, con una media de 0,87, en la población general, y entre 0,80 y 0,92, con una media de 0,88, en estudiantes universitarios (Sanz y García-Vera, 2009). La adaptación española ha obtenido un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,89 en una muestra de 305 pacientes españoles ambulatorios con diversos trastornos psicológicos (Sanz et al., 2005), de 0,87 en una muestra de 470 adultos de la población general española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), y de 0,89 en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Por otro lado, en cuanto a la fiabilidad test-retest, Beck et al. (1996) informaron de una correlación de 0,93 al cabo de una semana en una muestra de pacientes psicopatológicos estadounidense, y Kühner, Bürger, Keller y Hautzinger (2007) de una correlación de 0,78 al cabo de tres semanas en una muestra de estudiantes universitarios alemanes y de 0,78 al cabo de 5 meses en una muestra de la población general alemana (Sanz, Sf).

Existe una abundante literatura empírica que ha obtenido buenos índices de validez convergente del BDI-II al mostrar que el instrumento correlaciona de forma moderada o alta en distintos tipos de población (pacientes psicopatológicos, adultos de la población general, adolescentes, estudiantes universitarios, ancianos, pacientes médicos, etc.) con otras medidas autoevaluadas o heteroevaluadas de depresión (Sanz, Sf).

4. *Beck Anxiety Inventory, BAI. "Inventario de Ansiedad de Beck" (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; versión española de Sanz y Navarro, 2003).*

Este inventario tiene por objetivo ofrecer una medida fiable y válida de ansiedad en poblaciones psiquiátricas, que discrimine de forma fiable este constructo de la depresión. Es muy útil para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, pero no se justifica su uso exclusivo como instrumento diagnóstico (Sanz, Sf).

Es un instrumento de evaluación autoaplicado, que consta de 21 ítems diseñados para evaluar la sintomatología ansiosa clínica. De los 21 ítems que componen el inventario, 14 se refieren a síntomas fisiológicos, 4 evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos de la ansiedad. Por otro lado, 19 de los 21 ítems (90,5%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia (Alonso, 2007, citado por Sanz, Sf).

Cada uno de los ítems recoge un síntoma de ansiedad, que debe ser valorado por el sujeto en función del grado en que se ha visto afectado por el mismo a lo largo de la última semana. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert: 0 (nada en absoluto), 1 (levemente), 2 (moderadamente) y 3 (gravemente), por lo que la puntuación total oscila de 0 a 63.

En cuanto a la corrección se manejan puntuaciones directas, es decir se suman los dígitos y el total se categoriza de acuerdo a la gravedad de los síntomas de la siguiente manera: De cero a siete (0-7) es normal; con un puntaje de ocho a quince (8-15) se valora como leve; de dieciséis a veinticinco (16-25) se clasifica como moderada; y el puntaje total del intervalos de veintiséis a sesenta y tres (26-63) corresponde a la categoría grave.

Se han publicado varias traducciones al castellano de este instrumento y ha sido analizado en cuanto a sus propiedades psicométricas por Sanz y Navarro (2003) en una muestra de estudiantes universitarios españoles. Respecto a los criterios de calidad, la consistencia interna del BAI oscila entre 0,90 y 0,94, la correlación ítem-total entre 0,30 y 0,71 y la fiabilidad test-retest entre 0,7 y 0,93. Respecto a su validez, la correlación del BAI con la escala para la valoración de la ansiedad de Hamilton (HARS) se sitúa en 0,51, con el Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI) entre 0,47 y 0,58, con la subescala de ansiedad y con la subescala de depresión del cuestionario de 90 síntomas revisados (SCL-90-R) es de 0,81 y 0,62, respectivamente y con el Inventario de depresión de Beck (BDI) de 0,61 (Sanz y Navarro, 2003).

Estos resultados evidencian la utilidad de este inventario como instrumento de cribado en la detección de casos de ansiedad patológica, para evaluar el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico, evalúa sintomatología más que el trastorno psicopatológico como tal (Sanz y Navarro, 2003)

De Ayala, Vonderharr Carlson y Kim (2005) realizaron un meta-análisis de 52 estudios que informaban de coeficientes de fiabilidad del BAI y obtuvieron un coeficiente alfa medio de 0,92 con muestras de pacientes con trastornos

psicopatológicos, de 0,88 con muestras sin pacientes psicopatológicos y sin estudiantes universitarios y de 0,89 con muestras de estudiantes universitarios.

## **Procedimiento**

### **Fase I Diseño de programa de tratamiento.**

Se diseña el programa de tratamiento grupal, teniendo en cuenta los estudios basados en evidencia científica, que han demostrado la importancia de centrarse en el trauma e implementar técnicas cognitivo–conductual y multicomponente, para obtener mayor eficacia y efectividad en la reducción del mismo. (Apéndice D)

Así mismo, se seleccionaron los instrumentos con los que se evaluó el estrés postraumático y la sintomatología concomitante de las mujeres víctimas de violencia de pareja, para realizar el protocolo de evaluación, la cual se aplicaría en la fase pretratamiento. (Apéndice B)

En cuanto a la entrevista, el director de tesis estableció contacto con Leonor Walker, la autora del “Cuestionario de evaluación: Síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 2009), para adquirir la autorización para la utilización en la investigación de violencia de pareja, así mismo como de traducirla al español.

En el proceso de traducción se identificó aspectos para ajustar teniendo en cuenta la población, así mismo se le comentó a la autora los ajustes quien revisó y avaló.

### **Fase II Formación de asistentes de investigación.**

Se estableció el contacto con el CAVIF, a quienes se les presentó los objetivos de esta investigación y los compromisos de la misma, así como el respaldo de la Universidad Católica de Colombia y de la unidad de servicios psicológicos de la misma, lugar donde se remitieron y atendieron las pacientes.

Se organizó el equipo de trabajo compuesto por cuatro asistentes de investigación, dos estudiantes del último semestre de psicología, dos recién egresados; dos terapeutas que fueron el director de tesis y la autora de la tesis. Los terapeutas capacitaron al equipo en cuanto al protocolo de evaluación y sobre violencia de pareja.

Posteriormente, la fiscalía puso a disposición del equipo investigativo una lista de parejas que se encontraban en proceso por violencia de pareja a quienes se llamó para programar la primera cita, paralelamente el CAVIF hizo remisión al centro de atención psicológica de la Universidad Católica de Colombia.

También se estableció contacto con ICBF específicamente con el equipo de la unidad móvil de ciudad bolívar para identificar mujeres víctimas de violencia de pareja en situación de desplazamiento, quienes también entregaron un listado de mujeres que alguna vez habían mencionado este hecho victimizante, a quienes se les llamo y se les cito para una reunión grupal donde se les explicó la investigación, en ese momento varias mujeres estuvieron interesadas, sin embargo, por cuestiones laborales o familiares no pudieron asistir.

### **Fase III Acercamiento a las mujeres y evaluación pretratamiento.**

A las mujeres que asistían a la citación se les explicaba el proceso que se estaba realizando el cual estaba en el marco de la investigación y se indagaba sobre su interés y consentimiento para participar en ésta, si la respuesta era positiva se firmaba el formato de consentimiento informado y se continuaba con la fase de pretratamiento. En caso de que alguna mujer hubiera decidido no ser parte de la investigación, también se continuaba con la fase, sin embargo no hubiera sido tomada en cuenta para la investigación, sin embargo, todas las mujeres que asistieron a la entrevista firmaron el consentimiento. Por lo tanto, para la parte descriptiva de la investigación se tuvo en cuenta todas aquellas mujeres que dieron su consentimiento de participación y se presentaron a toda la fase de pretratamiento – evaluación.

### **Fase IV Implementación del tratamiento**

El programa de tratamiento cuenta de una fase de pretratamiento en el cual se evalúa tanto aspectos importantes relacionados con la violencia de pareja sus riesgos, mantenedores y consecuencia psicológicas y para la salud en general, como, el TEPT y sintomatología concomitante ansiedad y depresión, la cual consta de 3 sesiones:

Sesión 1 evaluación - entrevista estructurada

Sesión 2 evaluación – aplicación de instrumentos

Sesión 3 psicoeducación para la entrega de diagnóstico, descripción breve del tratamiento para facilitar el proceso de motivación y participación en el mismo. La descripción de esta sesión se encuentra en el apéndice B.

Si en el resultado de la evaluación se determinó la presencia de trauma en las mujeres, se les ofreció el programa de tratamiento para reducir la sintomatología asociada a la violencia de pareja, el cual consta de 10 sesiones, el resumen se presenta en apéndice C.

Los grupos de mujeres para la intervención se fueron conformando en la medida que se iba evaluando y según los tiempos en los que las mujeres tenían

facilidad de asistir al tratamiento, el cual duraba dos meses y medio. Cabe mencionar que la aplicación fue escalonada en diferentes grupos de mujeres, esto llevo un periodo aproximado de un año para complementar al grupo de mujeres con tratamiento.

De las mujeres que fueron remitidas por el CAVIF, 33 mujeres firmaron el consentimiento informado y asistieron a la fase de pretratamiento, es decir que se les aplicaron todos los instrumentos evaluativos. De éstas 8 participaron en todas las sesiones del programa de tratamiento (grupo experimental).

El material utilizado durante el tratamiento fue el manual para el terapeuta, en el cual se describen todas las actividades paso a paso, para guiar a los terapeutas en las acciones durante cada una de las sesiones terapéuticas. El contenido del manual es claro y secuencial de los pasos, actividades, materiales y objetivos que se esperan alcanzar en cada una de las sesiones. Así mismo, se utilizaron los registros y material psicoeducativo que lo encuentran en el manual. (Apéndice D).

#### **Fase V Evaluación postratamiento.**

Concluido el tratamiento, se llevó a cabo su evaluación postratamiento, utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pre tratamiento y en el mismo orden.

#### **Fase VI Conformación grupos control.**

Se llevaron a cabo dos estrategias para conformar los grupos control

a) Se llevó a cabo el ejercicio de llamar nuevamente a las mujeres con quienes se había adelantado la fase de pretratamiento, pero que no habían asistido a las citas programadas para iniciar el programa de tratamiento, para identificar su interés en desarrollar el proceso, de estas mujeres mostraron su interés 4 a quienes se les hizo una segunda aplicación de los instrumentos conformando de esta manera el grupo control de mujeres con violencia de pareja sin tratamiento. De estas mujeres 2 asistieron al programa y 2 no cumplieron con la asistencia.

b) De manera aleatoria se explicaba a mujeres residentes en Bogotá sobre el estudio que se estaba llevando a cabo, se identificaba si era víctima de violencia de pareja y si no presentaba la condición se le preguntaba si estaba interesada en participar en el mismo. Si la mujer contestaba de manera afirmativa, se firmaba el consentimiento informado, se realizaba la primera parte de la entrevista (sociodemográfica) y se aplicaban los instrumentos PCL 5, BAI y BDI - II;

conformando de esta manera el grupo control de mujeres que no son víctimas de violencia de pareja. Esto con el propósito de identificar si la sintomatología presentada por las mujeres víctimas de violencia de pareja se encuentra relacionada a la vivencia de dicha problemática o es por el hecho de vivir en Bogotá, Colombia, teniendo en cuenta que se encuentra activo un conflicto armado.

#### **Fase VII Seguimiento.**

Seguimiento se realizó a los tres meses de haber concluido el tratamiento fueron aplicados los mismos instrumentos que en la evaluación. Además, se aplicó el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento.

#### **Fase VIII Análisis de Resultados**

Para el análisis de los resultados de este estudio se llevaron a cabo diferentes análisis, utilizando el programa informático SPSS (versión 21).

### **Aspectos Éticos**

Para el presente estudio se manejaron los siguientes criterios bioéticos:

Se realizó acercamiento y explicación a la Institución y a las mujeres que hacen parte del programa en que consiste la investigación, los objetivos, alcances y limitaciones, el sustento, efectos favorables o adversos que pueda ocurrir, su evolución, tiempo y alcance del Programa de Intervención propuesto para las situaciones de violencia que están o estuvieron presentando.

Solo se implementó el programa de tratamiento con aquellas mujeres que manifestaron su deseo y aceptaron recibir el tratamiento, por lo tanto se firmó con ella el consentimiento informado.

Se hizo un uso apropiado del material con fines diagnósticos y evaluativos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo.

Se remitió a otros servicios a las mujeres que no aceptaron participar en el programa de tratamiento planteado.

Se respetó la dignidad y se salvaguardó el bienestar y los derechos de las mujeres participantes. También se guarda reserva sobre la persona y se manejarán criterios de confidencialidad.

Se les explicó a las mujeres los resultados obtenidos de las evaluaciones y se orientó y explicó los fines terapéuticos. La información obtenida y los resultados se mantienen bajo reserva y serán utilizados sólo por solicitud de los participantes y en el proceso legal que adelantan. Para la socialización se mantendrá la confidencialidad y



se utilizará con fines académicos y para futura intervención terapéutica. Además, se hace la custodia de las historias clínicas en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad bajo los criterios de confidencialidad y seguridad requerida por la Secretaría de Salud para la atención de pacientes.

En cuanto a las cuatro mujeres del grupo control, fueron citadas para iniciar y desarrollar el programa y solo dos asistieron, las otras manifestaron nuevamente dificultad de tiempo en los trabajos o problemáticas familiares, aunque se les brindo horarios flexibles, como por ejemplo en la mañana, en la noche o fines de semana.

En general, se contemplaron las pautas éticas nacionales e internacionales para la investigación con humanos.

### **Análisis de Resultados**

En el primero, se describe la muestra del presente estudio en cuanto a variables sociodemográficas y presencia y gravedad de síntomas psicológicos; en el segundo, se realiza la caracterización de las mujeres con historial de violencia de pareja remitidas por el CAVIF en Bogotá, en las variables sociodemográficas, socioeconómicas, de salud, historia de infancia, de la relación de pareja (manejo de poder y control), historia de la violencia de pareja y situación jurídica, se calcularon estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes), se agruparon las variables en categorías para una mejor comprensión de los datos sociodemográficos. En el tercer apartado se realiza un proceso de equiparación de las submuestras en las características socio demográficas, para identificar si los grupos son comparables; en el cuarto apartado se determina la fiabilidad de los instrumentos seleccionados y se realiza una comparación en puntajes Pretest de la sintomatología de TEPT y sintomatología concomitante (depresión y ansiedad), entre los tres grupos para luego, y con el fin de establecer si el tratamiento tuvo algún efecto sobre el grupo, se analizaron los resultados del pre-test, pos-test 1 y seguimiento a los tres meses (pos-test 2), realizando una comparación de medias a través del análisis de la varianza (ANOVA), incluyendo medidas robustas de mayor sensibilidad para la comparación de grupos en muestras reducidas. El objetivo de realizar este tipo de análisis es estudiar el cambio en las variables de interés entre las fases pretest - postest 1 y pretest - postest 2 (esta última para verificar el mantenimiento de los resultados

Obtenidos durante el tratamiento). Así mismo, se realiza una comparación de estos resultados con algunas de las mujeres que no iniciaron el programa.

Por último, para analizar el grado de satisfacción con el tratamiento y la evaluación de su propio cambio a lo largo de la intervención se calcularon estadísticos descriptivos.

### Caracterización de la muestra

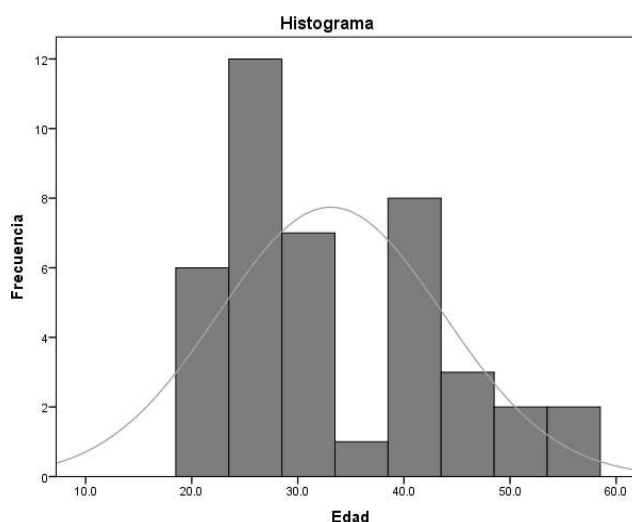
La muestra total estuvo compuesta por 41 mujeres residentes en la ciudad de Bogotá o localidades periféricas. La media de edad de las participantes fue de 33.1 años (con una desviación típica de 10.5 años), como se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	41	21	57	33.098	10.5660

Para determinar la normalidad en la distribución de la variable "edad" se construyó un histograma, que permite observar las tendencias encontradas en la muestra y se presenta en la figura 3.

**Figura 3. Histograma - Distribución de la variable edad.**



Dado que la comprobación de normalidad a través del histograma es apenas visual, se procedió a realizar una prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S para una muestra), prueba que proporciona un coeficiente estadístico que permite (o no)

rechazar la hipótesis de normalidad en la distribución de la muestra de acuerdo con esta variable, como se muestra en la tabla 16. Se encontró a través de la prueba K-S que la muestra se distribuye normalmente según la variable edad.

**Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		Edad
N		41
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	33.098
	Desviación típica	10.5660
Diferencias más extremas	Absoluta	.164
	Positiva	.164
	Negativa	-.126
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.049
Sig. asintót. (bilateral)		.222

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

**Tabla 7. Correlaciones entre variables: sociodemofiguras y síntomas psicológicos**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Edad	1	.369*	-.145	.184	-.119	-.170	-.113	.007	-.043	-.087	-.002	.002
2 Número de hijos	.369*	1	.355**	.216	-.089	.231	.051	.132	.209	.176	.117	.246
3 Escolaridad	-.145	.355**	1	.083	-.039	.183	.112	-.020	.141	.106	.052	.171
4 Ingresos Mensuales	.184	.216	.083	1	.477**	-.224	.016	-.140	-.130	-.166	.239	.292
5 Porcentaje Aportado al Hogar	-.119	-.089	-.039	.477**	1	.032	.048	.165	.180	.126	.121	.258
6 Reexperimentación	-.170	.231	.183	-.224	-.032	1	.464**	.759**	.789**	.879**	.704**	.802**
7 Evitación	-.113	.051	.112	.016	.048	.464**	1	.572**	.622**	.673**	.496**	.413**

8	Alteraciones Negativas	.007	.132	-.020	-.140	-.165	.759**	.572**	1	.882**	.947**	.779**	.778**
9	Hiperactivación	-.043	.209	.141	-.130	-.180	.789**	.622**	.882**	1	.957**	.820**	.789**
10	Puntaje Total TEPT	-.087	.176	.106	-.166	-.126	.879**	.673**	.947**	.957**	1	.821**	.827**
11	Total de Ansiedad	-.002	.117	.052	-.239	-.121	.704**	.496**	.779**	.820**	.821**	1	.735**
12	Total de Depresión	.002	.246	.171	-.292	-.258	.802**	.413**	.778**	.789**	.827**	.735**	1

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Sub-muestras

En este estudio se emplearon tres grupos derivados, según las características de interés y las variables esenciales que configuran el problema de investigación. A continuación, se describen en detalle las sub-muestras empleadas para tal fin:

*Grupo 1 (GNV):* Mujeres sin historial de maltrato, que no recibieron el tratamiento.

Este grupo hace las veces de un grupo de control, contrastable con las características de normalidad asumidas en la población en general. A este grupo se le realizó una única medición, asumiendo los valores obtenidos como constantes ( $n=8$ ).

*Grupo 2 (GNT):* Mujeres con historial de violencia de pareja, que no recibieron el tratamiento y al cual se le aplicó una prueba *pre* (línea de base) y (a una parte de ellas, correspondiente al 33%) una prueba *post* al final de un tiempo equivalente al de recibir el tratamiento ( $n=25/4$ ).

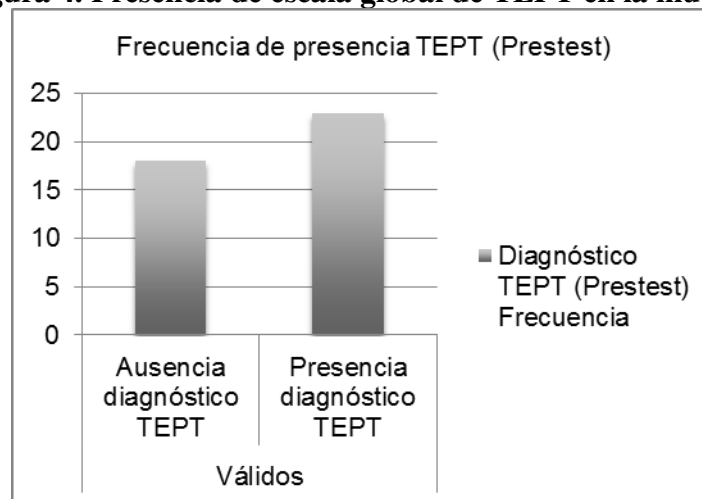
*Grupo 3 (GT):* Mujeres con historial de violencia de pareja, que sí recibieron el tratamiento y al cual se le aplicó una prueba *pre* (línea de base) y una prueba *post* tras recibir el tratamiento ( $n=8$ ). Así como un seguimiento a los tres meses (post 2).

### Diagnóstico: presencia y gravedad de sintomatología

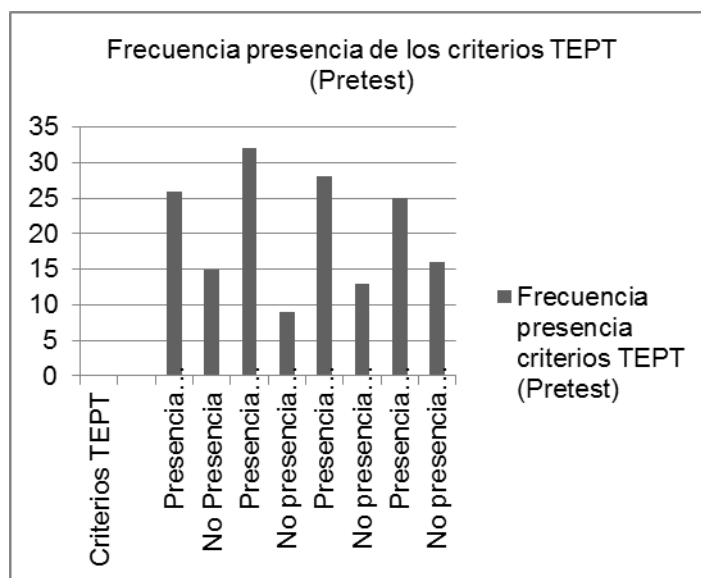
Éste estudio piloto se centra en el trastorno de estrés postraumático, como sintomatología que se desarrolla de la situación traumática de violencia de pareja, pues como se ha mostrado ha sido evidenciada en diferentes estudios como predominante, así como, la sintomatología concomitante como ansiedad y depresión.

En cuanto a la presencia y gravedad de sintomatología TEPT. Se encontró que de las 41 mujeres que componen la muestra, 23 tienen presencia de TEPT en escala global; desgregando este dato por submuestras, se evidencia que el grupo de mujeres sin historial de violencia no tiene presencia de TEPT, aunque una de ellas cumple con el criterio de reexperimentación y dos mujeres presentan el criterio de evitación. En cuanto a la submuestras del grupo con historial de violencia pero sin tratamiento 15 mujeres cumplen con la escala global, sin embargo 17 tiene presencia de sintomatología de reexperimentación, 22 de evitación, 19 de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y 17 con alteración de la alerta y reactividad. En cuanto a la submuestras con historial de violencia de pareja y con tratamiento todas cumplen con la escala global de TEPT (teniendo en cuenta que era un criterio para la inclusión en el programa de tratamiento).

**Figura 4. Presencia de escala global de TEPT en la muestra**



\*Punto de corte 25 puntos

**Figura 5. Presencia de criterios de TEPT en la muestra****Tabla 8. Presencia sintomatología TEPT por subgrupo (Pretest)**

	GV					
	GNT		GT		GNV	
TEPT Puntaje Global*	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Presencia	15	60	8	100	0	0
no presencia	10	40	0	0	8	100

\* punto de corte 25

**Tabla 9. Presencia de criterios B,C,D Y E del TEPT por subgrupo (Pretest)**

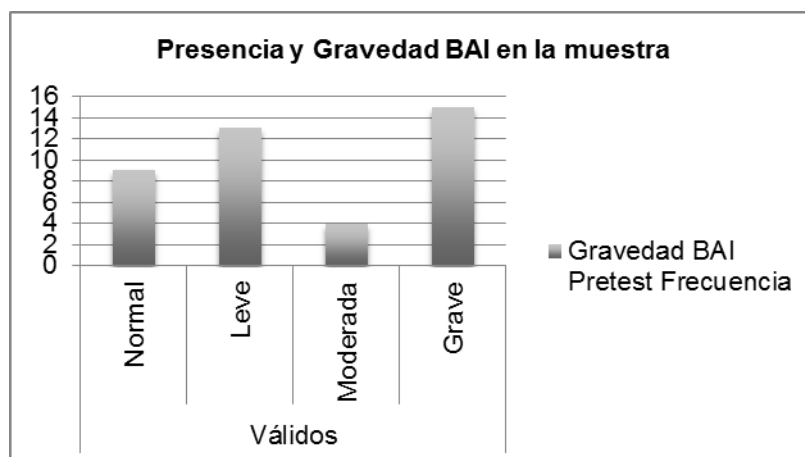
CLUSTERS TEPT	GV					
	GNT		GT		GNV	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Presencia reexperimentación	17	68	8	100	1	12,5
No Presencia	8	32	0	0	7	87,5
Presencia evitación	22	88	8	100	2	25
No presencia evitación	3	12	0	0	6	75
Presencia Alteraciones Negativas	19	76	8	100	1	12,5

No presencia Alteraciones Negativas	6	24	0	0	7	87,5
Presencia alteración de la alerta y reactividad	17	68	8	100	0	0
No presencia alteración de la alerta y reactividad	8	32	0	0	8	100

En cuanto a la sintomatología de ansiedad de la muestra se encuentra que 15 mujeres presentan ansiedad en un grado grave, lo cual es el 36,6% de la muestra, 4 mujeres presentan un nivel moderado, que representa el 9,8%, en un nivel leve se encuentran 13 mujeres correspondiente al 31,7% y 9 de ellas que hacer referencia al 22% se encuentran en un nivel normal.

Disgregando la información se encuentra que en el grupo que no tiene historial de violencia 3 mujeres presentan nivel normal (37,5%) y 5 presentan leve (62.5%). Las mujeres con historial de violencia de pareja pero sin tratamiento encontramos que 11 mujeres se encuentran en niveles grave (44%), 2 en moderado (8%), 6 en moderado y 6 en leve, cada uno corresponde al 24%. En el grupo con tratamiento 4 mujeres presentan un nivel grave (50%), 2 un nivel moderado (25%) y 2 nivel leve (25%)

**Figura 6. Presencia y gravedad de sintomatología de ansiedad en la muestra**



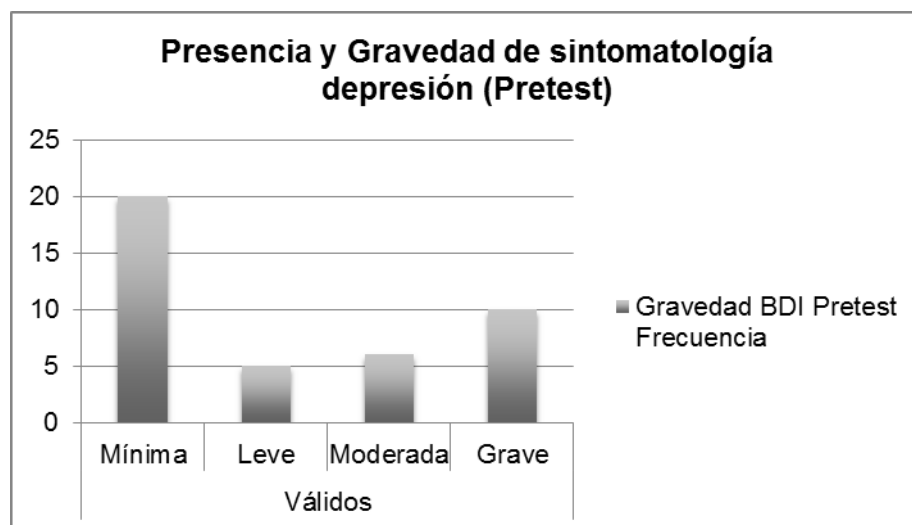
**Tabla 10. Presencia de sintomatología de ansiedad por subgrupos (Pretest)**

Nivel ansiedad	GNV		GNT		GT	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	3	37,5	6	24	0	0
Leve	5	62,5	6	24	2	25
Moderada	0	0	2	8	2	25
Grave	0	0	11	44	4	50
Total	8	100	25	100	8	100

Por parte de sintomatología de depresión se encontró en la muestra que 20 mujeres, casi la mitad de la muestra presenta niveles mínimos de sintomatología (48,8%), 10 de las mujeres presentan nivel grave (24,4%), 6 mujeres nivel moderado (14,6%) y 5 mujeres un nivel leve (12,2%).

Comparando la información por las submuestras se encontró que el grupo que no tiene historial de violencia de pareja tiene nivel mínimo en cuanto a la presencia de la sintomatología; mientras la mitad de las mujeres con historial de violencia y con tratamiento presentan sintomatología en niveles grave en el 12,5% que corresponde a una mujer y moderado en el 37,5% correspondiente a 3 mujeres, y en proporciones iguales del 25% presentan niveles leves o mínimos.



**Figura 7. Presencia y Gravedad de sintomatología de depresión en la muestra****Tabla 11. Presencia sintomatología de depresión por grupos (pretest)**

Nivel depresión	GNV		GNT		GT	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	8	100	10	40	2	25
Leve	0	0	3	12	2	25
Moderada	0	0	3	12	3	37,5
Grave	0	0	9	36	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

### **Características de las mujeres participantes con historia de violencia de pareja (Grupo GNT y GT)**

#### **Características socio demográficas.**

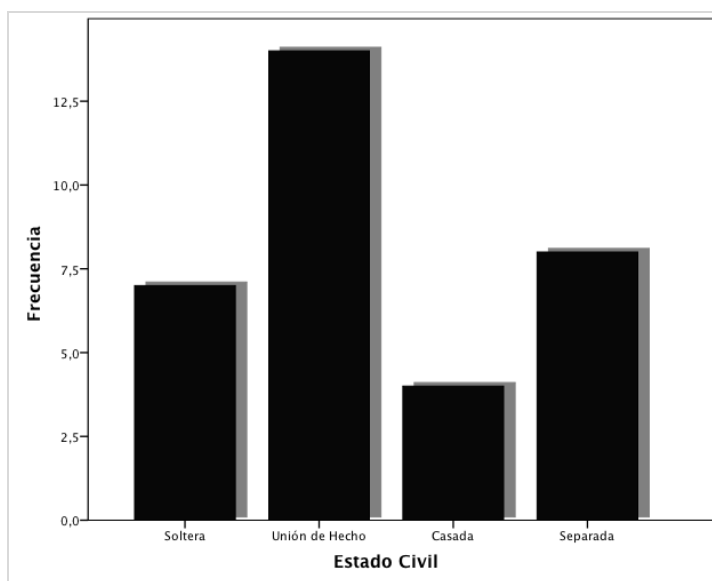
En la tabla 6, se describe las características socio demográficas de la muestra total de las mujeres participantes que componen la muestra.

#### **Edad.**

La edad de la muestra de las participantes oscila entre los 21 a 57 años, la mayoría de ellas se encuentra en un rango entre los 24 a 25 años. Al analizar la totalidad de la muestra se puede concluir que el 81% se ubica entre los 21 y los 40 años considerándose esta población como mujeres adultas, y adultas jóvenes en plena etapa productiva.

***Estado civil.***

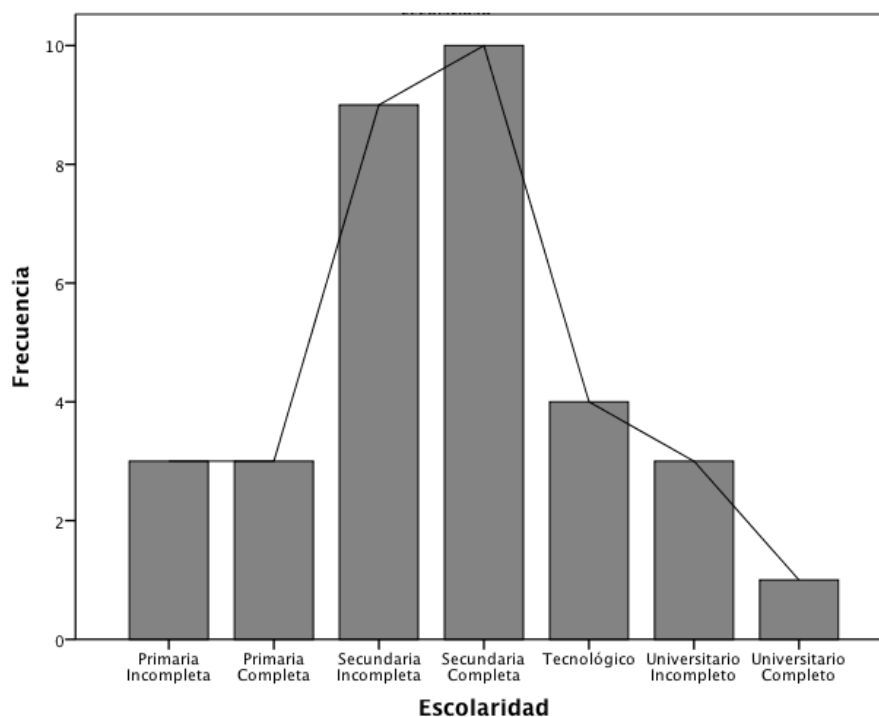
La mayor parte de las mujeres, el 54,5% se encuentran casadas o en unión de hecho; más específicamente los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera: en unión de hecho un 42,4% y separadas un 24,2%, el resto de la población analizada un 21,2% son solteras y un 12,1% casadas.

**Figura 8. Estado Civil*****Número de hijos.***

La mayoría de mujeres tienen hijos; en este estudio se destaca que el 45,4% de las ellas tienen dos hijos, el 27,3% tienen un hijo y el 24,3% tienen de 3 a 5 hijos.

***Escolaridad.***

Según el grupo de mujeres estudiadas en su mayoría (30.3%) son bachilleres, el 27.3% cursaron los estudios en bachillerato pero no los culminaron, el 12.1% llegaron a un nivel de capacitación tecnológico, y con el mismo porcentaje (9.1%) se encontró que algunas mujeres no terminaron ni la primaria, ni la universidad, o cursaron solamente la básica primaria, finalmente se evidencia que apenas el 3.0% tienen un nivel superior de educación.

**Figura 9. Escolaridad****Tratamiento actual.**

Por lo general las mujeres que pertenecen a la población especificada no reciben o han recibido algún tipo de tratamiento psicológico, tan sólo el 9,1% si han recibido o están en algún tipo de tratamiento psicológico.

**Violencia de pareja y víctima de conflicto armado.**

Todas las mujeres son víctimas de violencia de pareja sin embargo el 12,1% también son víctimas del conflicto armado, el 6,1% fueron por motivos de desplazamiento y el 3,0 % por el homicidio a familiares.

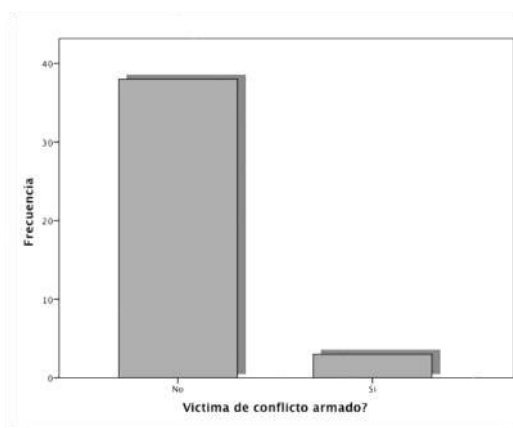
**Figura 10. Víctimas del conflicto armado**

Tabla 12. Indicadores complementarios de los dos grupos.

Variable	Categoría	N	%
<b>Víctima de conflicto armado</b>	No	29	87,9
	Si	4	12,1
<b>Tipo de hecho victimizante de conflicto</b>	Ninguno	30	90,9
	Desplazamiento	2	6,1
	Homicidio de un familiar	1	3,0
<b>Número de hijos</b>	Cero	1	3,0
	Uno	9	27,3
	Dos	15	45,4
	Tres	5	15,2
	Cuatro	2	6,1
	Cinco	1	3,0
<b>Está en la actualidad en tratamiento psicológico?</b>	No	30	90,9
	Si	3	9,1

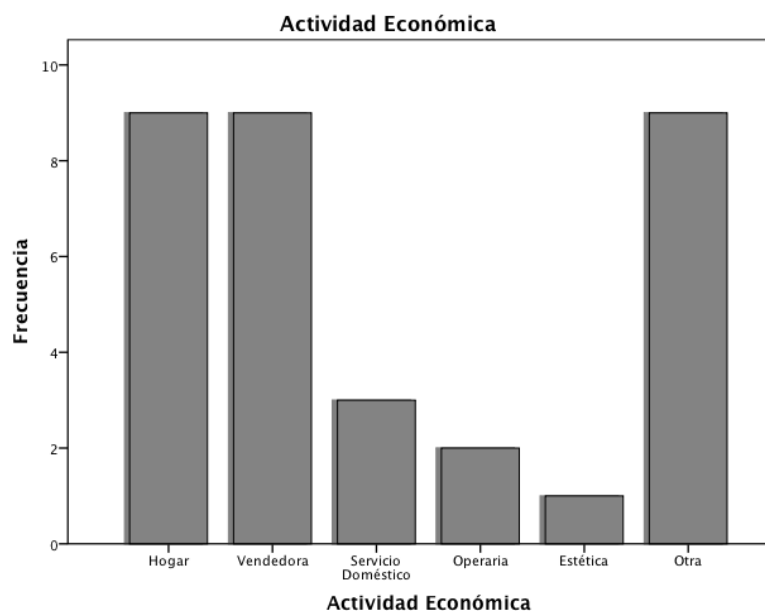
### **Situación socio-económica.**

#### *Nivel social.*

La mayoría de las mujeres afectadas por la VP (72,7%) señalan pertenecer a un nivel social bajo (estratos 1 y 2, clasificación que se hace en Colombia dependiendo de varios aspectos socioeconómicos y ubicación de las viviendas). El 21,2% afirma pertenecer al estrato medio (estrato 3 y 4) y el 6,1% al alto (estratos 5 y 6)

#### *Actividad económica.*

Dentro de las actividades económicas que se destacan se encuentran en el mismo porcentaje (27.3%): hogar, vendedoras u otras actividades alternativas, además se pueden observar otras actividades en menor porcentaje como por ejemplo servicio doméstico, operaria, esteticista.

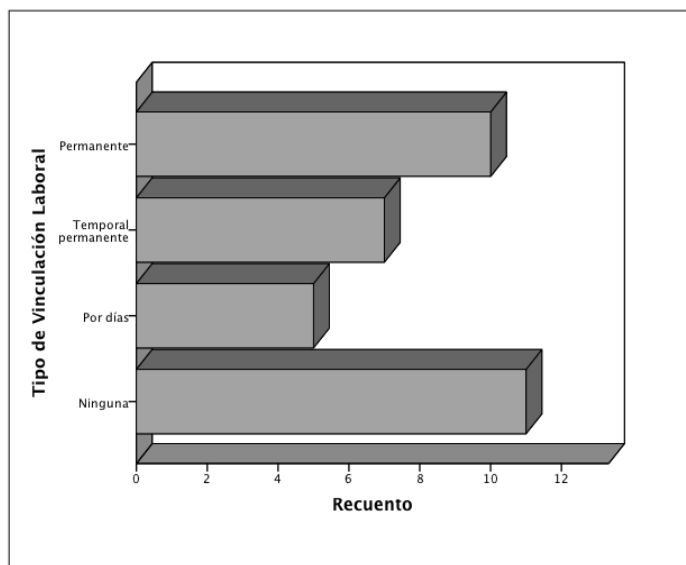
**Figura 11. Actividad económica*****Ingreso mensual.***

De las mujeres víctimas de violencia de pareja el 30,3% reciben ingresos por sus actividades laborales por debajo del salario mínimo. El 21,2% de las mujeres reciben un salario mínimo, el mismo porcentaje de mujeres no recibe ningún dinero y únicamente el 18,2% afirma recibir más de un salario mínimo. El 9,1% reciben 2, 3 o más salarios mínimos.

***Vinculación laboral.***

El empleo de las mujeres que trabajan suele ser inestable y temporal: días, semanas o meses correspondiente al 33,3%, 30,3% respectivamente. El porcentaje de mujeres vinculadas de modo temporal es de 21,2% y en un menor porcentaje las mujeres que se encuentran vinculadas permanentemente (15,2%).

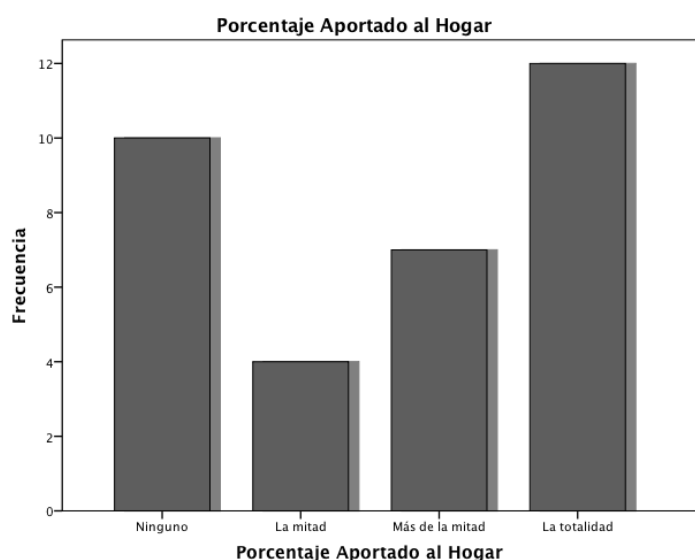
**Figura 12. Tipo de vinculación laboral**



***Porcentaje aportado al hogar.***

De las mujeres que reciben algún tipo de ingreso económico, se destaca que el 36.4% aportan la totalidad para su hogar. El 30.3% no aportan dinero a su hogar, alrededor de 21.2% aporta más de la mitad y un menor porcentaje de ellas (12.1%) aporta la mitad de lo que recibe.

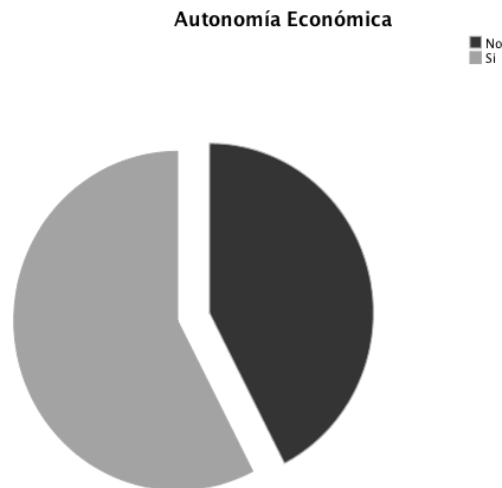
**Figura 13. Porcentaje aportado al hogar**



### *Autonomía económica.*

Más de la mitad (57.6%) de la muestra analizada tienen autonomía económica para vivir solas y en un menor porcentaje (42.4%) no la tienen, dependen económicamente de alguien para su sustento.

**Figura 14. Autonomía económica**



### **Estado de salud.**

#### *Quejas somáticas.*

La mayoría de las mujeres (69,7%) manifiesta dolores de cabeza frecuentes, el 75,8% reportan depresión y problemas de sueño en un 51,5%. Sin embargo el 87,9% no se encuentran medicadas para problemas físicos ni para problemas emocionales el 87,4%.

**Tabla 13.** Estado de salud

Variable	Categoría			
	Sí		No	
	n	%	N	%
Dolor de cabeza	23	69,7	10	30,3
Hospitalizaciones	7	21,2	26	78,8
Problemas con la alimentación	16	48,5	17	51,5
Depresión	25	75,8	8	24,2
Lesiones graves	13	39,4	20	60,6
Problemas menstruales	12	36,3	21	63,7
Enfermedad Grave	8	24,2	25	75,8
Problemas con el peso	14	42,4	19	57,6
Tensión alta	5	15,2	28	84,8
Problemas de sueño	17	51,5	16	48,5
Alergias	12	36,4	21	63,6
Asma	1	3	32	97
Problemas gastrointestinales	13	39,4	20	60,6
Otros	8	24,2	25	75,8

### **Historia de la infancia.**

#### *Castigos físicos entre el nacimiento y los 12 años de edad.*

Las mujeres víctimas de VP reportan que fueron víctimas de castigos físicos durante su niñez en un 82% , con una frecuencia de 2 o 3 veces por semana (18,2%) y diariamente en un 18,2% .

#### *Castigos físicos entre los 13 y los 18 años de edad.*

El 60,7 % de las mujeres de la muestra manifiestan ser víctimas de malos tratos durante su adolescencia.



El 18,2% de las mujeres manifiestan haber sido víctimas de castigos físicos una vez al mes, 15,2% de 2 a 3 veces mensuales

El 69,8 % de las mujeres manifestaron que dichos maltratos fueron con producidos con objetos con una frecuencia de 2 a 3 veces mensualmente un 15,2 % y de 2 a 3 veces por semana en un 24,2%.

***Tocamientos inapropiados durante la infancia.***

El 57,6 % de las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido víctimas de tocamientos inapropiados durante su infancia.

**Tabla 14.** Historia de la infancia

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Castigos físicos entre el nacimiento y los 12 años</b>	No, nunca	5	15,2
	No lo recuerdo	1	3
	Menos de 2-3 veces al año	5	15,2
	Menos de 1 vez al mes	5	15,2
	2-3 veces al mes	5	15,2
	2-3 veces a la semana	6	18,2
	Diariamente	6	18,2
<b>Castigos físicos entre los 13 y 18 años</b>	No, nunca	8	24,2
	No lo recuerdo	5	15,2
	Menos de 2-3 veces al año	3	9,1
	Menos de 1 vez al mes	6	18,2
	2-3 veces al mes	5	15,2
	2-3 veces a la semana	3	9,1
	Diariamente	3	9,1
<b>Golpes con objetos</b>	No, nunca	8	24,2
	No lo recuerdo	2	6,1
	Menos de 2-3 veces al año	3	9,1
	Menos de 1 vez al mes	5	15,2
	2-3 veces al mes	5	15,2
	2-3 veces a la semana	8	24,2
	Diariamente	2	6,1
<b>¿Hubo malos tratos en casa?</b>	Si	27	81,8
	No	6	18,2
<b>¿Ha sufrido tocamientos inapropiados?</b>	Si	19	57,6
	No	14	42,4

**Relación más significativa.*****Violencia relaciones anteriores.***

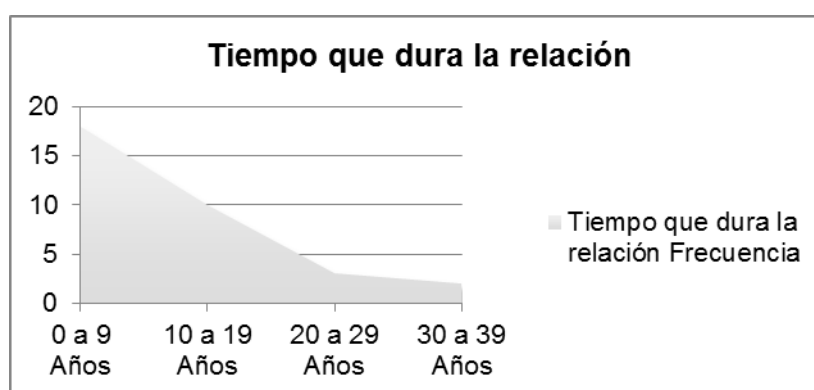
El 63,6 % de las mujeres con VP manifestaron que en sus anteriores relaciones no se presentaron hechos de violencia, el restante de las mujeres manifestaron haber experimentado agresiones o malos tratos por parte de anteriores parejas.

***Convivencia actual con el agresor.***

Un poco más de la mitad (54,5 %) de las mujeres ya no conviven actualmente con sus parejas y/o agresores o se encuentran en proceso de separación o divorcio.

***Tiempo de duración de la relación con agresor.***

El 54,5 % de las mujeres manifestaron que su relación con el agresor ha durado o duró entre 0 a 9 años, el 30,3% manifestó entre 10 y 19 años, el 9,1% entre 20 a 29 años y el resto entre 30 a 37 años, con una media de 10,7 años.

**Figura 15. Tiempo que dura la relación****Tabla 15. Relación de violencia más significativa**

Variable	Categoría	n	%
¿Ha sido víctima de violencia en relaciones anteriores?	Si	12	36,4
	No	21	63,6
¿Está actualmente en la relación con el agresor?	Si	15	45,5
	No	18	54,5

**Poder y control.*****Frecuencia con que se reúne con vecinos o amigos.***

Con un porcentaje del 30,3 % de las mujeres tienen restricción por parte de sus parejas para poderse contactar con sus vecinos, amigos y familiares; el 27,3% ocasionalmente se reúne con ellos y en igual porcentaje (15,2%) no se reúnen porque no tienen autorización para ello, a menos de que él esté presente o lo hacen a menudo.

***Estatus laboral durante la convivencia.***

El 39,4% de las mujeres manifiestan que durante la convivencia con el agresor su estatus laboral ha sido de empleada tiempo completo, el 33,3% a estado empleada tiempo parcial, el 15,2% desempleada no busca trabajo y el porcentaje restante se encontraban desempleadas buscando trabajo o en otro estatus no contemplado.

***Razón para no manifestar los hechos de violencia.***

Más de la mitad de las mujeres (54,5%) manifiestan que le contaron a alguien los hechos de violencia de los cuales fueron víctimas. El 12,1% reportó que la vergüenza era su principal razón para no denunciar y el 18,2% mencionó que eran otras las razones para no manifestarlo.

***La reacción al manifestar deseos de abandono.***

Las mujeres entrevistadas manifestaron que sus parejas ante el posible abandono de la relación reaccionaron con súplicas 27,3 % y en un 30,3% con otro tipo de conductas para evitar la separación.

***Reacción al abandonarlo.***

El 30,3% de los hombres no efectuaron una respuesta ante el abandono de sus parejas, en un porcentaje semejante llamaron o escribieron de forma simpática, las buscaron y les pidieron que volvieran con ellas.

Tabla 16. Poder y control

Variable	Categoría	N	%
<b>Frecuencia de reunión con vecinos, amigos, parientes</b>	No me deja contactar con ellos	10	30,3
	No me deja sin que él esté presente	5	15,2
	Casi nunca	4	12,1
	Ocasionalmente	9	27,3
	A menudo me reúno	5	15,2
<b>Estatus durante la convivencia con el agresor</b>	Desempleada, no busca trabajo	5	15,2
	Desempleada, busca trabajo	2	6,1
	Empleada tiempo parcial	11	33,3
	Empleada tiempo completo	13	39,4
	Otros	2	6,1
<b>Razón de no manifestar la problemática de VP</b>	Vergüenza	4	12,1
	Me preguntarían porque seguía con el	3	9,1
	Miedo a que no me creyeran	1	3
	Miedo a que se vengara si se enteraba	1	3
	Otros	6	18,2
	Sí le conté a alguien	18	54,5
<b>Reacción al manifestar deseos de abandono</b>	Ninguna	5	15,2
	Suplicas	9	27,3
	Amenazas	2	6,1
	Amenaza con suicidio	1	3
	Maltrato físico	2	6,1
	Amoroso y/o violenta	2	6,1
	Otros	10	30,3
	Nunca lo manifesté	2	6,1
<b>Reacción al abandonarlo</b>	Ninguna	10	30,3
	Llamó o escribió de forma simpática	7	21,2
	Llamó o escribió de forma amenazante	2	6,1
	Amenazó con suicidarse	1	3
	Me busco y pidió volver	7	21,2
	Otros	5	15,2
	Nunca lo abandoné	1	3

### **Sexualidad.**

#### ***Iniciativa en el sexo.***

La iniciativa en el sexo la toman generalmente (54.5%) los hombres, en ocasiones ambos (36.4), en un menor porcentaje la mujer y en un caso no aplica.

#### ***Sexo desagradable.***

Según reporte de algunas de las mujeres víctimas de violencia el sexo con sus compañeros nunca (33.3%) ha sido desagradable, con un porcentaje equivalente para ambas opciones (21.2%), otras señalan que casi nunca u ocasionalmente era desagradable, y con el mismo porcentaje (12.1%) se encuentra que frecuente.

#### ***Problemas físicos como resultado de la actividad sexual con el agresor.***

Más de la mitad de las mujeres (72.7%) reportan no haber tenido ningún problema físico como resultado de la actividad sexual con el agresor, el 15.2% ocasionalmente los han tenido, el 9.1% casi siempre y con un porcentaje igual (3.0%).

### ***Celos.***

Casi siempre (36.4%) los compañeros sentimentales de las mujeres maltratadas se han puesto celosos con la posibilidad de que ellas tengan o hayan tenido una aventura con otro hombre, con el mismo porcentaje de 21.2% nunca u ocasionalmente se ponen celosos.

Por otro lado, se manifiesta que ocasionalmente (33.3%) las mujeres entrevistadas se ponen celosas con la posibilidad de que él agresor tenga una aventura con otra mujer, con porcentajes equivalentes (18.2%) se demuestra que casi nunca y casi siempre se presenta esta situación de celos, y con un porcentajes iguales (15.2%) se afirma que: nunca ocurrió esta situación, o que con frecuencia se concebía.

**Tabla 17. Sexualidad**

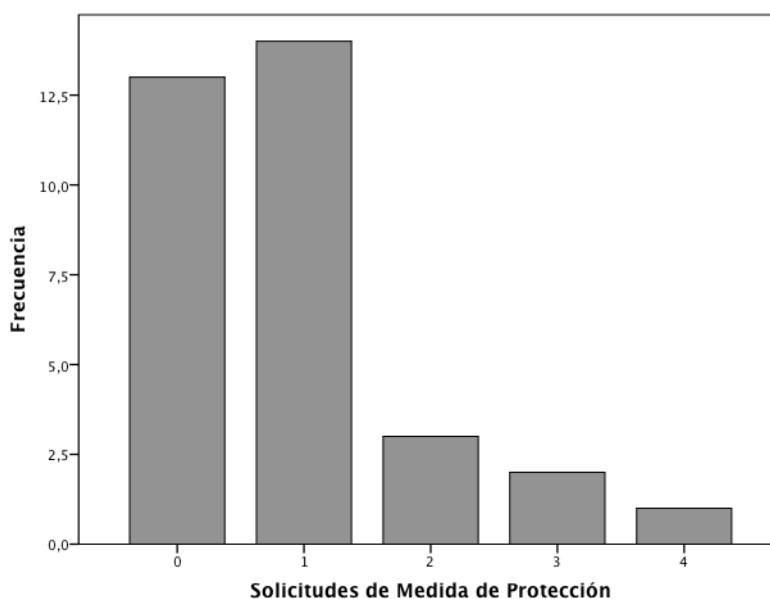
<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Iniciativa en el sexo</b>	Hombre	18	54,5
	Ambos	12	36,4
	Mujer	2	6,1
	No es aplicable	1	3
<b>Sexo desagradable</b>	No, nunca	11	33,3
	Casi nunca	7	21,2
	Ocasionalmente	7	21,2
	Frecuentemente	4	12,1
	Casi siempre	4	12,1
<b>Problemas físicos como resultado de la actividad sexual con el agresor</b>	No, nunca	24	72,7
	Casi nunca	1	3
	Ocasionalmente	5	15,2
<b>Se ha puesto celoso</b>	Casi siempre	3	9,1
	No, nunca	7	21,2
	Casi nunca	2	6,1
	Ocasionalmente	7	21,2
	Frecuentemente	5	15,2
<b>Te has puesto celosa</b>	Casi siempre	12	36,4
	No, nunca	5	15,2
	Casi nunca	6	18,2
	Ocasionalmente	11	33,3
	Frecuentemente	5	15,2
	Casi siempre	6	18,2

## Historia legal

### *Número de solicitudes de medidas protección.*

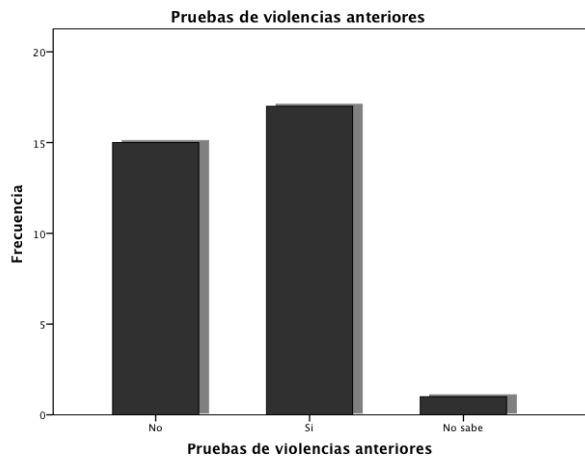
El 42.4% de las mujeres han solicitado una orden de alejamiento o de protección hacia él porque temen por su vida, el 39.4% no las han solicitado. Otras (9.1%) han requerido 2 (9.1%), 3 (6.1%) y hasta cuatro medidas de protección.

**Figura 16. Medidas de protección solicitadas**

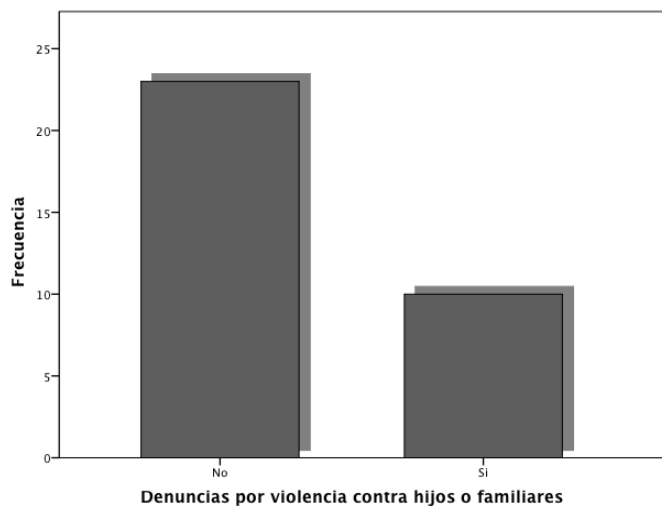


### *Pruebas de denuncias anteriores por el delito de violencia intrafamiliar (violencia de pareja).*

Un poco más de la mitad (51.5%) de las mujeres víctimas aseguran no haber encontrado o tener conocimiento que sus compañeros o excompañeros sentimentales dentro de sus antecedentes judiciales contaban con denuncias anteriores. El 3,0% verbalizan que no.

**Figura 17. Prueba de violencias anteriores*****Denuncia a la pareja o ex pareja por violencia contra sus hijos o familiares.***

Las mujeres víctimas de violencia de pareja aseguran en un 69.7% no haber denunciado a sus parejas o ex parejas por violencia contra los hijos o familiares. Sin embargo el 30.3% restante aseguran que si lo hicieron.

**Figura 18. Denuncias por violencia contra hijos y familiares****Consumo de SPA en la victima.**

El 45,5 % de las mujeres manifiestan haber consumido alcohol por lo menos una vez en el año, siendo esta la sustancia psicoactiva de mayor uso dentro de la muestra y con un 33,3% señalaron que no consumen ninguna.

### ***Consumos de SPA en el agresor.***

Las mujeres de la muestra manifiestan que el consumo de alcohol en el agresor es constante en un 51,5 %.

**Tabla 18.** *Consumo de SPA*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Uso de Spa víctima</b>	Ninguna	11	33,3
	Medicamentos prescritos	2	6,1
	Tranquilizantes ansiolíticos	1	3
	Marihuana	2	6,1
	Alcohol	15	45,5
	Otros	2	6,1
	<b>Uso de Spa agresor</b>	Ninguna	6
Medicamentos prescritos		2	6,1
Tranquilizantes ansiolíticos		1	3
Estimulantes		2	6,1
Marihuana		3	9,1
Alcohol		17	51,5
Alucinógenos		1	3
Otros		1	3

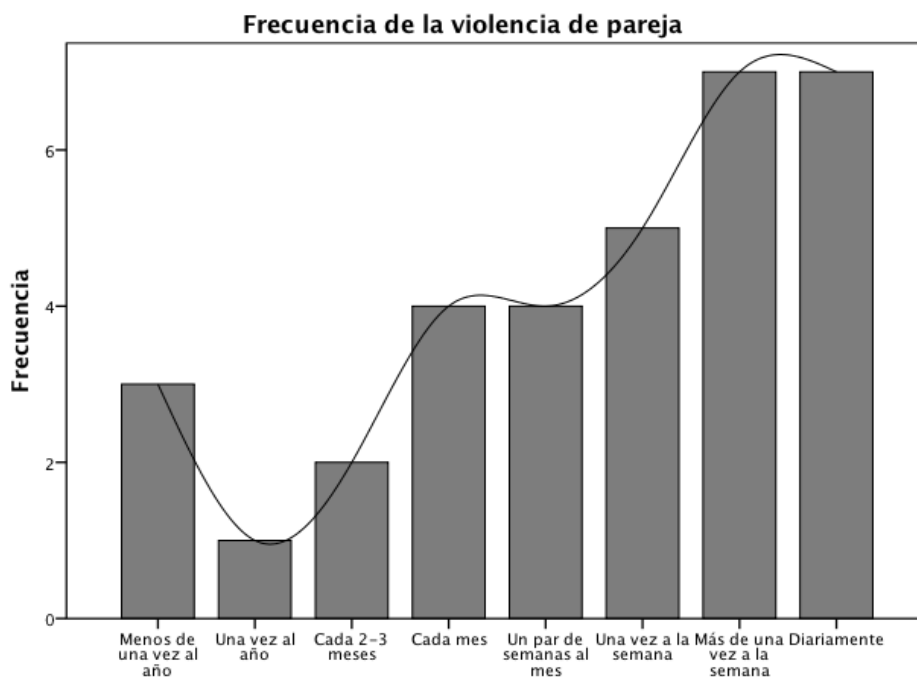
### **Características de la violencia en general.**

#### ***Con qué frecuencia se daba la violencia en pareja.***

Con porcentajes equivalentes (21,2%) afirman que la violencia se presentaban más de una vez a la semana o diariamente, seguido con un 15,2 % una vez a la semana.

**Figura 19.** *Frecuencia violencia de pareja*

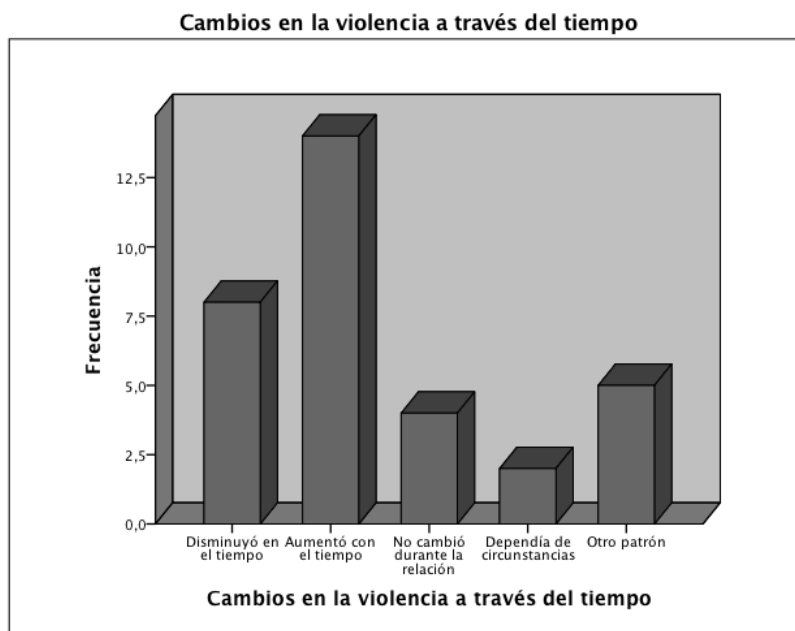




***Cambio la frecuencia a través del tiempo.***

Con un 42,4% se encontró que la violencia de pareja aumentaba a través del tiempo y tan solo un 6,1% afirma que dependía de las circunstancias.

**Figura 20. Cambios en la violencia a través del tiempo**

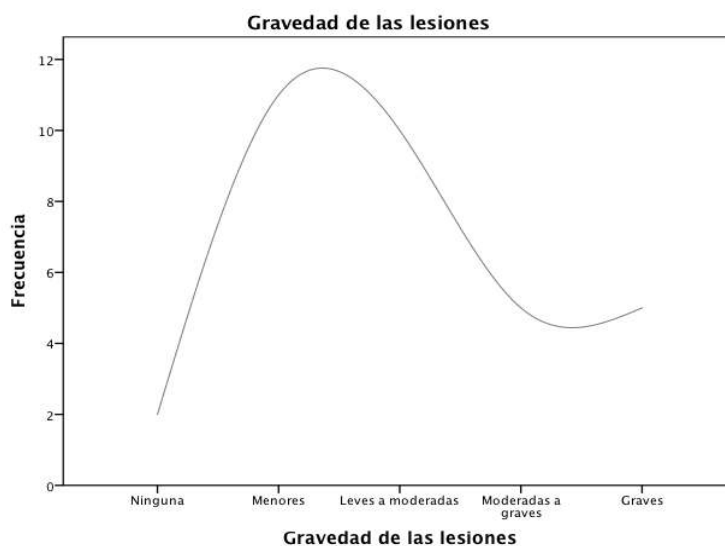


***Gravedad de lesiones.***

El 33,3% de las mujeres manifestaron que las lesiones causadas por el maltrato son menores: hematomas, arañazos o dolor, el 30,3% de las mujeres

afirman que las lesiones fueron de leves o moderadas: lesiones que necesitaron cuidados mínimos (vendajes o lavados) y con un porcentaje inferior (15,2%) fueron de moderadas a graves, es decir lesiones que necesitaron de atención médica (yeso, etc.) o graves que necesitaron de un tratamiento médico inmediato.

**Figura 21. Gravedad de lesiones**



### **Tipos de violencias.**

Dos de las 33 mujeres con historia de violencia de pareja consideraron no caracterizar la violencia vivida en violencia en general, ya que solo se ha presentado el primer incidente, lo cual se identificó en las tablas y figuras como no aplica. En el incidente del cual fueron víctimas una de ellas sufrió los 3 tipos de violencia y la otra sufrió de violencia física y psicológica. Otra mujer es víctima de manera general solo de tipo psicológico, sin embargo en el último incidente se presentó también violencia física y sexual. El resto de mujeres sufre los 3 tipos de violencia.

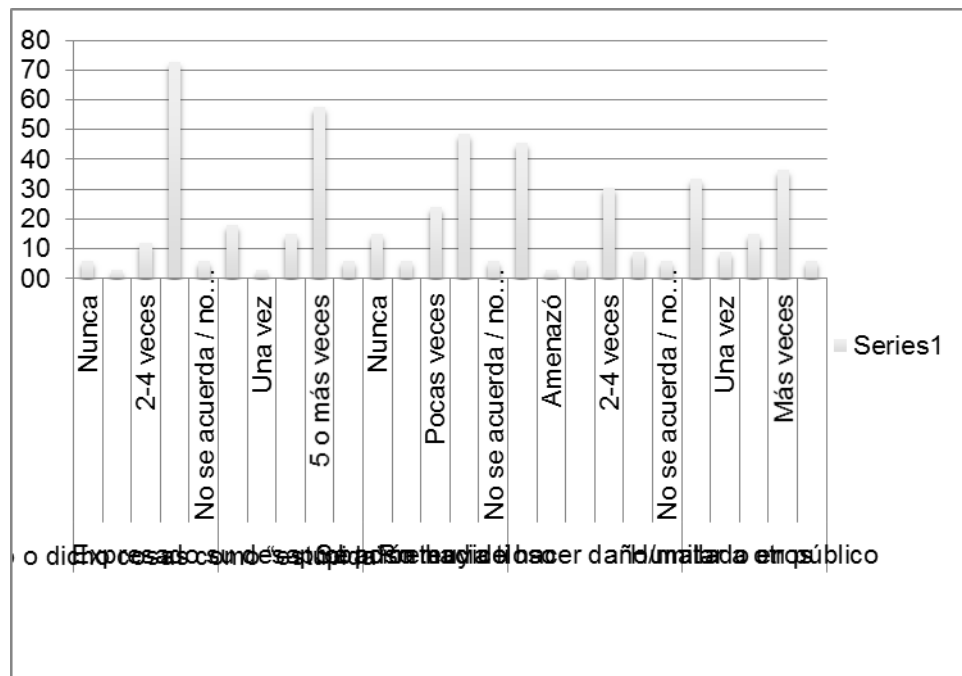
En los ítems que caracterizan la violencia psicológica, en cuanto a lo que manifestaron las mujeres, los que más sobresalen por su alto porcentaje y frecuencia son: insultos o que su pareja les diga cosas como “estúpida” se presentan con una frecuencia de 5 o más veces en un 72,7%, de 2 o 4 veces en un 12,1%; que su pareja exprese desaprobación hacia ella con una frecuencia de 5 o más veces (57,6%) o 2 a 4 veces (15,2%); o le haya dicho que no tienes la habilidad para hacer algo de 5 o más veces (36,4%) y de 2 a 4 veces (21,2); la pareja las ha humillado en público con una frecuencia de 5 o más veces en un 36,4% y 2 a 4 veces en 15,2%; y las ha humillado

en privado 5 o más veces en un 75,8% y de 2 a 4 veces en un 12,1%; los agresores han interferido en los horarios de sueño de las mujeres con una frecuencia de 5 o más veces en un 30,3% y de 2 a 4 veces (18,2%); y mostrado su baja habilidad para la comunicación asertiva negándose a discutir o negociar con una frecuencia de 5 o más veces (33,3%), de 2 a 4 veces (27,3)

Se encuentran varios ítems que evidencian los altos porcentajes de la actitud controladora de los hombres: han controlado las actividades de las mujeres con una frecuencia de 5 o más veces (33,3%) y de 4 a 5 veces (21,2%); han controlado el dinero de ellas 5 o más veces en un 15,2% y de 2 a 4 veces a un 15,2%; y han controlado el saber donde están con una frecuencia de 5 o más veces en un 51,5% y de 2 a 4 veces en un 21,2%; se ha puesto celoso con una frecuencia de 5 o más se encuentra el 48,5% y con 2 a 4 se encuentra el 24,2%.

Otros ítems con porcentajes considerables dan cuenta de la escalada y gravedad de la violencia, el agresor pretendió hacer daño o matar a otro, con una frecuencia de 2 a 4 veces (30,3%) y 5 o más en un (9%); así mismo, amenazó con matarla o a sus hijos con una frecuencia de 5 o más veces (15,2%), de 2 a 4 veces (12,1%) y una vez a un 12,1%).

**Figura 22. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica**



**Figura 23. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica**

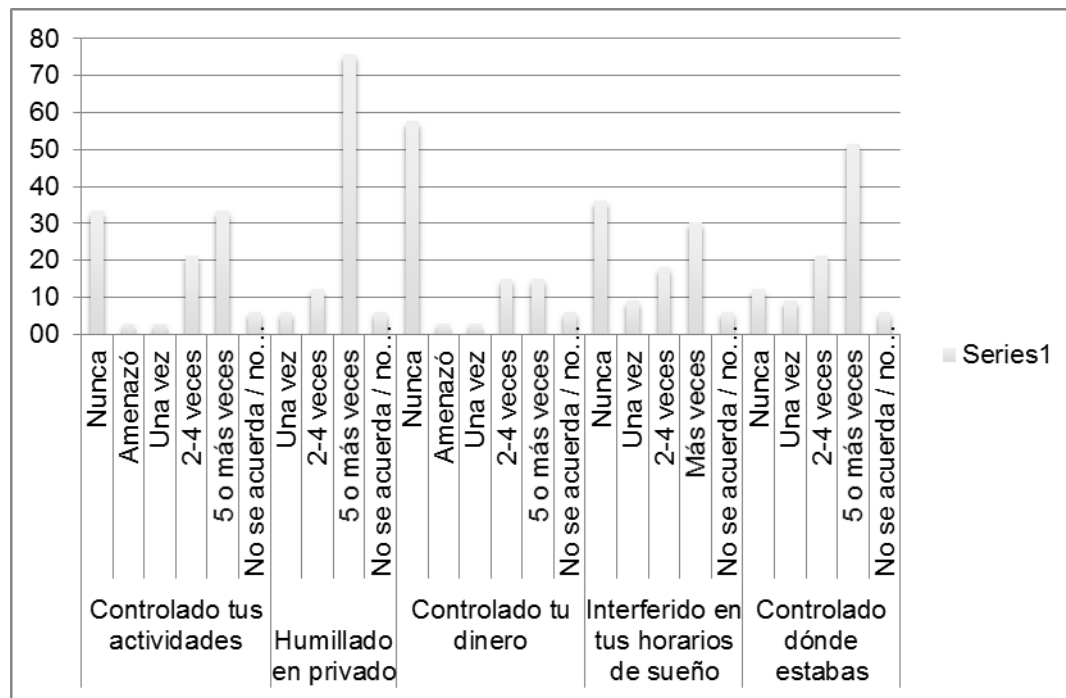


Figura 24. Presencia de diferentes formas de violencia psicológica

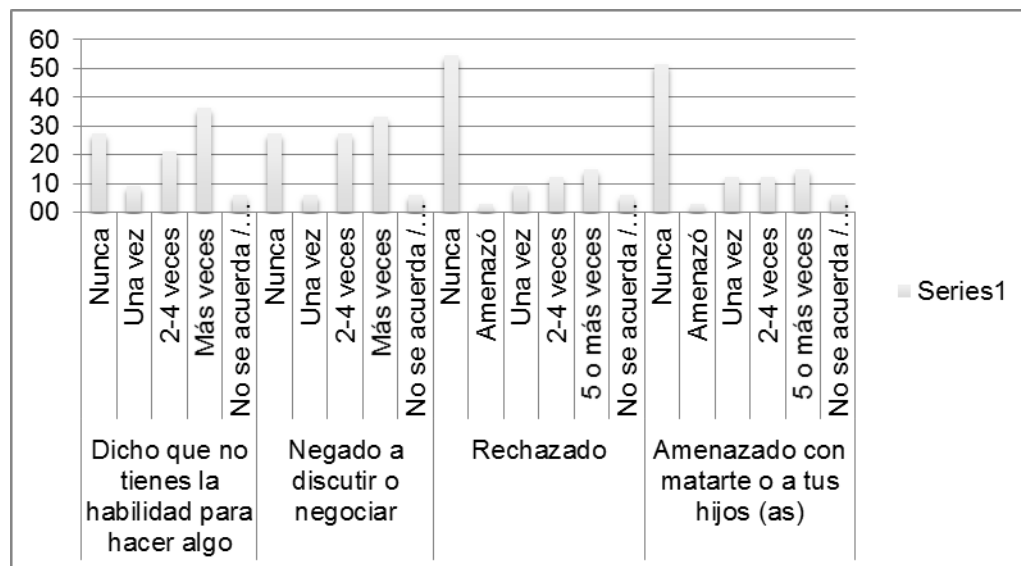


Tabla. 19. Violencia psicológica en incidentes de violencia general

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No te permite dormir	Nunca	17	51,5	51,5	51,5
	2-4 veces	6	18,2	18,2	69,7
	5 o más veces	8	24,2	24,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Amenazado con utilizar un arma	Nunca	22	66,7	66,7	66,7
	Una vez	5	15,2	15,2	81,8
	2-4 veces	3	9,1	9,1	90,9
	5 o más veces	1	3	3	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100
Controlado tus actividades	Nunca	11	33,3	33,3	33,3
	Amenazó	1	3,0	3,0	36,4
	Una vez	1	3,0	3,0	39,4
	2-4 veces	7	21,2	21,2	60,6
	5 o más veces	11	33,3	33,3	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Amenazado con secuestrar a su(s) hijos(as)	Nunca	17	51,5	51,5	51,5
	Amenazó	4	12,1	12,1	63,6
	Una vez	1	3,0	3,0	66,7
	2-4 veces	3	9,1	9,1	75,8
	5 o más veces	6	18,2	18,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Humillado en privado	Una vez	2	6,1	6,1	6,1
	2-4 veces	4	12,1	12,1	18,2
	5 o más veces	25	75,8	75,8	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	
Forzado a ser su sirvienta	Nunca	26	78,8	78,8	78,8
	2-4 veces	1	3,0	3,0	81,8
	5 o más veces	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado a limpiar o trabajar en exceso	Nunca	25	75,8	75,8	75,8
	2-4 veces	3	9,1	9,1	84,8
	5 o más veces	3	9,1	9,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/coaccionado a consumir alcohol u otras drogas	Nunca	29	87,9	87,9	87,9
	Una vez	2	6,1	6,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Impedido descansar	Nunca	21	63,6	63,6	63,6
	Una vez	1	3,0	3,0	66,7
	2-4 veces	4	12,1	12,1	78,8
	5 o más	5	15,2	15,2	93,9

	veces				
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/coaccionado a vender drogas	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	5 o más veces	1	3	3	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100
Impedido que descanses	Nunca	21	63,6	63,6	63,6
	2-4 veces	5	15,2	15,2	78,8
	5 o más veces	5	15,2	15,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Se ha vuelto obsesivo en torno a la limpieza	Nunca	20	60,6	60,6	60,6
	Amenazó	1	3,0	3,0	63,6
	Una vez	3	9,1	9,1	72,7
	2-4 veces	2	6,1	6,1	78,8
	5 o más veces	5	15,2	15,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Interferido en tu alimentación/ingesta	Nunca	20	60,6	60,6	60,6
	Una vez	1	3,0	3,0	63,6
	2-4 veces	6	18,2	18,2	81,8
	5 o más veces	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Amenazado con suicidarse	Nunca	25	75,8	75,8	75,8
	Amenazó	1	3,0	3,0	78,8
	Una vez	2	6,1	6,1	84,8
	2-4 veces	1	3,0	3,0	87,9
	5 o más veces	2	6,1	6,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Amenazado con matar a otros	Nunca	26	78,8	78,8	78,8
	Amenazó	1	3,0	3,0	81,8
	Una vez	2	6,1	6,1	87,9
	5 o más veces	2	6,1	6,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Otro	Nunca	32	97,0	97,0	97,0
	5 o más veces	1	3,0	3,0	100,0

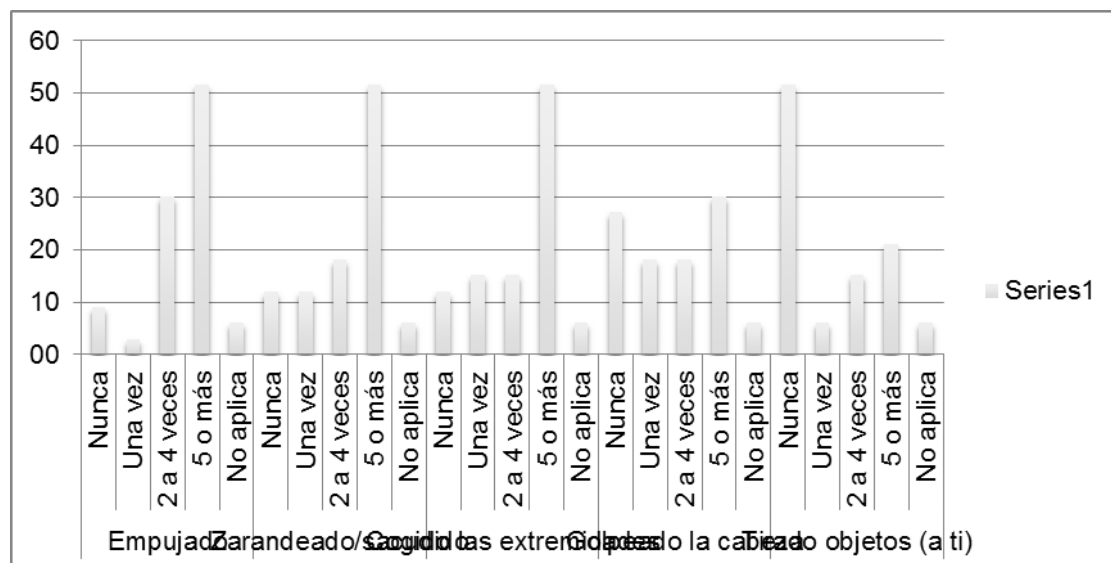
En los ítems que caracterizan la violencia física, en cuanto a lo que manifestaron las mujeres, los que más sobresalen por su alto porcentaje y frecuencia son que el agresor la haya: empujado con una frecuencia de 5 o más veces (51,5%) y de 2 a 4 veces (30,3%); zarandeado o sacudido con una frecuencia de 5 o más veces (51,5%) y de 2 a 4 veces (18,2%); cogido de las extremidades con una frecuencia de 5 o más veces (51,5%) y de 2 a 4 veces (15,2); abofeteó o golpeó con la mano abierta

con una frecuencia de 5 o más veces (45,5%) y de 2 a 4 veces (9,1); dado golpes con los puños con una frecuencia de 5 o más veces (48,5%) y de 2 a 4 veces (12,1%); pateado con una frecuencia de 5 o más veces (45,5%) y de 2 a 4 veces (21,2%); tirado el pelo con una frecuencia de 5 o más veces (39,4%) y de 2 a 4 veces (15,2); halado el cuerpo con una frecuencia de 5 o más veces (45,5%) y de 2 a 4 veces (12,1%).

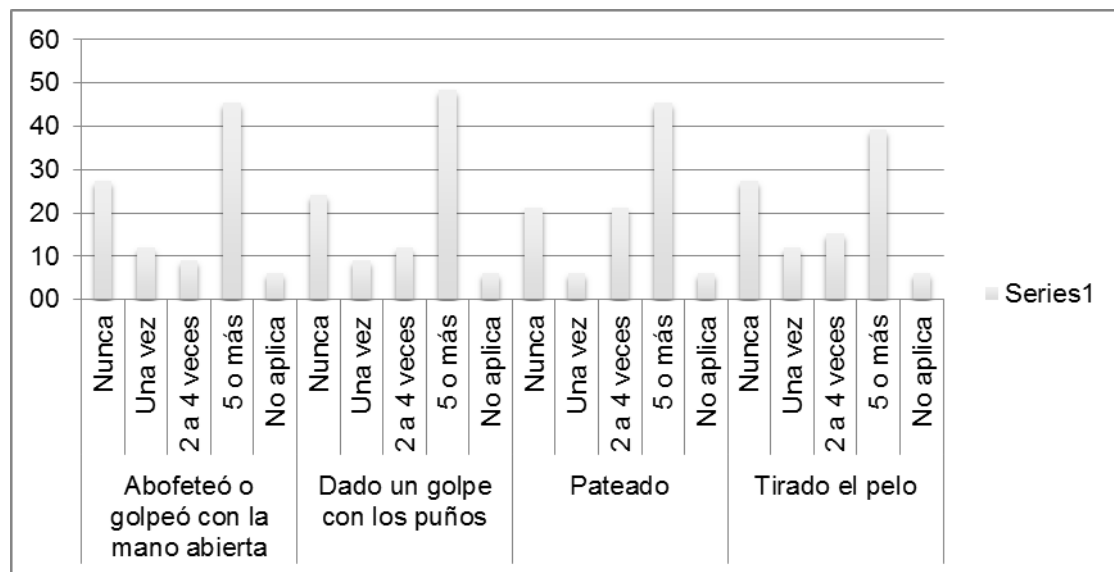
Como se muestra estos ítems superan el 50% con estas dos frecuencias, sin embargo también se encuentra otras formas que también tienen porcentajes que se acercan al cincuenta por ciento y que lo superan si tenemos en cuenta también que solo haya pasado una vez, entre estos se encuentran: golpeado la cabeza con una frecuencia de 5 o más veces (30,3%) y de 2 a 4 veces (18,2); tirado objetos hacia ti con una frecuencia de 5 o más veces (21,2%) y de 2 a 4 veces (15,2%).

También se encuentran otros ítems que nos muestran la escalada y gravedad de la violencia física ejercida por los agresores, en esto se tiene en cuenta ha sí haya sido solo una vez, ya que con solo una vez que se realice tiene altas probabilidades de causar la muerte. Las mujeres han sido víctimas en porcentajes considerables de estrangulamiento con una frecuencia de 5 o más veces (12,1%), de 2 a 4 veces (9,1%) y una vez (27,3%); asfixiada con una frecuencia de 5 o más veces (9,1%), de 2 a 4 veces (3%) y una vez (24,2%); y usado o amenazado con un cuchillo con una frecuencia de 5 o más veces (6,1%), de 2 a 4 veces (6,1%) y una vez (12,1%).

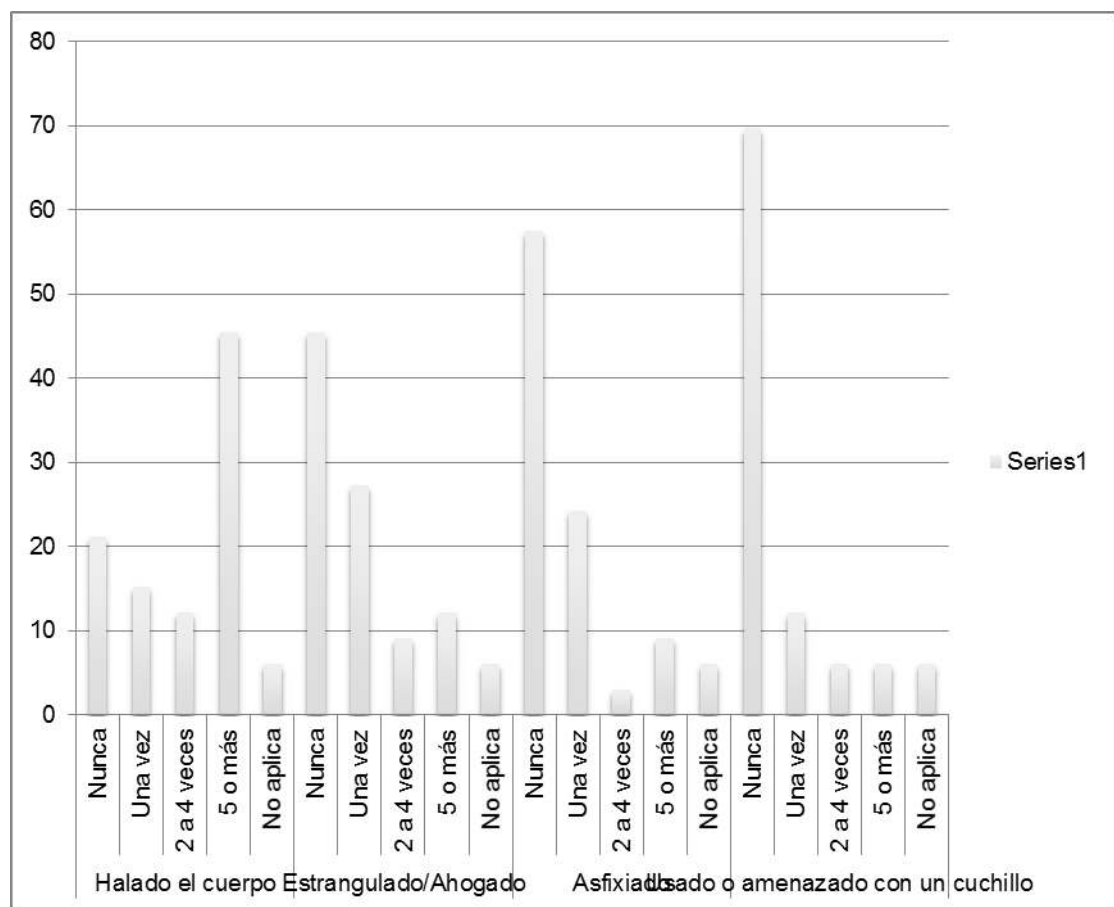
**Figura 25. Presencia de diferentes formas de violencia física**



**Figura 26. Presencia de diferentes formas de violencia física**



**Figura 27. Presencia de diferentes formas de violencia física**





**Tabla. 20. Violencia física en incidentes de violencia general**

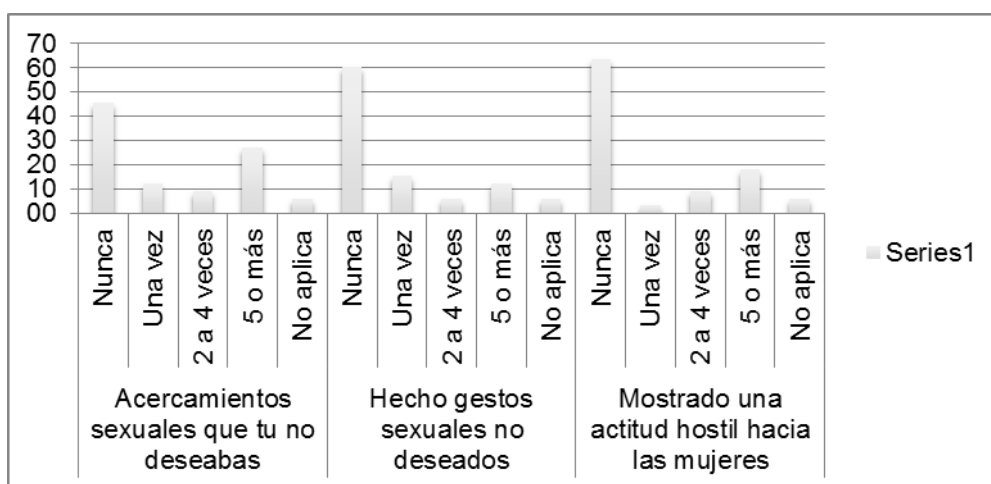
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mordido	Nunca	26	78,8	78,8	78,8
	Una vez	3	9,1	9,1	87,9
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Retorcido los miembros o los dedos	Nunca	19	57,6	57,6	57,6
	Una vez	2	6,1	6,1	63,6
	2 a 4 veces	4	12,1	12,1	75,8
	5 o más	6	18,2	18,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Golpeado con un objeto	Nunca	23	69,7	69,7	69,7
	Una vez	2	6,1	6,1	75,8
	2 a 4 veces	2	6,1	6,1	81,8
	5 o más	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Quemado (o intentado)	Nunca	28	84,8	84,8	84,8
	Una vez	3	9,1	9,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Intentado ahogarte en el agua	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	Una vez	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Intentado envenenar	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Usado o amenazado con una pistola	Nunca	28	84,8	84,8	84,8
	Una vez	2	6,1	6,1	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Usado o amenazado con un vehículo	Nunca	29	87,9	87,9	87,9
	Una vez	1	3,0	3,0	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Otro	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	Amenaza	1	3,0	3,0	93,9
	5 o más	2	6,1	6,1	100,0

En los ítems que caracterizan la violencia sexual, en cuanto a lo que manifestaron las mujeres, los que más sobresalen por su alto porcentaje y frecuencia son: acercamientos sexuales que ella no deseaba con una frecuencia de 5 o más (27,3%), de 2 a 4 veces (9,1%) y una vez (12,1%); hecho gestos sexuales no deseados con una frecuencia de 5 o más (12,1%), de 2 a 4 veces (6,1%) y una vez (15,2%);

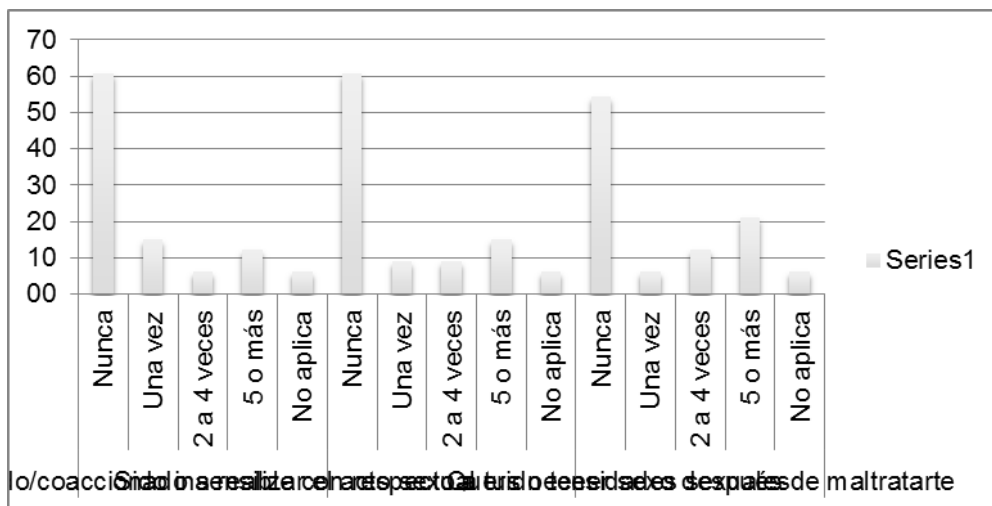
mostrado una actitud hostil hacia las mujeres con una frecuencia de 5 o más (18,2%), de 2 a 4 veces (9,1%) y una vez (3%); ha sido insensible con respecto a sus necesidades sexuales con una frecuencia de 5 o más (15,2%), de 2 a 4 veces (9,1%) y una vez (9,1%); él ha querido tener relaciones sexuales demasiado seguido con una frecuencia de 5 o más (27,3%); y la ha comparado con otras mujeres para desfavorecerle con una frecuencia de 5 o más (9,1%), de 2 a 4 veces (12,1%) y una vez (3%).

También se encuentran otros ítems que nos muestran la escalada y gravedad de la violencia sexual ejercida por los agresores, en donde las mujeres han sido forzadas o coaccionadas a realizar el acto sexual con una frecuencia de 5 o más (12,1%), de 2 a 4 veces (6,1%) y una vez (15,2%); el agresor ha querido tener sexo después de maltratar a la mujer con una frecuencia de 5 o más (21,2%), de 2 a 4 veces (12,2%) y una vez (6,1%); y ha hecho el acto sexual de modo violento que ha causado hematomas con una frecuencia de 5 o más (6,1%), de 2 a 4 veces (9,1%) y una vez (3%).

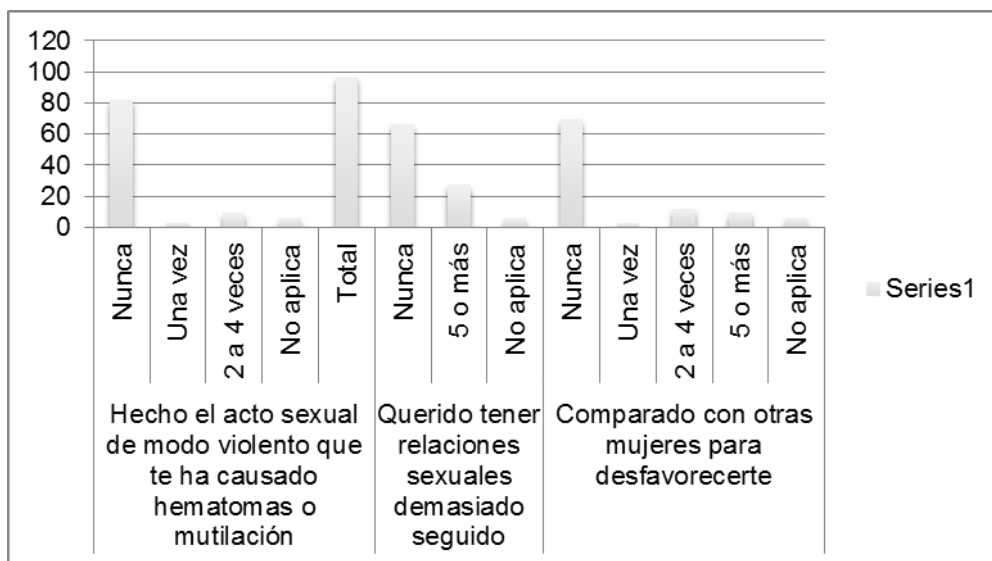
**Figura 28. Presencia de diferentes formas de violencia sexual**



**Figura 29. Presencia de diferentes formas de violencia sexual**



**Figura 30. Presencia de diferentes formas de violencia sexual**



**Tabla. 21. Violencia sexual en incidentes de violencia general**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acercamientos sexuales que tu no deseabas	Nunca	15	45,5	45,5	45,5
	Una vez	4	12,1	12,1	57,6
	2 a 4 veces	3	9,1	9,1	66,7
	5 o más	9	27,3	27,3	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Hecho gestos sexuales no deseados	Nunca	20	60,6	60,6	60,6
	Una vez	5	15,2	15,2	75,8
	2 a 4 veces	2	6,1	6,1	81,8
	5 o más	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100
Tomado ventaja de la relación	Nunca	21	63,6	63,6	63,6
	Una vez	2	6,1	6,1	69,7
	2 a 4 veces	2	6,1	6,1	75,8
	5 o más	6	18,2	18,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Hecho solicitudes sexuales directas no deseadas	Nunca	19	57,6	57,6	57,6
	Una vez	2	6,1	6,1	63,6
	2 a 4 veces	2	6,1	6,1	69,7
	5 o más	8	24,2	24,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Mostrado una actitud hostil hacia las mujeres	Nunca	21	63,6	63,6	63,6
	Una vez	1	3,0	3,0	66,7
	2 a 4 veces	3	9,1	9,1	75,8
	5 o más	6	18,2	18,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo	Nunca	23	69,7	69,7	69,7
	Una vez	3	9,1	9,1	78,8
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	81,8
	5 o más	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Tocado los genitales bruscamente o sin desearlo	Nunca	24	72,7	72,7	72,7
	Una vez	3	9,1	9,1	81,8
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	84,8
	5 o más	3	9,1	9,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/coaccionado a realizar el acto sexual	Nunca	20	60,6	60,6	60,6
	Una vez	5	15,2	15,2	75,8
	2 a 4 veces	2	6,1	6,1	81,8
	5 o más	4	12,1	12,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a realizar sexo oral	Nunca	28	84,8	84,8	84,8
	Una vez	1	3,0	3,0	87,9
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9

	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a tener relaciones sexuales con otras personas	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a participar en actividades somasoquistas	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a realizar sexo con animales	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Sido insensible con respecto a tus necesidades sexuales	Nunca	20	60,6	60,6	60,6
	Una vez	3	9,1	9,1	69,7
	2 a 4 veces	3	9,1	9,1	78,8
	5 o más	5	15,2	15,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Querido tener sexo después de maltratarte	Nunca	18	54,5	54,5	54,5
	Una vez	2	6,1	6,1	60,6
	2 a 4 veces	4	12,1	12,1	72,7
	5 o más	7	21,2	21,2	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a practicar sexo anal	Nunca	28	84,8	84,8	84,8
	Una vez	2	6,1	6,1	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Insertado objetos en los genitales	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a masturbarte	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Hecho el acto sexual de modo violento que te ha causado hematomas o mutilación	Nunca	27	81,8	81,8	81,8
	Una vez	1	3	3	84,8
	2 a 4 veces	3	9,1	9,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100
	Total	32	97,0	100,0	
Forzado/ coaccionado a ver pornografía	Nunca	29	87,9	87,9	87,9
	Una vez	1	3,0	3,0	90,9
	5 o más	1	3,0	3,0	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/ coaccionado a ver a otros teniendo relaciones sexuales	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Tenido contactos sexuales sabiendo	Nunca	31	93,9	93,9	93,9

que tiene enfermedades de transmisión sexual	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Forzado/coaccionado a prostituirte	Nunca	31	93,9	93,9	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Querido tener relaciones sexuales demasiado seguido	Nunca	22	66,7	66,7	66,7
	5 o más	9	27,3	27,3	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Mantenido relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo	Nunca	30	90,9	90,9	90,9
	No aplica	1	3	3	93,9
	Total	2	6,1	6,1	100
Comparado con otras mujeres para desfavorecerte	Nunca	23	69,7	69,7	69,7
	Una vez	1	3,0	3,0	72,7
	2 a 4 veces	4	12,1	12,1	84,8
	5 o más	3	9,1	9,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Se ha negado a tener relaciones sexuales contigo	Nunca	28	84,8	84,8	84,8
	2 a 4 veces	1	3,0	3,0	87,9
	5 o más	2	6,1	6,1	93,9
	No aplica	2	6,1	6,1	100,0
Otro	Nunca	32	97,0	97,0	97,0
	5 o más	1	3,0	3,0	100,0

### Equiparación de las sub-muestras según características demográficas

Para determinar la equivalencia de los tres grupos, se realizaron contrastes basados en los valores medios de las siguientes variables socio-demográficas: edad, escolaridad y nivel socioeconómico, estas dos últimas tratadas como variables ordinales, que permite su análisis mediante el procedimiento de comparación de medias.

Dado que la muestra es relativamente pequeña y el análisis basado en la varianza suele requerir muestras de mayor cantidad de casos, se emplearon pruebas robustas (Welch y Brown-Forsythe) para determinar la igualdad/diferencia de medias, las cuales están construidas para trabajar con muestras reducidas, como es el caso del presente estudio. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas en estas variables entre los tres grupos de interés, como se describe en la tabla 22.

Tabla 22. Pruebas robustas de igualdad de las medias

		Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
<b>Edad</b>	Welch	1.244	2	15.370	.316
	Brown-Forsythe	1.429	2	21.782	.261
<b>Escolaridad</b>	Welch	.459	2	13.246	.642
	Brown-Forsythe	.587	2	17.420	.567
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Welch	.402	2	13.148	.677
	Brown-Forsythe	.534	2	17.242	.596

a. Distribuidos en F asintóticamente.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis Post-Hoc para determinar diferencias particulares en las características socio-demográficas de acuerdo con los grupos específicos que componen la muestra total. No se encontró diferencia significativa alguna entre ellos, como se muestra en la Tabla 23, en donde se reportan los coeficientes derivados de la prueba.

Tabla 23. Comparaciones múltiples de variables demográficas (HSD de Tukey)

	Variable dependiente	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	
<b>Edad</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	6.1300	4.2675	.333
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	7.2500	5.2529	.361
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	-6.1300	4.2675	.333
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	1.1200	4.2675	.963
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	-7.2500	5.2529	.361
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-1.1200	4.2675	.963
<b>Escolaridad</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-.145	.586	.967
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-.750	.721	.556
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	.145	.586	.967
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-.605	.586	.561
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	.750	.721	.556
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	.605	.586	.561

		Tratamiento)			
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-.025	.332	.997
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-.375	.409	.633
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	.025	.332	.997
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-.350	.332	.548
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	.375	.409	.633
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	.350	.332	.548

A partir de lo anterior, se asume que los grupos son comparables, dado que tienen niveles medios de edad, escolaridad y estratificación estadísticamente similares.

### **Análisis de fiabilidad de los instrumentos empleados**

A continuación se procedió a realizar el análisis de fiabilidad de los diferentes instrumentos empleados para la toma de datos y obtención de puntajes en las variables clínicas de interés del estudio.

Para el caso del cuestionario PCL-5, empleado para la estimación de factores asociados al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), se encontraron los siguientes puntajes Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), que corresponden a la fiabilidad de cada una de las sub-escalas (o dimensiones específicas) y para la escala en general que permite obtener un puntaje sumativo para Estrés Postraumático (ver Tabla 23):

**Tabla 24. Coeficientes de Fiabilidad PCL-5**

<b>Factor</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Reexperimentación	0.844
Evitación	0.624
Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo	0.851
Hiperactivación	0.793
Escala Total TEPT	0.891



Los coeficientes Alfa encontrados para el caso del PCL-5 son (en todos los casos) aceptables y no requieren la exclusión de ítems específicos, por lo cual se asume la fiabilidad de la escala en la muestra empleada.

**Tabla 24. Coeficientes de Fiabilidad BAI-BDI**

Factor	Alfa de Cronbach
Ansiedad (BAI)	0.932
Depresión (BDI)	0.798

Para el caso de los cuestionarios BAI y BDI, los cuales se agrupan en un factor general -ansiedad y depresión, respectivamente-, se encontraron coeficientes Alfa aceptables en ambos casos (ver Tabla 24) con todos los ítems de la escala contenidos, por lo cual se asume que estas escalas son fiables en el caso de la presente aplicación.

### Comparación en Puntajes Pretest entre los Tres Grupos

#### Trastorno de estrés postraumático.

Teniendo en cuenta los presupuestos teóricos de esta investigación, en la cual se asume que el fenómeno de violencia de pareja conlleva una serie de consecuencias psicológicas se procedió a comparar a continuación los puntajes obtenidos en las diferentes escalas empleadas 1) en la muestra en general y 2) entre los diferentes niveles de la variable "grupo".

El análisis de medias a través de las pruebas robustas de Welch y Brown-Forsythe (Tabla 25) muestra que, para todas las variables medidas, existen diferencias significativas entre los tres grupos que componen la muestra.

**Tabla 25. Pruebas robustas de igualdad de las medias**

		Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
<b>Reexperimentación (Pretest)</b>	Welch	12.252	2	16.223	.001
	Brown-Forsythe	9.521	2	22.734	.001
<b>Evitación (Pretest)</b>	Welch	16.652	2	16.516	.000
	Brown-Forsythe	13.857	2	25.446	.000
<b>Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Pretest)</b>	Welch	14.116	2	17.435	.000
	Brown-Forsythe	9.193	2	24.180	.001
<b>Hiperactivación (Pretest)</b>	Welch	21.738	2	16.502	.000
	Brown-Forsythe	11.431	2	17.817	.001
<b>Puntaje Total TEPT (Pretest)</b>	Welch	25.665	2	16.994	.000
	Brown-Forsythe	14.164	2	18.951	.000

a. Distribuidos en F asintóticamente.

Para determinar las diferencias específicas entre los grupos en cada una de las variables del PCL-5 y sus respectivas direcciones se realizó un análisis de comparaciones múltiples (Post-Hoc), que arrojó los resultados descritos en la Tabla 26.

**Tabla 26. Comparaciones múltiples para factores del PCL-5 (HSD de Tukey)**

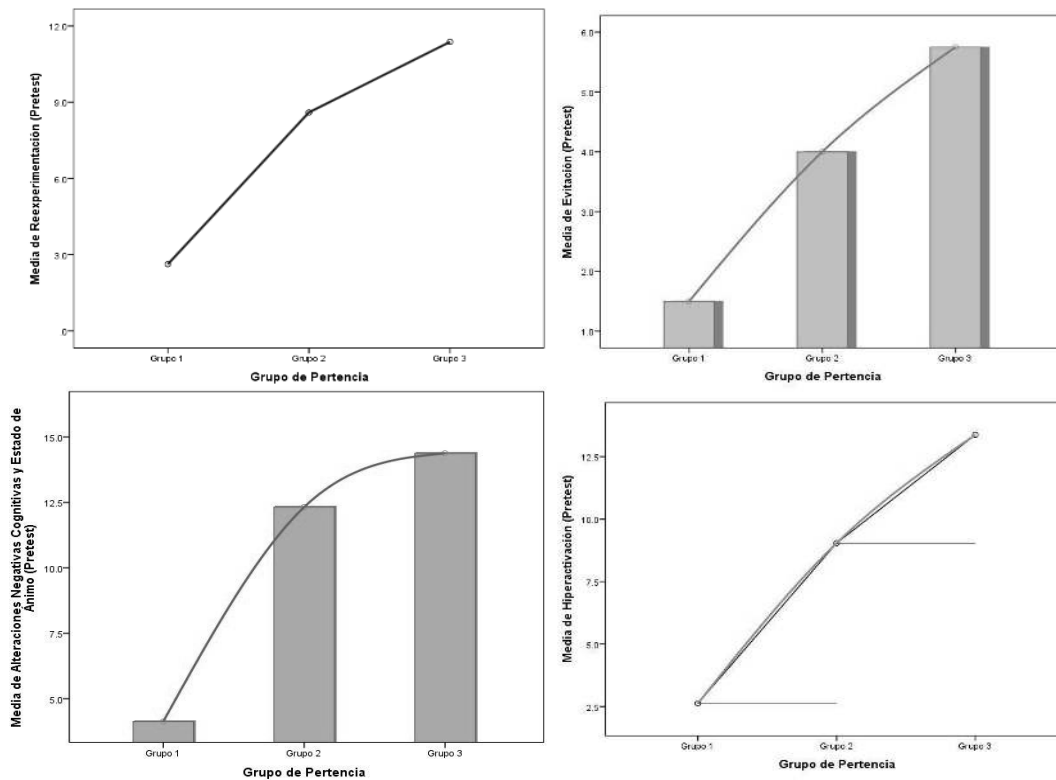
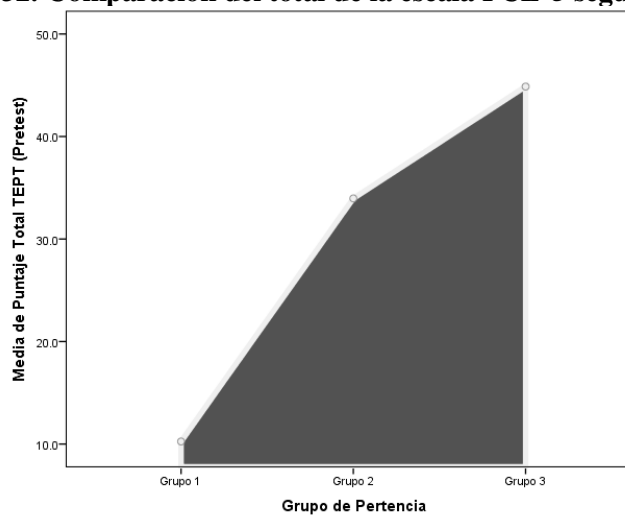
Variable dependiente		Diferencia de medias	Error típico	Sig.	
<b>Reexperimentación (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-5.9750*	1.9118	.009
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	-8.7500*	2.3533	.002
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	5.9750*	1.9118	.009
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	-2.7750	1.9118	.325
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	8.7500*	2.3533	.002
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	2.7750	1.9118	.325
<b>Evitación (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-2.5000*	.7670	.007
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-4.2500*	.9442	.000
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	2.5000*	.7670	.007
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-1.7500	.7670	.071
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	4.2500*	.9442	.000
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	1.7500	.7670	.071
<b>Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-8.1950*	2.6061	.009
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-10.2500*	3.2079	.008
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	8.1950*	2.6061	.009
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-2.0550	2.6061	.712

	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	10.2500*	3.2079	.008
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	2.0550	2.6061	.712
<b>Hiperactivación (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-6.4150*	2.2216	.017
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-10.7500*	2.7347	.001
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	6.4150*	2.2216	.017
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-4.3350	2.2216	.138
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	10.7500*	2.7347	.001
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	4.3350	2.2216	.138
<b>Puntaje Total TEPT (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-23.7100*	6.5164	.002
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-34.6250*	8.0211	.000
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	23.7100*	6.5164	.002
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	-10.9150	6.5164	.228
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	34.6250*	8.0211	.000
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	10.9150	6.5164	.228

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Se encontró que no existen diferencias significativas entre los grupos 2 y 3 (mujeres con historial de violencia de pareja, indistintamente de si serían o no beneficiarias del tratamiento posterior) en los cuatro factores específicos del PCL-5 y en la escala en general, esto permite asumir que ambos grupos son similares -y comparables- en estas variables.

Además, se encontró que ambos grupos (2 y 3) presentaban diferencias estadísticamente significativas en todos los factores del PCL-5 y en la escala general con el grupo 1 (mujeres sin historial de maltrato de pareja). Estas tendencias significativas se ilustran en la figura 31.

**Figura 31. Comparaciones en factores de TEPT medidos por el PCL-5****Figura 32. Comparación del total de la escala PCL-5 según grupo.**

### **Ansiedad y Depresión.**

Siguiendo el mismo presupuesto que para el caso de los factores asociados al TEPT, se realizó el análisis diferencial para el caso de las escalas de Beck (BAI-BDI). El análisis de medias a través de las pruebas robustas de Welch y Brown-Forsythe (Tabla 27) muestra que, para las variables *ansiedad* y *depresión*, existen diferencias significativas entre los tres grupos que componen la muestra.

**Tabla 27. Pruebas robustas de igualdad de las medias**

		Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
<b>Total de Ansiedad (Pretest)</b>	Welch	10.655	2	16.243	.001
	Brown-Forsythe	4.692	2	15.929	.025
<b>Total de Depresión (Pretest)</b>	Welch	18.563	2	15.712	.000
	Brown-Forsythe	6.628	2	13.793	.008

a. Distribuidos en F asintóticamente.

Al realizar el análisis Post Hoc para determinar diferencias específicas entre los grupos en estas variables, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en ambas variables entre el grupo 1 y los grupos 2 y 3, como se muestra en la Tabla 28.

**Tabla 28. Comparaciones múltiples - Ansiedad y Depresión (HSD de Tukey)**

Variable dependiente		Diferencia de medias	Error típico	Sig.	
<b>Total de Ansiedad (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-12.9750*	5.6515	.069
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento))	-17.0000*	6.9565	.049
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	12.9750*	5.6515	.069
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento))	-4.0250	5.6515	.758
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	17.0000*	6.9565	.049
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	4.0250	5.6515	.758
<b>Total de Depresión (Pretest)</b>	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	-15.48500*	4.74465	.006
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento))	-15.75000*	5.84026	.027
	Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	15.48500*	4.74465	.006
		Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / (Con Tratamiento))	-.26500	4.74465	.998
	Grupo 3 (Con Historial de Maltrato / Con Tratamiento)	Grupo 1 (Sin Historial de Maltrato / Sin tratamiento)	15.75000*	5.84026	.027
		Grupo 2 (Con Historial de Maltrato / Sin Tratamiento)	.26500	4.74465	.998

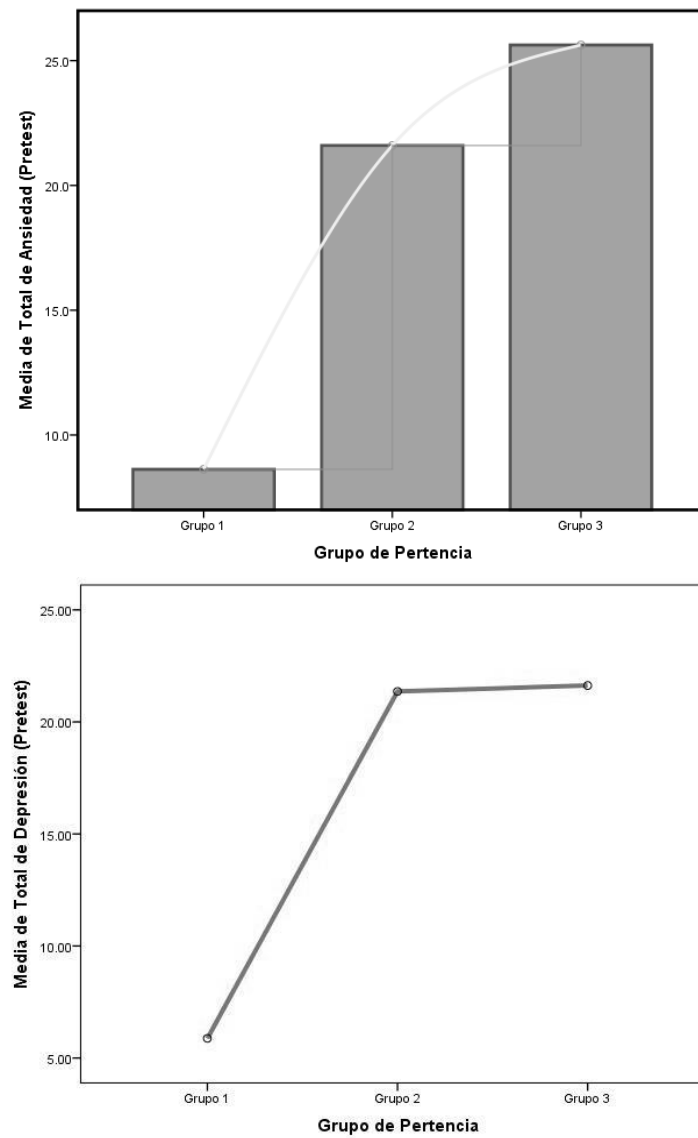
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.10.

Mediante el análisis de comparaciones múltiples se encontró, también, que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de interés incluidas en el análisis (ansiedad y depresión) entre los dos grupos de mujeres que tienen

historial de violencia de pareja, por lo que estos grupos pueden asumirse comparables o similares en cuanto a estas variables.

A continuación se muestran estas relaciones de manera figura, de tal manera que se pueden apreciar las diferencias reportadas en el análisis estadístico (ver Figura 32):

**Figura 33. Diferencias entre grupos para las variables Ansiedad y Depresión**



## Eficacia del tratamiento

### Comparaciones Pretest-Postest.

Para determinar si en el grupo de mujeres que fueron beneficiarias del tratamiento (Grupo 3) existen diferencias significativas entre las medidas presentadas en la fase de *pretest* y las obtenidas al momento del *postest* (medición posterior a la implementación del tratamiento), se utilizó una prueba t para muestras relacionadas (o *medidas repetidas*), teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y la cantidad de mediciones a relacionar.

### Trastorno de Estrés Postraumático.

La Tabla 29, muestra el cambio en las medias de las variables estimadas mediante el cuestionario PCL-5. Se observa que, en todos los casos, las medias han presentado una tendencia descendente, sin representar esto que las transformaciones en la media sean estadísticamente significativas.

**Tabla 29. Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Reexperimentación (Pretest)	11.375	8	4.5650	1.6140
	Reexperimentación (Postest)	4.8750	8	2.94897	1.04262
Par 2	Evitación (Pretest)	5.750	8	1.6690	.5901
	Evitación (Postest)	3.8750	8	2.53194	.89518
Par 3	Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Pretest)	14.375	8	5.7306	2.0261
	Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Postest)	5.8750	8	3.27054	1.15631
Par 4	Alteración de la alerta y reactividad (Pretest)	13.375	8	5.5275	1.9543
	Alteración de la alerta y reactividad (Postest)	6.7500	8	4.77344	1.68767
Par 5	Puntaje Total TEPT (Pretest)	44.875	8	16.1549	5.7116
	Puntaje Total TEPT (Postest)	21.3750	8	11.56272	4.08804

En la Tabla 30 se presentan los coeficientes obtenidos a través de la prueba t para los factores del PCL-5 y para la escala total, al comparar las fases de pretest y postest.

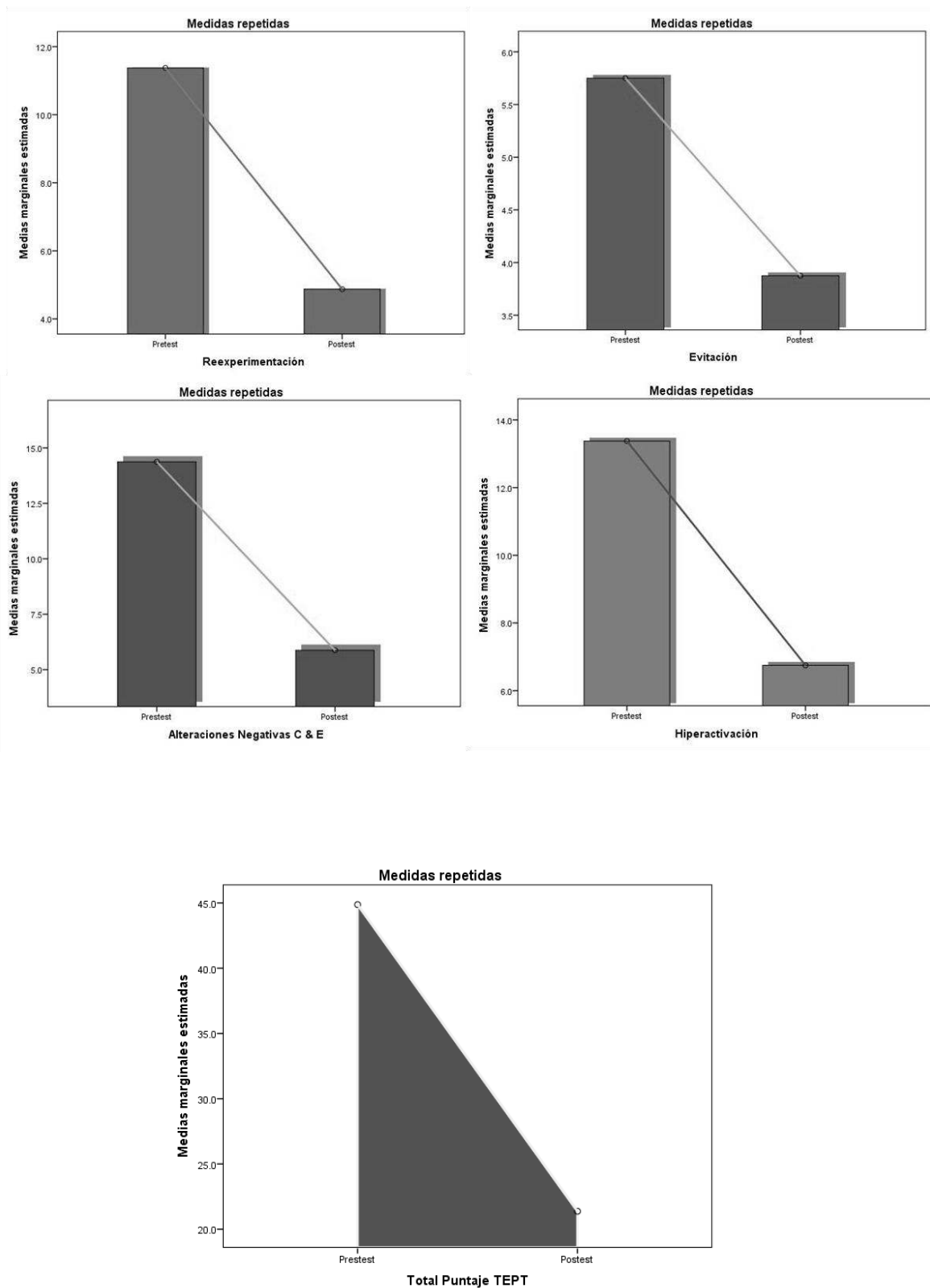
Tabla 30. Prueba de muestras relacionadas - Factores del PCL-5

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% IC				
					Inf				Sup
Par 1	<b>Reexperimentación (Pretest) - Reexperimentación (Postest)</b>	6.50000	3.66450	1.29560	3.43640	9.56360	5.017	7	.002
Par 2	<b>Evitación (Pretest) - Evitación (Postest)</b>	1.87500	2.94897	1.04262	-.59040	4.34040	1.798	7	.115
Par 3	<b>Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Pretest) - Alteraciones Negativas Cognitivas y Estado de Ánimo (Postest)</b>	8.50000	4.95696	1.75255	4.35588	12.64412	4.850	7	.002
Par 4	<b>Alteración de la alerta y reactividad (Pretest) - Alteración de la alerta y reactividad (Postest)</b>	6.62500	4.59619	1.62500	2.78249	10.46751	4.077	7	.005
Par 5	<b>Puntaje Total TEPT (Pretest) - Puntaje Total TEPT (Postest)</b>	23.50000	11.33893	4.00892	14.02041	32.97959	5.862	7	.001

Se encuentra que existen cambios estadísticamente significativos para cuatro de las 5 variables de posible obtención a través de la aplicación del PCL-5: tres factores específicos (reexperimentación, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo e Alteración de la alerta y reactividad) y el puntaje total de la escala, traducido en un puntaje global de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Las direcciones se muestran a continuación (ver Figura 34):



**Figura 34. Tendencias de cambio en las variables del PCL-5**



Se encuentra que, para el caso específico del factor *evitación*, la tendencia es descendente en casi dos unidades logarítmicas; sin embargo, la disminución media en

esta variable no es estadísticamente significativa al realizar la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas. En todos los otros casos, se encuentra que la tendencia es descendente y sí es estadísticamente significativa.

### *Ansiedad y Depresión.*

La Tabla 31 muestra el cambio observado en las medias de las variables ansiedad y depresión, estimadas mediante los cuestionarios BDI y BAI. Se observa que, en ambos casos, las medias han presentado una tendencia descendente.

**Tabla 31. Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	<b>Total de Ansiedad (Pretest)</b>	25.625	8	15.1180	5.3450
	<b>Total de Ansiedad (Postest)</b>	12.2500	8	6.75595	2.38859
Par 2	<b>Total de Depresión (Pretest)</b>	19.125	8	13.8307	4.4055
	<b>Total de Depresión (Postest)</b>	6.1250	8	5.27629	1.86545

En la Tabla 32 se presentan los coeficientes obtenidos a través de la prueba t para los test BDI y BAI (ajustados a una dimensión), al comparar las fases pretest y postest.

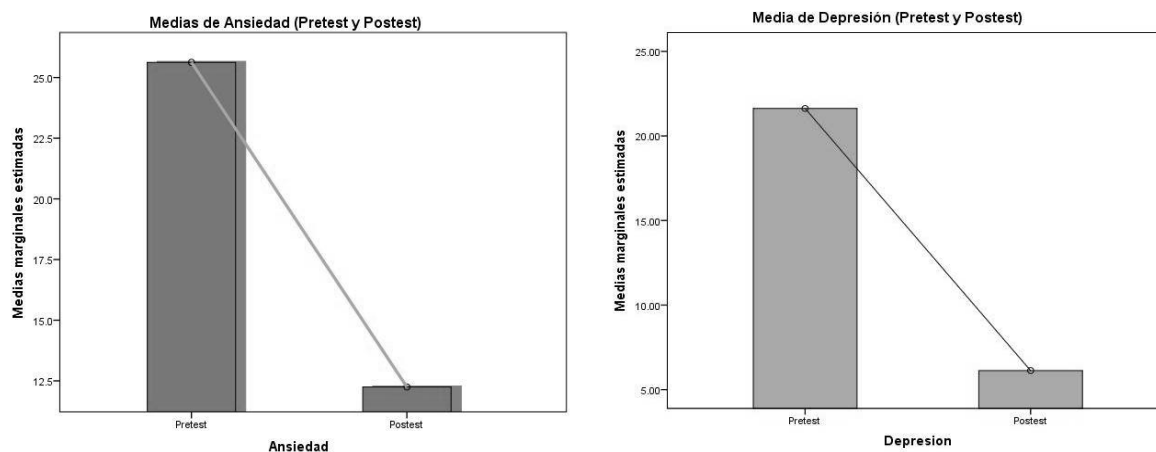
**Tabla 32. Prueba de muestras relacionadas - Ansiedad y Depresión**

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% IC Inf      Sup			
Par 1	Total de Ansiedad (Pretest)							
	- Total de Ansiedad (Postest)	13.375	13.89694	4.91331	1.75687    24.99313	2.722	7	.030
Par 2	Total de Depresión (Pretest)							
	- Total de Depresión (Postest)	13.000	10.11364	3.57571	6.33479    24.67521	3.997	7	.005

Los resultados muestran que (en ambos casos) se observa una tendencia a la disminución estadísticamente significativa. En otras palabras, se puede decir que la medición de la fase *postest* revela puntajes significativamente inferiores a los que

presentó el grupo antes de recibir el tratamiento. A continuación (ver Figura 35) se presentan los resultados medios de los puntajes de las dos escalas de forma detallada:

**Figura 35. Tendencias de cambio en las variables ansiedad y depresión**



### Seguimiento.

Para estudiar el mantenimiento de los resultados obtenidos en la fase de *postest*, se realizó una medición adicional con el grupo de 8 mujeres beneficiarias del tratamiento (grupo 3). Esta medición fue realizada tres meses después de finalizar el tratamiento y realizar el postest inicial. Los resultados, de acuerdo a las variables de interés, se presentan a continuación.

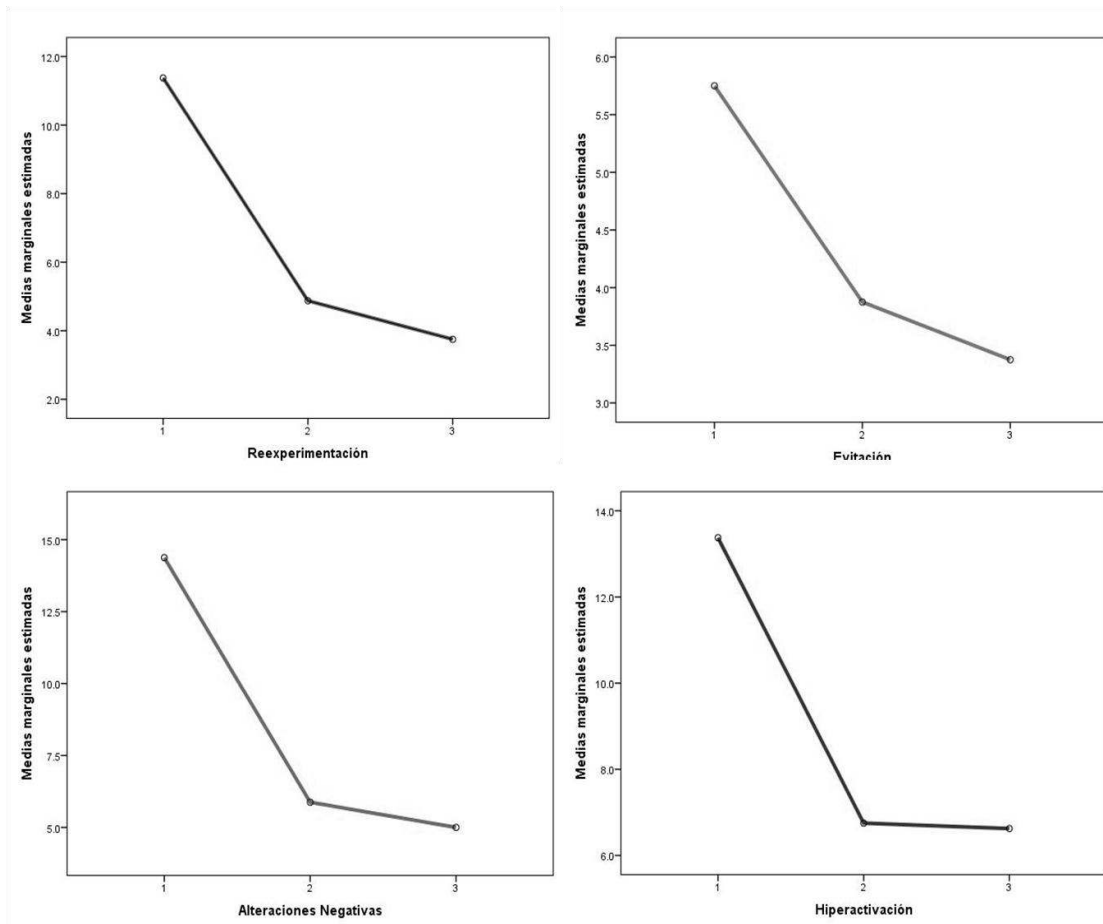
### *Estrés Postraumático.*

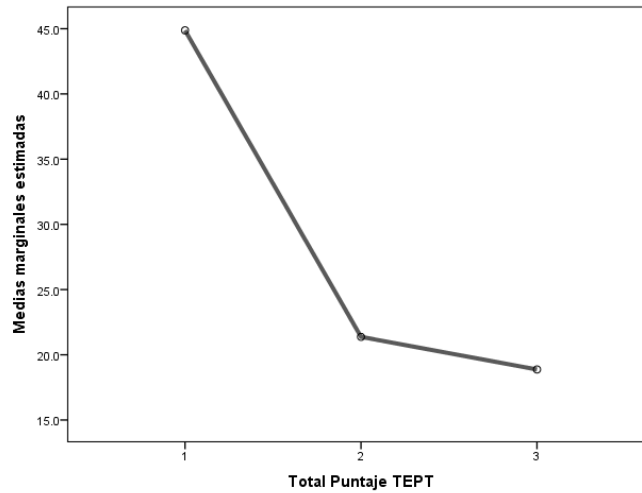
**Tabla 33. Pruebas de contrastes intra-sujetos**

Origen		Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Reexperimentación</b>	Lineal	232.563	232.563	62.764	.000
	Cuadrático	38.521	38.521	9.995	.016
<b>Evitación</b>	Lineal	22.563	22.563	5.653	.049
	Cuadrático	2.521	2.521	.815	.397
<b>Alteraciones Negativa</b>	Lineal	351.563	351.563	33.740	.001
	Cuadrático	77.521	77.521	11.469	.012
<b>Alteración de la alerta y reactividad</b>	Lineal	182.250	182.250	28.508	.001
	Cuadrático	56.333	56.333	6.959	.034
<b>Total Puntaje TEPT</b>	Lineal	2704.000	2704.000	72.800	.000
	Cuadrático	588.000	588.000	15.474	.006

En la figura 36 se detallan las tendencias de cambio observadas en las tres mediciones realizadas a través del PCL-5. Se encuentra que la tendencia de cambio es decreciente en todos los casos, pero también que ninguno de los cambios ocurridos resulta estadísticamente significativo.

**Figura 36. Tendencias de cambio en las tres mediciones con el PCL-5**





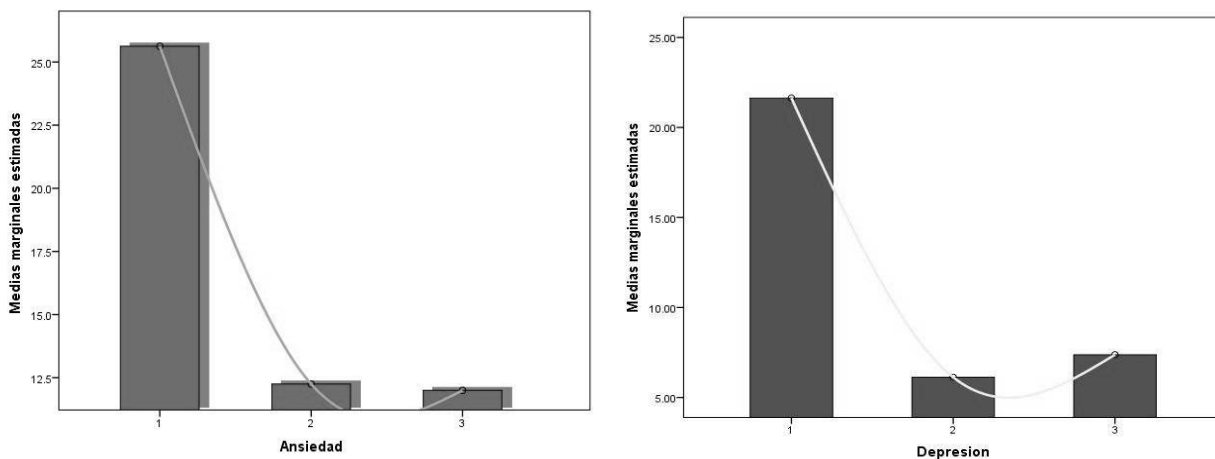
*Ansiedad y depresión.*

**Tabla 34. Pruebas de contrastes intra-sujetos**

	Origen	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Ansiedad</b>	Lineal	742.562	742.562	6.181	.042
	Cuadrático	229.688	229.688	8.169	.024
<b>Depresión</b>	Lineal	552.250	812.250	17.190	.004
	Cuadrático	270.750	374.083	14.316	.007

Al realizar una tercera medición con las escalas BAI y BDI, se encontró que en el caso de la variable *ansiedad* hay una leve disminución, mientras que en el caso de la *depresión* tiene lugar un leve aumento, sin ser ninguno de estos cambios descritos estadísticamente significativo (ver Figura 37).

**Figura 37. Tendencias de cambio en las tres mediciones con el BAI y BDI**



### Seguimiento Grupo 2.

Con el fin de establecer las tendencias de cambio a lo largo del tiempo en el grupo de mujeres con historial de maltrato que no recibieron tratamiento, se seleccionaron aleatoriamente varias de las participantes que hicieron parte del grupo 2. Se logró contar con 4 de ellas para el desarrollo de esta actividad.

Al aplicar los protocolos y cuestionarios empleados en la fase inicial para la estimación de factores psicopatológicos, se encontraron tendencias variables para dichas escalas en cada una de las dos mediciones a las que se sometieron; una primera medición (pretest) y una segunda (postest), llevada a cabo 6 meses después de la entrevista inicial.

#### *Trastorno de Estrés Postraumático.*

A continuación se presentan las medidas descriptivas de los factores y la escala total del PCL-5 (ver Tabla 35).

**Tabla 35. Descriptivos del PCL-5 en dos medidas repetidas.**

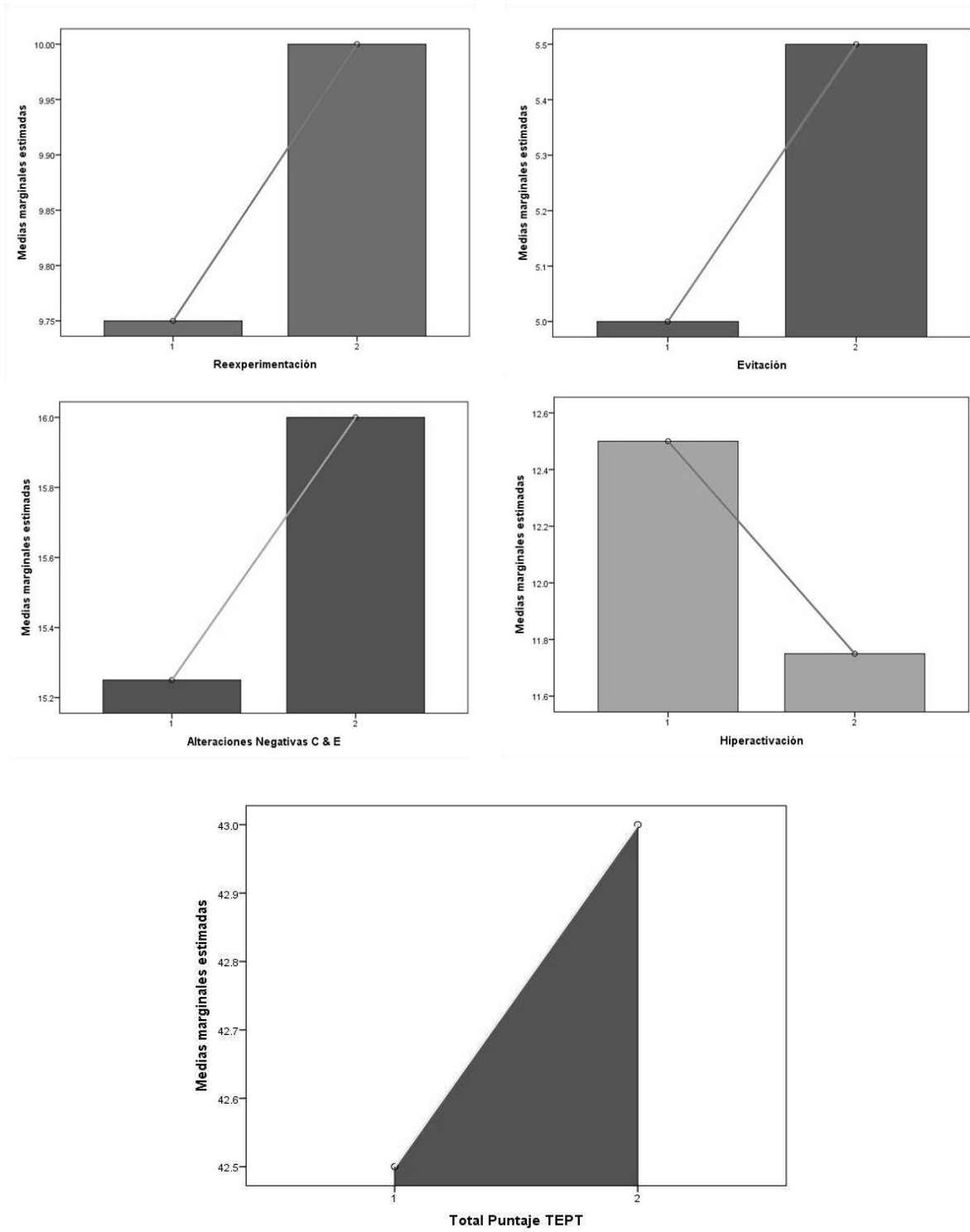
	Medición 1		Medición 2	
	Media	DT	Media	DT
<b>Reexperimentación</b>	9.75	6.1305	10	5.228129
<b>Evitación</b>	5	2.0001	5.5	1.290994
<b>Alteraciones Negativas</b>	15.25	4.99166	16	6.164414
<b>Alteración de la alerta y reactividad</b>	12.500	3.872983	11.75	3.304038
<b>Total TEPT</b>	42.5	11.090537	43	13.9523

Se encuentra que en el caso de los factores *reexperimentación*, *evitación* y *alteraciones negativas cognitivas y emocionales* (así como en la escala general del PCL-5) existe una tendencia al alza al momento de la segunda medición. En el caso de la *Alteración de la alerta y reactividad*, se encuentra un puntaje menor, como se evidencia en la Figura 38.

Sin embargo, no se puede establecer con un nivel de confianza aceptable si estas diferencias entre medidas son estadísticamente significativas, dadas las siguientes circunstancias: a) la muestra es demasiado pequeña, al contener tan sólo 4 casos y b) no existe un precedente empírico que permita comparar al grupo 2 con el grupo 3 (con tratamiento), al no ser equiparable la muestra total del grupo con

tratamiento con una parte no representativa del grupo sin tratamiento. Por lo anterior, este apartado pretende solamente describir las tendencias encontradas en estos 4 casos que se han seguido.

**Figura 38. Tendencias del PCL-5 en dos medidas repetidas.**



***Ansiedad y depresión.***

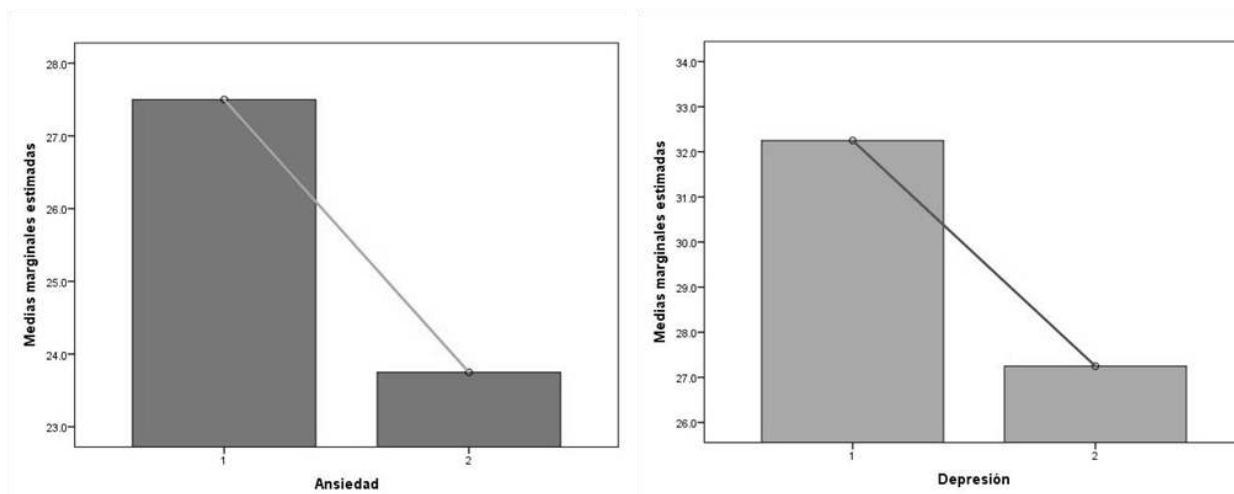
Se encuentra que entre la primera y segunda medición existen medidas visualmente diferenciales en los constructos *ansiedad* y *depresión* medidos, respectivamente, con las escalas BAI y BDI. Estas medidas se detallan en la Tabla 36.

**Tabla 36. Descriptivos del BAI y BDI en dos medidas repetidas.**

	Medición 1		Medición 2	
	Media	DT	Media	DT
<b>Ansiedad</b>	27.500	11.4746	23.750	7.8049
<b>Depresión</b>	32.250	15.6924	27.250	10.5000

Las tendencias de las dos variables muestran una disminución en las 4 personas entrevistadas en la fase de seguimiento. Al igual que en el caso del PCL-5, se asume que este análisis es apenas tendencial por los motivos ya expuestos.

**Figura 39. Tendencias del BAI Y BDI en dos medidas repetidas.**

**Tamaño del efecto de pre-test – postest 1 y pretest – postest 2 (GT)**

El tamaño del efecto se realizó para identificar la influencia del tratamiento sobre el resultado o variable dependiente.

En primer lugar, se realizó el cálculo del tamaño del efecto para cada una de las variables de análisis, tomando en cuenta los puntajes obtenidos en el pretest y en el postest 1, es decir, al final del tratamiento. A partir del análisis del coeficiente  $g$  de Hedges se puede decir que, en este caso, el efecto medio del tratamiento sobre todas las variables principales de análisis (salvo el caso del cluster C) supera la medida de una desviación estándar, con promedio de 1.34 DTs entre todas las variables y una tendencia homogénea a la disminución en los puntajes registrados. Se encuentra,



además, que a través de la medida estandarizada del tamaño del efecto, en todos los casos (todas las variables principales de análisis) la media aritmética de la magnitud del efecto es de 0.91 [0.80-0.96] entre como se describe gráficamente en la Tabla 37.

**Tabla 37. Comparaciones entre fases Pretest y Postest 1**

Variable	n pre	media pre	varianza pre	n post	media post	varianza post	gl	g hedges	g hedges ajustada	Valor función de distribución (Tamaño del Efecto)	%
<b>Cluster B</b>	8	11,38	20,83928571	8	4,875	8,696428571	14	1,69	<b>1,60</b>	<b>0,955</b>	<b>0,95</b>
<b>Cluster C</b>	8	5,75	2,785714286	8	3,875	6,410714286	14	0,87	<b>0,83</b>	<b>0,809</b>	<b>0,80</b>
<b>Cluster D</b>	8	14,38	32,83928571	8	5,875	10,69642857	14	1,82	<b>1,72</b>	<b>0,966</b>	<b>0,96</b>
<b>Cluster E</b>	8	13,38	30,55357143	8	6,75	22,78571429	14	1,28	<b>1,21</b>	<b>0,900</b>	<b>0,89</b>
<b>Total PCL</b>	8	44,88	260,9821429	8	21,375	133,6964286	14	1,67	<b>1,58</b>	<b>0,953</b>	<b>0,94</b>
<b>BAI</b>	8	25,63	228,5535714	8	12,25	45,64285714	14	1,14	<b>1,08</b>	<b>0,873</b>	<b>0,86</b>
<b>BDI</b>	8	21,63	191,4107143	8	6,125	27,83928571	14	1,48	<b>1,40</b>	<b>0,931</b>	<b>0,92</b>

Así mismo, se realizó el cálculo del tamaño del efecto comparando los puntajes registrados en las variables de análisis entre las fases pretest y postest 2 (que se registró durante la fase de seguimiento) en el grupo con tratamiento. Se encontró que existe un aumento en el efecto medio del tratamiento en el caso de todas las variable, con un promedio de 1.42 DTs en el coeficiente G de Hedges y una media aritmética de magnitud de 0.92 [0.88-0.96], como se muestra en la Tabla 38. En otras palabras, se puede decir que durante la fase de seguimiento se encontró un aumento en el efecto del tratamiento, expresado en cambios positivos o que han tenido lugar en la dirección deseada, de acuerdo a los objetivos del tratamiento.

Tabla 38. Comparaciones entre fases Pretest y Postest 2

Variable	n pre	media pre	varianza pre	n post	media post	varianza post	gl	g hedges	g hedges ajustada	Valor función de distribución (Tamaño del Efecto)	%
Cluster B	8	11,38	20,83928571	8	3,75	8,5	14	1,99	<b>1,88</b>	<b>0,977</b>	<b>0,97</b>
Cluster C	8	5,75	2,785714286	8	3,375	4,839285714	14	1,22	<b>1,15</b>	<b>0,888</b>	<b>0,87</b>
Cluster D	8	14,38	32,83928571	8	5	19,14285714	14	1,84	<b>1,74</b>	<b>0,967</b>	<b>0,96</b>
Cluster E	8	13,38	30,55357143	8	6,625	28,83928571	14	1,24	<b>1,17</b>	<b>0,892</b>	<b>0,88</b>
Total PCL	8	44,88	260,9821429	8	18,875	192,125	14	1,73	<b>1,63</b>	<b>0,958</b>	<b>0,95</b>
BAI	8	25,63	228,5535714	8	12	29,14285714	14	1,20	<b>1,14</b>	<b>0,885</b>	<b>0,87</b>
BDI	8	21,63	191,4107143	8	7,375	27,41071429	14	1,36	<b>1,29</b>	<b>0,914</b>	<b>0,90</b>

### Significancia clínica

Se realizó éste procedimiento para identificar la magnitud de la diferencia encontrada entre pretest y el postest de seguimiento en la gravedad de estrés postraumático y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión. En este sentido, se identifica el porcentaje de mujeres que presentaban la sintomatología en los niveles altos y moderados o no presencia de sintomatología relacionando con niveles leve o normal (según instrumentos aplicados).

Tabla 39. Significancia clínica del TEPT

TEPT			
Pretest		Postest 2	
Presencia	No presencia	Presencia	No presencia
<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>

Tabla 40. Significancia clínica de ansiedad y depresión

ANSIEDAD				DEPRESION			
Pretest		Postest 2		Pretest		Postest 2	
Presencia	No presencia	presencia	No presencia	presencia	No presencia	presencia	No presencia
<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>

## Percepción del cambio y satisfacción con el tratamiento

### Percepción del cambio.

Para evaluar el cambio percibido a raíz del tratamiento, se diseñaron 3 ítems que pretenden evaluar, respectivamente: a) la ayuda percibida al someterse al tratamiento; b) la utilidad percibida del mismo; y c) la práctica de los ejercicios asignados en el contexto extra-clínico. Todos los ítems se respondieron en una escala de 1 a 10, donde 1 es nada y 10 es mucho (ver Anexo de instrumentos). El instrumento fue aplicado dos veces; una de ellas en la sexta sesión del tratamiento y la otra al final del mismo. Las medias comparadas en ambas mediciones se presentan en la Tabla 41.

**Tabla 41. Descriptivos del instrumento en dos medidas repetidas.**

Ítem	Medida	N	Media	Desv. típ.
¿Qué tanto le ha ayudado el tratamiento?	1	8	7,63	1,061
	2	8	8,75	,463
¿Qué tanto le han parecido los temas tratados útiles para su situación actual?	1	8	8,63	0,916
	2	8	9,63	,518
¿Qué tanto ha practicado los ejercicios en casa?	1	8	6,63	2,2
	2	8	7,75	1,389

Al realizar la prueba t de Student para muestras relacionadas o medidas repetidas, se encontraron diferencias significativas entre las dos mediciones realizadas, como se muestra en la Tabla 42.

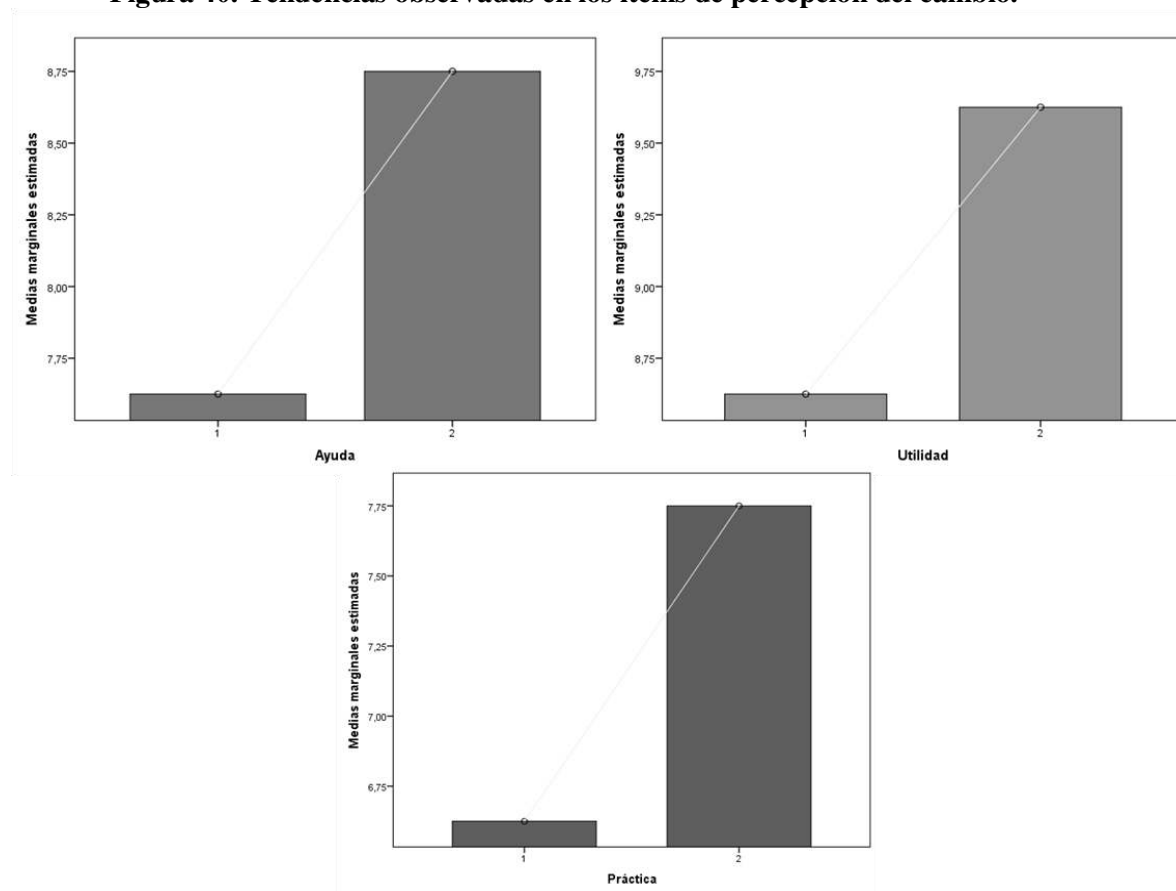
**Tabla 42. Prueba de muestras relacionadas**

		T	Gl	Sig. (bilateral)
Par 1	¿Qué tanto le ha ayudado el tratamiento?	-3,813	7	,007
Par 2	¿Qué tanto le han parecido los temas tratados útiles para su situación actual?	-3,742	7	,007
Par 3	¿Qué tanto ha practicado los ejercicios en casa?	-2,826	7	,026

Las tendencias de cambio muestran un aumento en las tres variables medidas por los ítems descritos, lo cual representa un aumento en la percepción de 1) ayuda

del tratamiento a su vida; 2) utilidad percibida del tratamiento; y 3) puesta en práctica de las actividades programadas fuera del espacio de acompañamiento, como se evidencia en la Figura 40.

**Figura 40. Tendencias observadas en los ítems de percepción del cambio.**



### Satisfacción con los servicios.

Al igual que el cambio percibido, se evaluó el nivel de satisfacción con diferentes componentes del servicio terapéutico ofrecido. A continuación se detallan las respuestas a las preguntas (ítems) de satisfacción, contenidas al final del APÉNDICE de la descripción del tratamiento.

El 75% de las participantes del tratamiento denotó el mismo como *de buena calidad* y el 25% como *de excelente calidad* (ver Tabla 43).

**Tabla 43. Calidad del servicio recibido**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bueno</b>	6	75,0
<b>Excelente</b>	2	25,0

<b>Total</b>	8	100,0
--------------	---	-------

El 100% de las participantes reporta haber recibido la clase de servicio y ayuda que buscaba, con respecto a su problemática actual, como se denota en la Tabla 44.

**Tabla 44. ¿Encontró la clase de ayuda y servicio que buscaba?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si, en general</b>	6	75,0
<b>Si, totalmente</b>	2	25,0
<b>Total</b>	8	100,0

El 100% de las entrevistadas denota que, en efecto, el programa satisfizo sus necesidades (ver tabla 45).

**Tabla 45. ¿El programa ha satisfecho sus necesidades?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>En general</b>	8	100,0

El 100% de las entrevistadas declara que recomendaría el programa a otras personas (ver tabla 46).

**Tabla 46. ¿Recomendaría nuestro programa?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	8	100,0

El 25% de las participantes reporta estar altamente satisfecha con el tipo de ayuda que recibió (*muchísimo*) y el 75% está en un nivel representativo de acuerdo (*mucho*) como se muestra en la Tabla 47.

**Tabla 47. ¿Está satisfecha con el tipo de ayuda recibida?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muchísimo</b>	2	25,0
<b>Mucho</b>	6	75,0
<b>Total</b>	8	100,0

El 87,5% de las beneficiarias dice creer que el servicio recibido le ha ayudado *bastante* a hacer frente más eficazmente a sus problemas y el 12,5% cree que le ha ayudado *mucho* (ver Tabla 47).

**Tabla 48. ¿Le ha ayudado el servicio a hacer frente más eficazmente a sus problemas?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bastante</b>	7	87,5
<b>Mucho</b>	1	12,5
<b>Total</b>	8	100,0

El 62,5% de las beneficiarias del tratamiento reporta estar *bastante* satisfecha con el servicio recibido y el 37,5% dice estar *muy* satisfecha.

**Tabla 49. ¿Está satisfecha con el servicio recibido?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bastante</b>	5	62,5
<b>Mucho</b>	3	37,5
<b>Total</b>	8	100,0

### Discusión

En esta investigación se ha diseñado un programa de intervención para mujeres víctimas de violencia de pareja y evaluado empíricamente la eficacia del mismo con una muestra de mujeres víctimas que han denunciado y llevan adelante un proceso en el CAVIF de Bogotá. El tratamiento psicológico se centra en los efectos psicopatológicos del trauma, por eso el eje fundamental es el tratamiento del TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión.

Es importante resaltar que la información se encuentra referida a un estudio piloto cuyos objetivos centrales son de tipo metodológico y técnico. De ello se desprende que el número de casos sea reducido, como para poder llevar a cabo análisis estadísticos que favorezcan el establecimiento de consideraciones concluyentes que permitan mejorar la calidad y la eficacia de un estudio mayor y del programa de tratamiento. En tal sentido, la discusión en torno a los datos debe entenderse como una aproximación y tendencia que espera ser confirmada, una vez realizada con mayor número de mujeres víctimas de violencia de pareja.

A continuación, se considerarán los resultados de esta investigación atendiendo a los siguientes puntos básicos: características de las participantes con violencia de pareja y análisis del funcionamiento de su relación, consecuencias de la violencia de

pareja, eficacia del tratamiento, consideraciones y recomendaciones personales, y limitaciones del estudio.

### **Participantes con violencia de pareja: características y funcionamiento de la relación**

Las mujeres se caracterizan por tener entre 21 y 57 años, sin embargo la mayoría se encuentran en un rango de edad de 24 a 25 años, lo cual concuerda con lo que plantean Muñoz- Rivas, Grana, y González (2011), quienes sustentan que es característico que la población joven víctima de ésta problemática denuncie las agresiones, contrario a lo que sucede con víctimas de una edad mayor, quienes no suelen denunciar.

La mayoría de las mujeres (72,7%) se encuentran en un nivel bajo socio económico (estrato 1 y 2, según clasificación Colombiana); bajo nivel formativo, pues solo el 30% son bachilleres y el 12% alcanzaron un nivel tecnológico; bajo nivel adquisitivo, ya que trabajan en el hogar sin remuneración o trabajan de forma informal, de esta manera, un poco más de la mitad de las participantes no reciben ingresos o ganan menos del salario mínimo. Esta situación mencionada visibiliza la difícil situación a la que se enfrentan las víctimas de este estudio, quienes tienen hijos a su cargo, el 69,7% de ellas tienen dos o más hijos. Lo anterior, muestran aspectos que pueden hacer vulnerable a ésta población e influir en altos grados de percepción de dependencia hacia otro; que en casos en que se sume factores como no tener una red de apoyo familiar y social confluente a que ese otro sea la pareja. Así mismo, la mala situación económica se considera como un factor distal que genera estrés y que influyen en la vida familiar.

La mayor parte de las mujeres, el 54,5% se encuentran casadas o en unión de hecho; y el resto son solteras o separadas. Sin embargo, estas uniones no necesariamente son con el agresor, pues un poco más de la mitad de las mujeres (54.5%) no conviven con el agresor, sin que esto quiera decir que se haya detenido las agresiones por parte de la expareja. Este porcentaje se acerca al estudio de Labrador, Fernández y Rincón (2010), en el que se evidencia que el 55% de las mujeres que denuncian han tenido que abandonar su hogar, lo cual puede ser atribuirle al desarrollo de las políticas en la materia, en donde se ha visibilizado más la

problemática y se ha promovido la denuncia, y conllevado que más mujeres tomen la decisión de llevar el proceso y/o separarse.

Lo anterior, no invalida lo planteado por Echeburúa y otros (1996); Echeburúa y De Corral (1998); Amor y otros (2002); y Rincón (2003), manifestando que la violencia de pareja, a pesar de sus graves consecuencias y de su frecuencia, es un fenómeno en el que las víctimas permanecen envueltas durante largos periodos de tiempo, aproximadamente alrededor de 10 años, incluso, en repetidas ocasiones una vez han recibido intervención terapéutica, regresan a la situación de violencia que vivían, en las mujeres participantes de este estudio se evidencia una media de 10,7 años de convivencia con el agresor.

La relación de pareja de las mujeres participantes se caracteriza en que los hombres son quienes tienen la autoridad y el dominio de la familia en cuanto a la toma de decisiones y parámetros de la dinámica; si la mujer no está de acuerdo con la decisión se generan discusiones, insultos y agresiones físicas o la mujer acoge lo que el hombre dice de una manera sumisa o en algunos momentos con una actitud agresiva pasiva, es decir de ignorar al otro, así mismo, el 60% de los hombres se negó a discutir o negociar, evidenciando esto pocas habilidades de afrontamiento y habilidades de comunicación por parte de los dos. Estos resultados de estilos inadecuados de comunicación van en la misma dirección de lo encontrado por Rubiano y otros (2003).

El hombre para mantener el poder y control de la relación aísla a la mujer, en el estudio el 30,3% de las mujeres manifestaron que sus parejas no las dejan frecuentar a los vecinos, ni los amigos, ni parientes cercanos y el 15,2% no pueden ir si no están acompañadas por ellos, así mismo, controlan sus actividades (54,5%) y su dinero (30,4%). Éste aislamiento, favorece a que la víctima continúe con la relación violenta, ya que se siente sola para sobrellevar la responsabilidad económica para el cuidado y protección de sus hijos. En cuanto a la sexualidad la iniciativa generalmente la tiene el hombre en un 54,5%.

Dentro de ésta dinámica de la relación, se comienza a identificar entonces factores de riesgo proximales. Así mismo, se evidencian dos factores de riesgo tanto en hombres como en mujeres y es la normalización o tolerancia de la violencia y la creencia tradicionales sobre los roles de género. Estos son considerados con alto y medio nivel de predicción, respectivamente, según estudios meta analíticos para que aumente la frecuencia y la gravedad de la misma.



La tolerancia se identifica en el tiempo en que convivieron con el agresor, que como se menciono anteriormente la media se encuentra en 10,7 años y la frecuencia con la que se presenta la violencia, la cual es diaria en un 21,2%, con igual porcentaje se encuentra que la agresión fue más de una vez a la semana, y una vez a la semana con un 15,2%; estas suman 57,6%, que refiere que más de la mitad de las mujeres sufren, se puede decir que, cotidianamente el maltrato; y esto teniendo en cuenta que las mujeres en ésta fase de pretratamiento no tienen muy presente la violencia psicológica, pues es casi normalizada, sin embargo si lo manifiestan en sus relatos, para lo cual hay que realizar en todo el proceso una concientización para que tengan la habilidad de visibilizarlo en su cotidianidad. Esta duración y frecuencia, sin duda, está relacionada con la cronicidad de los problemas psicológicos que sufren estas mujeres, entre ellos el TEPT. Walker (2009) plantea que la severidad se estima en función de la frecuencia con la que se produce y el impacto subjetivo que supone para la víctima.

Unas de las razones de lo anterior, podría estar relacionada con los motivos que afirman las mujeres para continuar con la relación, en la cual priman los hijos en cuanto a su cuidado y manutención, así como, los sentimientos de amor hacia el agresor. Otras razones podrían estar relacionadas con que la interiorización y aprendizaje cultural y familiar sobre el rol de género, formas de afrontamiento, control de impulsos, entre otros, que se constituyen en actitudes y comportamientos que facilitan y/o toleran la violencia de pareja; en lo cual influye en gran medida la presencia intergeneracional de la violencia en la familia, coincidiendo con lo encontrado en los estudios de Rubiano y otros (2003), Sánchez y Ribero (2004) y Alonso y Labrador (2010) y concordando con las explicaciones de Heise (1999) en cuanto a la relación entre las condiciones de la victimización en la infancia y sus efectos en la reproducción de la agresión en la vida adulta u tolerancia de la misma; pues se encuentra que un alto porcentaje de las mujeres vivenció violencia intrafamiliar, y el 82% sufrió maltrato contra ella siendo menor de 12 años y 60,7% siendo mayor de 13 años y menor de 18; proporción que baja por que se decide salir del hogar familiar a una edad temprana, sin embargo, se mantiene en un alto porcentaje, ya que comienzan relaciones de pareja caracterizadas por el maltrato.

Ante este último punto, retomando los planteamientos de Heise (1999) en donde uno de los efectos de vivenciar violencia intrafamiliar es la configuración de rasgos de personalidad específicos que derivaron en trauma como los problemas de regulación

de las emociones, miedo a la soledad y dependencia de las relaciones, entre otros, en este sentido se puede decir que la persona queda en vulnerabilidad emocional y afectiva que lo deja propenso a aceptar una relación de pareja caracterizada por la violencia. Para identificar con mayor precisión este planteamiento, se tendrá en cuenta para el estudio mayor, realizar una correlación de estos dos aspectos para visibilizar con mayor fuerza el riesgo de la violencia intrafamiliar, no solo en el aprendizaje de roles como ya se ha mencionado, sino también, en que hay tal grado de vulnerabilidad afectivo – emocional y socio económica por falta de una red de apoyo, que conlleva a recaer en una relación en donde se perpetúa el ciclo de violencia.

El contexto social y procesos de socialización en donde priman modelos machistas, es un factor que facilita que se mantengan los roles tradicionales de género, por ejemplo, en este estudio se encontró que los hombres son los que trabajan y la mayoría de mujeres se ocupan de las labores domésticas o trabajos informales y temporales que no brindan estabilidad económica, en la misma dirección de lo evidenciado por Akar y otros (2010), Bargai y otros (2007) y Carreño (2010).

Otro factor que puede facilitar o predisponer a la violencia de pareja y estresores familiares, son los celos, el cual se constato en alto porcentaje su presencia, las mujeres manifiestan que sus parejas han hecho reclamos por celos con una frecuencia entre ocasionalmente y casi siempre de 72,8%. De la misma manera, el 69,7% de ellas han hecho reclamos, dando cuenta de la alta presencia de éste factor, una tendencia que se asimila a los resultados encontrados por Rubiano y otros (2003) en el estudio realizado en Bogotá.

El consumo de sustancias psicoactivas, es también considerado como uno de los factores de riesgo más frecuentes para la presencia de la violencia de pareja, pues ha sido evidenciado en altos porcentajes y en éste grupo es también evidente. Al preguntarle a las mujeres por el consumo de diferentes tipos de sustancias, durante su relación con la pareja se identifica que el 6,1 % ha consumido marihuana y el 45% alcohol; por parte de los agresores, según manifestado por las mujeres se identifican la utilización de otros tipos de sustancias como estimulantes (6,1%), alucinógenos (3%), marihuana (9,1%) y alcohol en un 51%. Así mismo, en los relatos de las mujeres sobre la violencia que se presenta de manera general, se identifica que se nombra con mayor frecuencia como factor de riesgo es el consumo de alcohol. Este factor también fue identificado por Rubiano y otros (2003), como primer nivel de desencadenantes del maltrato.

Tanto los celos como el consumo de sustancias psicoactivas van a influir en la percepción de satisfacción o insatisfacción de las mujeres hacia su relación de pareja, lo cual se considera como factor de riesgo para la predicción de aparición de la violencia de pareja, ya que genera reclamos deteriorando la relación, sobre todo, cuando no hay formas asertivas de solución de conflictos o cuando existe en los integrantes de la pareja pensamientos machistas en donde el hombre se puede comportar de una manera pero la mujer. Por ejemplo, la mujer se sienta insatisfecha por ver como su pareja, llega tarde al hogar, no comparte tiempo libre con la familia, pero si con otras personas si, gastando el dinero en esas actividades o presencia de infidelidad, ante estos comportamientos las mujeres hacen reclamos, que los hombres para acallar o manejar la situación a su favor, responden de manera más agresiva.

Otro de los factores que influye en la satisfacción es el manejo de la sexualidad, las mujeres manifiestan que el sexo con su pareja ha sido desagradable ocasionalmente (21,1%), frecuentemente (12,1%) y casi siempre (12,1%); conectando esto con que el hombre generalmente tiene la iniciativa como se menciono anteriormente, y que en los relatos las mujeres expresan que algunas veces las causas de la agresión es la negación a intimar o que acceden para no generar un conflicto, muestra una tendencia alta a que los hombres forzan de una manera física o psicológica a las mujeres para obtener relaciones intimas en momentos en que las mujeres no lo desean.

La conjunción de estos factores de riesgo mencionados tanto proximales como distales, son los que hacen que entre la pareja se acumule cargas y tensiones y conlleve en una alta probabilidad que se presente la violencia de pareja; es decir tiene una naturaleza multicausal. Así mismo, dependiendo de las reacciones, de los pensamientos, de las emociones, de cada uno de los integrantes de la pareja en el episodio explosivo e inmediatamente después va a viabilizar o no el ciclo de la violencia, lo cual depende tanto de la presencia de los factores mencionados, como de características de la personalidad y bienestar emocional y afectivo.

En cuanto al ciclo de la violencia, se identifica que en la primera etapa de acumulación de tensión, las diferencias y enfrentamientos avanzan con amenazas que son rechazadas por la víctima, lo que implica que el agresor se vuelva más violento y que en algún momento va a llegar un acontecimiento disruptor, en donde el agresor se descontrola e incurre en el maltrato físico. En las mujeres participantes, se identifica que generalmente es por: celos, reclamos, discusiones, ideas patriarcales o

machistas o percepción del hombre de insumisión de la mujer en general o en cuanto a relaciones íntimas.

Posteriormente viene la etapa de reconciliación, así mismo, dependiendo de las reacciones por parte de los dos, va influir en la continuidad o no del ciclo de la violencia. La mayoría de las mujeres, en los primeros incidentes no tuvieron reacción ante la agresión, en el momento las sorprendió y actuaron de manera sumisa para proteger su integridad y con el tiempo minimizaron el comportamiento del hombre, porque él se disculpaba o brindaba promesas de que no volvería a suceder.

Luego, se comienza a visibilizar una escalada en las reacciones y disminución del tiempo de reconciliación, confirmando lo planteado y evidenciado por Walker y otros (2009a) donde la acumulación de la tensión se vuelve más común y el comportamiento de arrepentimiento se reduce. En igual proporción se encuentra las mujeres que comienzan a reaccionar agresivamente de manera verbal y quienes continúan con reacción pasiva o evitación, posiblemente por lo que plantean Villavicencio y Sebastián (1999) en cuanto a que la exposición al maltrato durante la infancia o la adolescencia en la familia de origen se correlaciona de manera positiva con un tipo de afrontamiento evitativo; también se empieza a presentar las amenazas de abandono del hogar a las cuales los maltratadores reaccionaron en un 27,3% con suplicas y en un 30,3% con otros tipos de estrategias para pedir perdón con el fin de evitar la pérdida de su pareja, en un 15% no hubo reacción alguna. Cuando la amenaza de abandono paso a ser un hecho el maltratado tuvo la siguiente reacción llamo o escribió (21%), la buscó y le pidió volver (21%) y el 30% no tuvo ninguna reacción.

Lo anterior, muestra en lo que se refiere a la víctima, que soporta esta situación porque cree en el poder transformador del amor, no reconoce que se ha establecido la violencia como modelo de convivencia, lo cual se refuerza con los factores de riesgo en donde cree que no puede dejar al agresor (por los hijos, dependencia económica, etc.), y se siente aislada del resto de la familia. Un hecho a destacar es que la violencia genera violencia, en este sentido, una proporción considerable de mujeres comienzan a creer que la forma de solución es defendiéndose agresivamente, que en la mayoría de los casos conlleva a aumentar la gravedad de la violencia contra ella. En éste estudio se encontró en un 42% que la violencia aumentaba a través del tiempo.

En cuanto a las mujeres hubo dos de ellas en las que solo se había presentado un episodio de violencia y por tanto no aplica en el incidente general de violencia sino en

el primer incidente y último incidente, sin embargo es importante mencionar de estos dos casos que aunque su relación no se caracterizaba por la violencia, en ese primer incidente una de ellas sufrió los 3 tipos de violencia y la otra sufrió de violencia física y psicológica.

El resto de las mujeres (93,9%) señalan que en la violencia que se presenta de manera general, existe la concurrencia de al menos dos tipos de violencia, y se encuentra latente del tipo sexual, ya que sienten que es necesario tener relaciones sexuales para no desencadenar conflictos.

Con mayor frecuencia predomina la violencia psicológica, seguida de la física y con menor presencia y/o frecuencia la sexual, en la misma dirección con lo encontrado por autores como Alhabib, Nur y Jones (2010). Esto se evidencia en la entrevista y en la narración de los incidentes, pero es algo que las mujeres no lo tienen claro, ya que identifican con mayor facilidad la violencia física y es difícil para ellas identificar que en la convivencia diaria son víctimas de violencia psicológica, que en éste grupo se evidencia con alta frecuencia insultos o groserías (72,7%), que el hombre exprese desaprobación hacia ella (57,6%) o que la humille (75,8%); sin embargo, la denuncia aparece cuando hay alguna agresión física que sobrepase a lo “normal” o cuando aparece situaciones especiales como por ejemplo agresiones hacia otros. En el estudio se evidencio que el agresor pretendió hacer daño o matar a otro en un 39% así mismo, amenazó con matarla o a sus hijos en al menos una ocasión o más veces en un 39,4%. En éste sentido, la denuncia, es un posible indicador de la escalada y gravedad en la que se presenta la agresión.

Se debe tener en cuenta que la mayoría de las mujeres participantes que continúan en convivencia con el agresor, acuden a la justicia, no esperaban un castigo hacia su pareja, sino que ellos percibieran la situación y a ellas de otra manera y cesara la violencia. Por esta razón, una vez la fase explosiva de la violencia finaliza y llega el periodo de reconciliación, las mujeres vuelven al hogar y las pocas que finalmente han cursado una denuncia, la retiran – cuando se podía -. Sólo pocas realmente quieren seguir con su idea de separación e inician los trámites correspondientes. Las mujeres que ya se encuentran separadas pero que continúan vivenciando la violencia de su expareja se divide en casi la misma proporción en quienes buscan castigo –cárcel - y quienes solo esperan cambios en el agresor, pues argumentan que necesitan que ellos sigan aportando económicamente para la crianza de sus hijos.

En cuanto a la violencia física se presenta con mayor frecuencia los empujones (81,8%), zarandeos (69,7%), que la cojan de las extremidades (66,7%), abofeteo o golpes con la mano abierta (54,6%) o cerrada (66,6%), patadas (66,7%) y halado el cuerpo (57,6%). Los zarandeos y que le halen el cuerpo puede estar presente sin que haya un momento de explosión, las otras acciones se presentan en momentos críticos. Otros comportamientos por parte del hombre muestran la escalada y gravedad de la agresión, pues con tan solo una vez que la realice pone en riesgo la vida de la mujer, dentro de estos se presentan la estrangulación, la cual el 48,5% de las mujeres han sufrido por lo menos una vez, la asfixia en un 36,3% y que la hayan amenazado o usado un cuchillo en contra de ella en un 24,3%; mostrando lo anterior el alto grado de riesgo en el que se han encontrado las mujeres participantes.

La violencia sexual se presenta con menor frecuencia, sin embargo sus consecuencias a nivel físico y psicológico, dan cuenta de la gravedad de la violencia generada por la pareja. El 48% de las mujeres manifiestan que por lo menos alguna vez han tenido acercamientos sexuales que no deseaban o vivenciado gestos sexuales que no deseaban (45,5%), así mismo las han comparado con otras mujeres para desfavorecerle (24,2%). Es común que la mujer se sienta obligada a aceptar tener relaciones sexuales para no desencadenar otro episodio de violencia física. El 27,3% de las mujeres perciben que sus parejas han querido tener relaciones sexuales con alta frecuencia, así mismo manifiestan que se ha mostrado hostil hacia las mujeres en un 30%.

También se encuentran otras acciones que nos muestran la escalada y gravedad de la violencia sexual ejercida por los agresores, en donde el 33,4% mujeres han sido forzadas o coaccionadas a realizar el acto sexual al menos una vez, el agresor ha querido tener sexo después de maltratarla en un 39,5%, y ha hecho el acto sexual de modo violento que ha causado hematomas en un 18,2% de las mujeres. Tendencia que va en la misma dirección de lo propuesto por Browne y otros (1999), Farrington y Painter (1998) y Walker (2009).

Lo descrito, muestra una tendencia hacia tres características importantes de la violencia que han sufrido estas mujeres en el marco de su relación de pareja, la prolongada duración de la violencia, la alta frecuencia con la que han ocurrido los episodios violentos y la gravedad con los que se estaban presentando. Probablemente éstas características explicaría que estas mujeres denunciara la problemática; acercándose esto a los planteamientos de Alonso y Labrador (2010).

Por otro lado, se identifica en la historia que además de que el 82% de las mujeres fueron víctimas de violencia intrafamiliar, violencia de infancia, también más de la mitad de las mujeres (57,6%) fueron víctimas de tocamientos inapropiados. Lo mencionado muestra que han vivido buena parte de su vida en el marco de un ambiente de violencia, primero en la infancia y luego en su relación de pareja; sin contar si tuvo o no que enfrentar algún tipo de violencia directa a nivel social, como por ejemplo algún tipo de discriminación por etnia o género, ya que en Colombia se presenta aun en alto porcentaje y sería interesante identificarlo en el estudio mayor. En éste grupo de mujeres se evidenció que el 12,1% han sido víctimas directas del conflicto armado que vive Colombia.

Ésta historia de las mujeres es importante visibilizarla, ya que como lo plantea Herrera (2006); y Cannon y otros (2010) puede facilitar o poner en situación de vulnerabilidad a la persona, y por ende puede aumentar la probabilidad de desarrollar trauma complejo, Así mismo las mujeres participantes cumplen con condiciones planteadas por (Ford y Courtois, 2009), como que han sido expuestas a estresores agudos durante mucho tiempo y de manera repetida, implica lesiones y que los hechos ocurrieron en etapas de desarrollo muy importantes como la infancia y adolescencia, y continuada hasta la juventud y adultez. Autores plantean que los síntomas de la violencia de pareja se incrementan cuando existen antecedentes de otros eventos traumáticos en la vida de la víctima, según Graham-Bermann y Perkins (2010) las mujeres víctimas de violencia de pareja incrementa dos veces la sintomatología de evitación e hiperactivación cuando han estado expuestas a otros eventos traumáticos.

En general, se evidencia que la violencia a la que están expuestas las mujeres participantes cumple con las características de ser cíclica y en escalada (aumentando la gravedad) y crónica porque se prolonga en el tiempo, siendo frecuente que la mujer experimente múltiples formas de violencia, en la línea de lo encontrado por Alonso (2007), Walker y otros (2009a).

### **Consecuencias de la violencia de pareja**

En relación a las consecuencias de la violencia de pareja, se puede mencionar que la salud de las mujeres participantes se ve afectada tanto a nivel físico, psicológico como social.

Se evidencia consecuencias físicas y somáticas en las mujeres, el 69,7 % sufren de dolores de cabeza, 51,5% problemas de sueño, 48,5% manifiestan tener problemas con la alimentación, 39,4 % problemas gastrointestinales, 36,3% problemas con el ciclo menstrual y el 24,2% menciono otros problemas en los que se encuentra por ejemplo dolores de espalda. Algunas de estos problemas son similares a los encontrado por Kendall (2009), pues ella identifica fuertes dolores de espalda, migraña y problemas gastrointestinales, igual que Vives-Cases, Escriba-Aguir, Miralles, (2011). Concordando también con la OMS que evidencia a lo largo de varios estudios que la violencia contra la mujer es un factor importante para el deterioro de la salud.

Ésta sintomatología puede estar relacionada con estados de ansiedad o tristeza, en cuanto a ésta última, el 75,8% de las mujeres mencionan sentirse “deprimidas”. Aunque no se puede establecer una relación causal, la tendencia va en el mismo sentido de los estudios de Paco, García, Celda, Herbert y Martínez (2004); Leserman y Drossman (2007); Crofford (2007); y Black y Garbutt (2002) citados por Centro para el control y la prevención de enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC, 2008) quienes plantean una relación entre la violencia y enfermedades crónicas como respuesta biológica al estrés.

Como se ha mencionado en el marco teórico, diferentes investigaciones han evidenciado que la experiencia de violencia de pareja causa problemas en la salud mental de las víctimas, siendo sus principales consecuencias el TEPT, depresión, trastorno de ansiedad generalizada; la tendencia de este estudio va acorde con lo mencionado.

Se encontró que el 69,7% de las mujeres participantes con historia de violencia de pareja cumplen con la escala global de TEPT, es decir su puntaje es superior al punto de corte, en la misma dirección de la media ponderada de 63,8% encontrada por Golding (1999) en la prevalencia de TEPT en 11 estudios de violencia de pareja. En cuanto a las subescalas, la totalidad de las mujeres cumplen con al menos uno de los criterios: el 75,8% presentan sintomatología de reexperimentación, el 90,9% de evitación, el 81,8% de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, y el 75,8% de alteración de la alerta y reactividad. Evidenciando mayor sintomatología de evitación y alteraciones negativas cognitivas y el estado de ánimo. Es importante mencionar que todas las mujeres que asistieron al programa de tratamiento presentaban los cuatro criterios.



En relación con la mayor presencia de la sintomatología de evitación es similar a los estudios de Amor & otros (2001), Echeburúa & otros (1996) y Rincón (2003), y similares a los datos de Arinero (2006), sin embargo ellos encuentran que sobresale también sintomatología de reexperimentación y en este estudio encontramos una presencia mayor de las alteraciones negativas cognitivas y el estado de ánimo, en similar dirección a lo datos de los estudios de Alonso (2007), Echeburúa y otros, (1998) y Rincón y Labrador, Arinero y Crespo (2004), puesto que encuentran mayor presencia acerca de percepciones de futuro desolador.

En cuanto a la sintomatología concomitante de ansiedad y depresión, encontramos que el 45,5% de las mujeres con historia de violencia de pareja presentan sintomatología de ansiedad grave, el 12,1% presentan un nivel moderado y el 24,2% un nivel leve de ansiedad. El grupo se ubica con una media de 22,6 en un nivel moderado de ansiedad.

En relación con la sintomatología de depresión el 30,3% de las mujeres presentan nivel grave de depresión, el 18,2% presentan nivel moderado y el 15,2% en un nivel leve. La depresión en éste grupo de mujeres con historia de violencia de pareja se ubica con una media de 21,4 en un nivel moderado de depresión.

Aunque el grupo se encuentra en niveles moderados tanto de ansiedad como depresión, se identifica que un poco más de la mitad de las mujeres se encuentran en niveles mínimo y leve de sintomatología de depresión, al contrario de ansiedad, que mas de la mitad de las mujeres se ubican en nivel grave y moderado; los datos son similares a los estudios de Alonso (2007) y Arinero (2006).

Al estar en nivel moderado de ansiedad y depresión, se presentan en las mujeres problemas tanto del componente emocional como afectivo. Estos niveles no se encuentran en el subgrupo de las mujeres sin historia de violencia de pareja, en quienes se presenta una media de 8,6 en sintomatología en ansiedad que corresponde a nivel leve y una media de 5,9 correspondiente a nivel mínimo de sintomatología de depresión, estos datos señalan una tendencia que las mujeres víctimas de violencia de pareja tienen más altos niveles de ansiedad y depresión.

Además de estas consecuencias, otros aspectos que no fue evaluado, pero se evidenció en gran medida durante la fase de pretratamiento y en las mujeres que asistieron al programa de tratamiento fue la ira, esta es de suma importancia ya que puede llegar a constituirse en factor de riesgo para la respuesta violenta de la mujer hacia el hombre teniendo como consecuencia incremento de la violencia de pareja.

En cuanto al componente social de la salud, las mujeres se ven afectadas por el aislamiento y control personal que son formas de la violencia psicológica. La mujer pierde su espacio social y vínculos con redes de apoyo como la familia y los amigos para dedicarse a su pareja y, posteriormente, al cuidado de los hijos, no por una decisión propia sino forzada directa o indirecta, en esta última la mujer “decide” no continuar con sus vínculos para no generar conflictos dentro de la relación.

### **Eficacia del programa de tratamiento**

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficacia y mantenimiento de los efectos de un programa de intervención, el cual busca reducir la sintomatología del TEPT, y sintomatología concomitante como ansiedad y depresión, en víctimas de violencia de pareja

En este sentido el tratamiento toma como base los estudios basados en evidencia científica, que han demostrado que las técnicas cognitivo-conductuales y multicomponentes centradas en el trauma son el tratamiento mejor establecido para la reducción el mismo.

Los resultados señalan una tendencia a que el programa de intervención es eficaz en cuanto a la reducción del TEPT y sintomatología concomitante de ansiedad y depresión.

Una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología TEPT reflejado en la disminución de sus puntuación global de 44,9 que tenían antes del tratamiento a 21,4 después; así como con tres grupos de síntomas reexperimentación de 11,4 a 4,9, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo de 14,4 a 5,9 y alteración en la alerta y reactividad de 13,4 a 6,8. En cuanto a evitación aunque disminuye en casi dos unidades, la diferencia no es significativa estadísticamente. Estas reducciones se mantienen en el seguimiento a los tres meses e incluso continua disminuyendo (aunque su reducción no son significativamente diferentes), escala global reduce a 18,9; reexperimentacion a 3,8, evitación a 3,4, alteraciones negativas a 5; y alteraciones en la alerta a 6,6. Estos hallazgos en cuanto a reexperimentación y de hiperactivación son un poco mayores a los evidenciado por Alonso y Labrador (2010), Alonso (2007), Kubany y otros (2003), Kubany y otros (2004), Rincón (2003), Labrador y Rincón (2002), Labrador y otros (2004, 2006), aunque en los estudios de estos autores si hubo una reducción en evitación.

De esta forma se confirma la hipótesis central del estudio sobre la eficacia del tratamiento para reducir el TEPT en la escala global como en tres de su subescalas, así

como la hipótesis sobre el mantenimiento de los resultados en el seguimiento a los tres meses.

Así mismo, evidencia una reducción significativa en la sintomatología concomitante de ansiedad reflejada con disminución de la media, antes del tratamiento 25,6, la cual pasa después del tratamiento a 12,3, y se mantiene en el seguimiento a los tres meses en 12; en la sintomatología de depresión con una disminución de 19,1 a 6,1, sin embargo en el seguimiento a los tres meses la media sube un punto, aunque este no es considerado una diferencia significativa estadísticamente.

Confirmando de esta manera la hipótesis sobre la eficacia del tratamiento para reducir sintomatología concomitante como ansiedad y depresión. Así como la hipótesis sobre el mantenimiento de los resultados en el seguimiento a los tres meses.

Desde el punto de vista de la significancia clínica se tienen resultados igualmente alentadores. El principal objetivo de la intervención diseñada, como ya se ha mencionado es el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, el cual se encontraba presente en el 100% de las participantes al inicio de la intervención; a los tres meses de seguimiento (postest 2), el 75% de las mujeres que asistieron a todo el programa no presentan TEPT en escala global, aunque si se continúan manteniendo algunos síntomas pero con niveles más bajos en comparación al pretest. Los síntomas que se siguen presentando, en la mayoría son evitación (75% de las mujeres) y alteraciones en la alerta y reactividad (60% de las mujeres). Al tener menor nivel de intensidad se ve reflejado en un mejor funcionamiento en su cotidianidad. Hay diversos factores que pueden influir en este resultado: en caso de las mujeres que se encuentran separadas (2) o en proceso de separación (2), las mujeres igual tienen que asistir a las citaciones judiciales en donde se encuentran con el agresor, quien incumple con los mandatos de alejamiento; así mismo tiene que estar en constante contacto para la crianza de sus hijos y esto hace que se sigan presentando episodios de violencia. En cuanto las mujeres que continúan con sus parejas, y aunque hay una disminución de incidentes de violencia, los hombres aun no implementaban las técnicas aprendidas en terapia, haciendo que hubieran momentos críticos en donde la mujer volvía a tener miedo de la explosión de su pareja.

En conclusión, los cambios logrados con la terapia se consolidan a través de la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento de ellas y en el caso de las mujeres que continúan conviviendo, también depende de la aplicación de las mismas

por parte de él, y en el que se requiere como cualquier proceso de aprendizaje tiempo y práctica. Esto se confirmara con el estudio mayor al cruzar los resultados de cada uno de los integrantes de la pareja.

Del mismo modo en la sintomatología concomitante de ansiedad, el 75% de las mujeres que asistieron a la intervención se encontraba con nivel grave y moderado, y en el seguimiento a los tres meses se identifica que solo el 25% continua en nivel moderado, es decir que 75% de las mujeres se encuentran en leve y normal. En la sintomatología de depresión, en el pretest se identifica que el 50% de las mujeres presentaban nivel grave y moderado de depresión y que al seguimiento a los tres meses, el 100% de las mujeres se encuentran en nivel mínimo o leve, evidenciando una reducción de los niveles de depresión en todas las participantes. Aquí es importante mencionar que el postest aplicado inmediatamente al terminar el programa de tratamiento, se encontró que el 100% de las mujeres tenían nivel mínimo y que en el seguimiento una de las mujeres tiene nuevamente un aumento de su nivel de depresión, lo cual se ve reflejado también en la media. Posiblemente relacionado con el contexto, la mujer había regresado hace unos días a convivir con su pareja y se había presentado discusiones con violencia psicológica por parte de los dos, y se encontraban en la casa de la familia en donde también se presenta violencia intrafamiliar.

En este sentido vemos la importancia de los contextos en los que relacionan las mujeres son importantes para que continúe la disminución o por el contrario vuelvan a elevarse estos niveles de sintomatología. En este sentido se hace necesario fortalecer aún más la sensibilización de la mujer de identificar estos efectos de los contextos, y la autoestima en el programa de tratamiento.

Para analizar el presunto teórico en cuanto a que la violencia de pareja conlleva consecuencias psicológicas de tipo clínico se compararon las medias del pretest de los tres grupos y se constató con pruebas robustas de Welsh y Brown – Forshyte que existían diferencias significativas y con una prueba Post Hoc (HSD de Tukey) se determinó con un poder de significancia de 0,05 que existían diferencias entre los grupos de mujeres víctimas de violencia de pareja con las mujeres que no tenían historia de éste tipo de violencia, ya que ellas no tienen presencia de sintomatología TEPT en escala global, el nivel de ansiedad esta entre normal o leve y el nivel de depresión se encuentra en mínimo. Así mismo, se identificó que no había cambios significativos entre el grupo de mujeres con tratamiento y sin tratamiento, sin

embargo la media del grupo con tratamiento es un poco más alta, tanto en TEPT como en sintomatología concomitante.

Con el fin de establecer las tendencias de cambio a lo largo del tiempo en el grupo de mujeres con historial de maltrato que no recibieron tratamiento, se seleccionaron aleatoriamente varias de las participantes que hicieron parte de éste grupo. Se logró contar con 4 de ellas para la segunda aplicación de los instrumentos después de 6 meses que se hizo la primera valoración. Se encontró que existe una tendencia de acrecentarse tanto la media de escala global como las subescalas de reexperimentación, evitación y alteraciones negativas cognitivas y emocionales y una tendencia a disminuir la media de la alteración de la alerta en el momento de la segunda medición.

En cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión se percibe una disminución. Sin embargo, no se puede identificar aún si estas medidas son estadísticamente significativas pues esta muestra es mas pequeña que la muestra de mujeres con tratamiento. Por lo anterior, esta parte del proceso solo pretendió describir las tendencias encontradas en estos 4 casos que se han seguido.

En conclusión, se observa que las participantes de ambos grupos de mujeres con historia de violencia de pareja se les han diagnosticado TEPT, siendo éste ligeramente más pronunciado en el grupo de tratamiento que el grupo de no tratamiento. Después de la intervención se constata una disminución de la sintomatología, a diferencia del grupo de no tratamiento el cual se mantiene.

Estos datos muestran que los síntomas del TEPT perduran en el tiempo y no hay una probable recuperación espontánea del mismo, conllevando más bien que se convierta en crónico, concordando esto con lo planteado por Foa y otros (2007).

Lo observado en el TEPT no se cumple para el caso de la sintomatología concomitante, ansiedad y depresión, pues si cambian con el paso del tiempo a pesar que sean cambios pequeños en dirección a mejorar con el paso del tiempo. Sin embargo, si se evidencia una tendencia a que la mejoría es mucho mayor con la intervención.

En general, con estos elementos se comprueba que la primera hipótesis, relativa a la eficacia de la intervención se confirma teniendo en cuenta que las sintomatología de estrés postraumático, ansiedad y depresión tienen una disminución de su presencia y nivel de gravedad, los cuales se mantienen en el tiempo.

**Percepción del cambio y satisfacción con el tratamiento y servicio recibido**

Se le aplicó a las mujeres un instrumento con tres ítems para conocer el punto de vista de las mujeres que participaron en tratamiento, esto se les aplicó en dos momentos a la sexta sesión y al finalizar la décima. Los datos de la primera aplicación constan que las mujeres percibían que el programa las estaba ayudando, sentían utilidad en el mismo, sin embargo se evidencia un nivel medio bajo en la práctica de las técnicas en la cotidianidad. Esto ayudó también para realizar una reflexión en cuanto a éste último punto con el fin de motivarlas para que logaran mayor bienestar psicológico. En la segunda aplicación señala una tendencias de cambio, ya que muestra un aumento en las tres variables medidas por los ítems descritos, lo cual representa un aumento en la percepción de 1) ayuda del tratamiento a su vida (7,63 a 8,75); 2) utilidad percibida del tratamiento (8,63 a 9,63); y 3) puesta en práctica de las actividades programadas fuera del espacio de acompañamiento (6,63 a 7,75).

Respecto de la evaluación que las participantes hacen del tratamiento, afirman percibir mejoría en su diario vivir, así como útil lo revisado en las sesiones y a medida que transcurren el programa esta actitud se intensifica.

Al igual que el cambio percibido, se evaluó el nivel de satisfacción con diferentes componentes del servicio terapéutico ofrecido, esta se aplicó en el mismo momento en el que se aplicaron los instrumentos en el seguimiento a los tres meses. Las mujeres evaluaron entre bueno y excelente la calidad del servicio recibido, el 100% de las participantes reporta haber recibido la clase de servicio y ayuda que buscaba, con respecto a su problemática actual así como que satisfizo sus necesidades y al 87,5% le ha ayudado bastante el servicio a hacer frente más eficazmente a sus problemas

Así pues, las mujeres perciben calidad en el servicio, que llega casi a una puntuación máxima en la escala, al igual que el resto de las valoraciones, pues se puntúan siempre entre los dos niveles más altos de la escala. En general, las participantes quedaron satisfechas con el tratamiento, volverían a recurrir a él si lo necesitaran y se lo recomendarían a otras mujeres.

Ésta percepción de las mujeres es importante para el estudio, porque no solo se espera que en los instrumentos se evidencia la eficacia, sino también que ellas sientan un mejor funcionamiento y bienestar en su vida diaria.

### **Consideraciones y recomendaciones personales**

Se debe destacar que el programa de tratamiento diseñado y llevado a cabo es eficaz, para tratar el trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Se resalta la importancia de que sea una intervención breve, pues las mujeres víctimas de violencia de pareja requieren un programa terapéutico que les permita readaptarse rápidamente a sus vidas, lo cual se identificó en las participantes quienes demandaban mejorar su bienestar psicológico, pero el tiempo les resultaba un recurso escaso, por otras ocupaciones y resolver necesidades básicas. Se podría decir que un programa de tratamiento más largo no tendría la misma acogida o imposibilitaría a muchas más mujeres a acceder a los servicios especializados. Así mismo, la intervención breve genera menos gastos para las participantes.

Otra característica que también resulta beneficiosa es el formato de la terapia grupal, puesto que presenta numerosos elementos positivos en cuanto al desarrollo de las habilidades en grupo, facilita el establecimiento de redes de apoyo, combate el aislamiento y la resistencia a involucrarse en otras actividades sociales, normaliza el comportamiento de las mujeres, mejora la modulación emocional y afectiva con otras mujeres en similares condiciones que permite evaluar su proceso, refuerza avances y motiva al cambio (Cáceres, 2012). Este beneficio se identifica en la intervención, sin embargo es una dificultad para dar inicio pues hace más difícil la conformación de grupos, por las diferencias de horarios en los que les es posible a las mujeres.

El tratamiento, a pesar que se centró en el trauma generado por la violencia de pareja, sirvió para otros acontecimientos traumáticos. Es de reconocer que las mujeres no sólo han estado expuestas a ésta problemática, sino a otros tipos de violencia, de ahí la importancia de no sólo centrarse en el TEPT, sino también en la sintomatología concomitante. Sin embargo, esto no descarta a que la mujer requiera luego de terminar el programa un par de sesiones individuales para tratar con mayor especificidad ese otro evento traumático que dificulta, en algunos casos, a que la sintomatología continúe disminuyendo, esto es más evidente con mujeres que han vivido violencia sexual.

Otro aspecto favorable fue el orden y secuencia de los componentes y técnicas que permitió en las mujeres fueran adquiriendo habilidades que les ayudaba a afrontar retos terapéuticos como la exposición.

La preparación previa del equipo de trabajo permitió garantizar el control de algunas posibles fuentes de error, en la evaluación. En cuanto a los instrumentos

utilizados se constato la fiabilidad del PCL – 5, BAI y BDI II para medir la sintomatología TEPT, ansiedad y depresión. En cuanto a la entrevista, aunque las mujeres la perciben muy extensa es importante ya que nos da de forma completa la situación que esta vivenciando la mujer y antecedentes y otras variables que influyen en esa historia actual, lo cual es importante y necesario conocerlos para la intervención. Se sugiere incluir un ítem para identificar en antecedentes si han estado expuestas a otro tipo de violencia de género, en el contexto social, para identificar la presencia de ese factor distal.

Una de las grandes dificultades de éste tipo de estudios con muestras clínicas, es la imposibilidad de utilizar un grupo control, ya que tiene unas limitaciones éticas en privar a las mujeres con las necesidades mencionadas de una atención psicológica. Es así como al inicio del estudio no se contempló incluir un grupo control. No obstante, puesto que las mujeres que fueron citadas para iniciar la intervención (para lo cual se tuvo en cuenta los horarios que habían manifestado como convenientes para la asistencia), no asistieron argumentando diferentes dificultades; se consideró oportuno solicitar a estas participantes llevar a cabo llevar a cabo, transcurridos seis meses desde la primera, una segunda evaluación pretratamiento, con quienes se conformo el grupo de no tratamiento, que ha permitido identificar una tendencia frente a la ausencia de tratamiento.

Por otro lado, se sugiere medir los impactos de la situación legal que están viviendo las mujeres en su recuperación, pues se observa que eso dificulta y hace que las mujeres se sientan nuevamente tristes y alteradas ya que se deben encontrar con el maltratador con comportamientos agresivos. En las mujeres que continúan con su pareja se evidencio en casi la mitad de las mujeres sentimientos de culpa en cuanto a la situación jurídica que se estaba presentando, manifiestan sentirse mal por haber demandado a su pareja y que el hombre en la cotidianidad se lo recalca.

Algunas sugerencias para tener en cuenta en mejora y optimización de la calidad de la guía de tratamiento son: fortalecer aún más la habilidad de las mujeres de identificar sentimientos de culpa, pues aunque se trabajo durante las primeras sesiones, es importante diseñar una herramienta específica; y fortalecer ejercicio sobre imagen corporal, creo que es fundamental para prevención de recaídas.

Así mismo, es importante tener en cuenta que la mayoría de mujeres tienen un vínculo estrecho con el maltratador, característica que diferencia éste tipo de violencia con otros eventos potencialmente traumáticos. En este sentido, se identificó la



importancia que en el seguimiento no solo se aplique los instrumentos sino que haya un momento de reflexión con la mujer en sí han habido o no cambios en el funcionamiento de pareja y reforzar la idea de no tolerancia de la violencia. Es importante también esta información para que en el estudio mayor se haga un cruce en cuanto a la continuidad del contexto y la evolución de la sintomatología en el tiempo.

Lo evidenciado en estos aspectos mencionados es un gran aporte que contribuye a la línea de investigación sobre violencia de la facultad de psicología, para darle continuidad y mejorar algunos aspectos para hacer más eficaz el programa de tratamiento. Así mismo, comparar los resultados obtenidos de las mujeres con sus parejas e indagar cómo se correlacionan estos.

### **Limitaciones del estudio**

Una limitación es el hecho de no haber contado con una muestra más numerosa en cada uno de los grupos, lo que habría aumentado la potencia del estudio, es así como los datos no son generalizables, pero si brindan una tendencia para continuar con estudio mayor.

Aunque resulte paradójico, si se tiene en cuenta el gran número de mujeres que se ven afectadas por este problema en Colombia y especialmente en Bogotá, y las consecuencias que esta acarrea en cuanto a la presencia y gravedad de sintomatología que da cuenta de la necesidad de recibir atención especializada, el acceso a esta población no resulta fácil y eso que en éste estudio se trabajo articuladamente con el CAVIF que remitían a las mujeres, sin embargo ellas no se presentaban a las citas. Como se ha señalado, son muchas las obligaciones que recaen diariamente sobre estas mujeres, tales como encontrar trabajo, cuidar a los hijos, procesos judiciales, etc., por lo que en algunos casos, a pesar de ser conscientes de su deteriorada salud psicológica, el cumplir con todas estos aspectos es prioritario para estas víctimas y no el recibir la atención especializada que tanto necesitan.

Otro aspecto que influye es la escasa disponibilidad de tiempo para acudir a grupo, y más aún, la dificultad para poder coordinar el horario de todas las participantes, complica en exceso la formación de grupos de tratamiento y la adherencia al mismo. Aunque se realizaron horarios muy flexibles para captar la mayor participación posible, los fines de semana y horarios nocturnos, después de horario laboral, sin embargo, las mujeres no se presentaban bajo los argumentos del cuidado de sus hijos y pareja.

Por otra parte, otra limitación del estudio es que no se tuvo en cuenta el proceso de validación por jueces expertos del programa de tratamiento, perdiendo de esa manera una serie de ventajas entre las que destacan la posibilidad de obtener recomendaciones teóricas y metodológicas sobre el mismo y menor validez.

Para minimizar esta limitación y como alcance de éste estudio piloto se recaudo la mayor información sobre las potencialidades y debilidades del programa para sugerir los ajustes necesarios. Así mismo, se realizó un proceso de validación y aceptabilidad de los procedimientos con las participantes que adelantaron el programa, por medio de la aplicación de cuestionario para que evaluaran el cambio percibido y satisfacción del tratamiento y del servicio.

De esta manera, el equipo investigativo podrá realizar dichos ajustes, y se recomienda luego, realizar el proceso de validación del programa de tratamiento con jueces expertos antes de continuar su aplicación.

### Referencias

- Aguilera, A. (2001). Análisis de la ley 387/97: su impacto psicosocial en la población desplazada. *Reflexión Política* enero-junio. 3(5). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Recuperada en marzo 2007 disponible en <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path%5B%5D=844>
- Akar, T., Aksakal, F. N., Demirel, B., Durukan, E., & Özhan, S. (2010). The prevalence of domestic violence against women among a group woman: Ankara, Turkey. *Journal of Family Violence*. 25, 449-460. doi: 10.1007/s10896-010-9306-8
- Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *Journal Family and Violence*. 25(4), 369–382. doi:10.1007/s10896-009-9298-4. En: [http://empower-daphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Alhabib%20S\\_%20-%202010.pdf](http://empower-daphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Alhabib%20S_%20-%202010.pdf)
- Alberdi I y Matas, N. (2002) La violencia doméstica, informe sobre los malos tratos a mujeres en España. *Colección Estudios Sociales* nº 10. Fundación La Caixa.
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., y Orozco, L (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia

- política en Colombia. *Universitas Psychologica*. septiembre – diciembre 6(003), 623-635. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Alonso, E (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de Tratamiento*. (Memoria para optar al grado de doctor). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
- Alonso, E y Labrador, F (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: Un estudio piloto. *Interamericana de Psicología Organismo Internacional*. 44(3) 547- 559 En:  
<http://www.redalyc.org/pdf/284/28420658018.pdf>
- Alvarez, L. (2006). Lectura de las implicaciones psicosociales derivadas del desplazamiento en las familias pertenecientes a la organización ADESCOP en el marco del proceso de restitución del derecho a la vivienda. *Implicaciones psicosociales derivadas del desplazamiento: “Tanto va el agua al cántaro que al fin se revienta Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno*. Editorial Códice. Boletín 17. Bogotá, Colombia.
- Amor, P, Echeburúa, E, De Corral, P, Zubizarreta, I y Sarasua, B (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(2), 227 – 246.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 126(5), 651-680
- Arias, F.J y Ruiz, S. (2000). Construyendo caminos con familias y comunidades afectadas por la situación del desplazamiento en Colombia –una experiencia de trabajo psicosocial-. En M.N Bello, E. M Cardinal, F.JArias (Eds.). *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp. 41-62). Bogotá, Colombia. Unibiblos.
- Arias, I., & Pape, K. (1999). Psychological Abuse: Implications for Adjustment and Commitment to Leave Violent Partners. *Violence and Victims*, 14(1), 55-67. Recuperado en <http://0-proquest.umi.com.cisne.sim.ucm.es:80/pqdweb?index=4&did=1459293481&>

SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1301574836&clientId=23505&aid=1

Asensi Pérez, L.F. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21, 15-29.

Asociación Americana de Psicología [American Psychological Association] (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C. APA.

Asociación Americana de Psicología [American Psychological Association] (2002). *Violence and the Family: Report of the APA presidential task force on violence and the family – Executive summary*. En: <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>.

Asociación Americana de Psicología [American Psychological Association] (2014). Desk reference to the diagnostic criteria from DSM – 5 [Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 5th ed. Mental Disorders Diagnosis. Mental Disorders Classification.

Asociación Americana de Psiquiatría [American Psychiatric Association] (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia (2005). *Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situaciones de mujeres desplazadas*. En: <http://www.profamilia.org.co/encuestas>

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; y Ministerio de Protección Social (2010). *Encuesta Nacional de demografía y Salud – ENDS 2010*.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia (2011). *Encuesta sobre zonas marginadas salud sexual y salud reproductiva. Desplazamiento forzado y pobreza 2000 – 2011*. En: [http://www.Profamilia.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011\\_completo.pdf](http://www.Profamilia.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011_completo.pdf)

Astin, M.C. y Resick, P.A. (1997): Tratamiento cognitivo- conductual del trastorno de estrés postraumático. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1*, pp.171-209. Madrid: siglo XXI. En:

[http://www.clinicadeansiedad.com/02/82/Tratamiento del Estrés Postratumático.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/82/Tratamiento_del_Estrés_Postratumático.htm)

- Baca, E. Echeburúa, E. y Tamarit, J.M. (2006). *Manual de Victimología*. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia.
- Báguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 13(3), 479-492
- Barón, J.D. (2010). La violencia de pareja en Colombia y sus regiones. *Documento de trabajo sobre economía regional*. Núm 28
- Beristain, C.M. (2004). Contenidos y dilemas de la ayuda humanitaria una perspectiva psicosocial crítica. En Ponencias del seminario nacional celebrado en Bogotá los días 27 y 28 de noviembre de 2003. *Memoria: Enfoque y Metodologías de Atención Psicosocial en el Contexto del Conflicto Sociopolítico Colombiano*. Bogotá, Terre des hommes-Italia : Unión Europea.
- Beck, Rusch, Shaw y Emery (1979). Beck Depression Inventory. En Traducción y adaptación española de Vázquez y Sanz (1997, 1999) *Inventario para la Depresión de Beck, BDI*.
- Beck, A.T y Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5 - 37.
- Beck, A.T y Clark, D.A (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T; Emery, G; y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books, New York.
- Bello, M.N (2000). Narrativas alternativas: Ruta para reconstruir la identidad. En M.N Bello, E. M Cardinal, F.JArias (Eds.). *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp111-126). Bogotá, Colombia. Unibiblos.
- Bargai, N; Ben-Shakhar, G y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*. 22(5), 267-275. doi:10.1007/s10896-007-9078-y  
Obtenido en: <http://0-www.springerlink.com/cisne.sim.ucm.es/content/c701v11523313865/fulltext.pdf>

- Botero, C (2005). Efectividad de una intervención cognitiva-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*. 4(2), 205-219 julio-septiembre. Bogotá, Colombia.
- Brewin, C., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Briere, J (2004). Psychological assessment of adult posttraumatic states. *Phenomenology, Diagnosis, and Measurement* (2nd ed.). Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang. S.T., y Nixon, R.D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-12.
- Cáceres, E (2012). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. (Tesis de doctorado) Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
- Camilo, A. G. (2002). Impacto psicológico del desplazamiento forzoso: estrategia de intervención. En M.N Bello, E. M Cardinal, F.JArias (Eds.). *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento* (pp27-40). Bogotá, Colombia. Unibiblos.
- Campbell, J., Sullivan, C. y Davidson, W. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255
- Campbell, Jacquelyn y Karen Soeken (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*. 5(9).
- Campbell, J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Violence Against Women II*. The Lancet. Vol. 35, Abril. p. 1331 En: ProQuest Health and Medical Complete.
- Campbell, J., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., et. al (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public health*. 93(7). En: <http://www.ajph.org/cgi/content/full/93/7/1089>

- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2010). Adult health and relationship outcomes among women with abuse experiences during childhood. *Violence and Victims*. 25(3), 291-305. doi: 10.1891/0886-6708.25.3.291 Obtenido en <http://0-proquest.umi.com/cisne.sim.ucm.es/pqdweb?index=2&did=2033974351&SrcHMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1302440799&clientId=23505&aid=1>
- Carreño, P. A. (2010). Violencia Intrafamiliar, Colombia, 2009. Niños, niñas, adolescentes y mujeres, las víctimas de la violencia intrafamiliar. *Forensis*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. Colombia.
- Center of disease control and prevention - CDC (2008). Adverse health conditions and health risk behaviours associated with intimate partner violence – United State, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR*. 57(5). 113 -117.
- Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad (CEACSC) (2013). *Informe intrafamiliar y delitos sexuales Bogotá D.C enero – septiembre 2013*. Disponible en: [http://www.ceacsc.gov.co/images/stories/inf\\_estatica/VIF\\_Sept2013.pdf](http://www.ceacsc.gov.co/images/stories/inf_estatica/VIF_Sept2013.pdf)
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2003). *Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación*. Informe redactado por Sanmartín, J. y otros, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Clark, D.A y Beck, A.T (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En: P.C Kendall y D. Watson (Eds), *Anxiety and depression: distinctive and overlap features* (pp. 379 - 411). San Diego, CA: Academic Press.
- Consejería Presidencial para la Política Social, Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar, Haz Paz (2000). *Módulo 1: compendio normativo y direccionario, versión interdisciplinaria*. Santa fe de Bogotá.
- Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 42. (1991).
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2000) *Esta guerra no es nuestra, niños y desplazamiento forzado en Colombia*. recuperado en abril 2007 disponible en [www.codhes.org](http://www.codhes.org)

- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2005). *El desplazamiento forzado interno en Colombia*. Recuperado en mayo 2007 disponible en [www.vivalaciudadania/herramientas/Herrera110.pdf](http://www.vivalaciudadania/herramientas/Herrera110.pdf)
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2006). *Boletín No.69. Bogotá, Colombia*. Recuperado en abril 2007 disponible en [www.codhes.org/publicaciones](http://www.codhes.org/publicaciones)
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2007). *2007 año de los derechos de las personas desplazadas*. Recuperado en abril 2007 disponible en [www.codhes.org](http://www.codhes.org)
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2007). *Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. (72)*. Bogotá, Colombia
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (2009). *Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. (75)*. Abril. Bogotá, Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia (2004, enero). *Sentencia T-025*. M.P.: Cepeda Espinosa, M.J. Bogotá.
- Corte Constitucional de Colombia (2008). *Auto 092, Auto 052, Auto 116*. M.P.: Cepeda Espinosa, M.J., Bogotá.
- Danielson, K., Moffit, T., Caspi, A. y Silva, P (1998) Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 155 131–133.
- De Ayala, R. J., Vonderharr-Carlson, D. J. y Kim, D. (2005). Assessing the reliability of the Beck Anxiety Inventory scores. *Educational and Psychological Measurement*. 65(5), 742-756
- Defensoría del Pueblo (1995). *Mecanismos de protección de la mujer víctima de la violencia intrafamiliar y sexual*. Santa Fé de Bogotá.
- Díaz - Aguado, M. J; Martínez, R.; Instituto de la mujer (2002). *Estudio sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid. Presidencia de la Unión Europea. Disponible también a través de internet: [www.mtas.es/mujer/datpresi.htm](http://www.mtas.es/mujer/datpresi.htm)



- Dutton D. G., & Golant, S. K. (1997). *El golpeador: Un perfil psicológico* [The Batterer: A Psychological Profile]. NY, US: BasicBooks. Paidós Editorial (trad).
- Echandia, C. (1999). Expansión territorial de la guerrilla colombiana: Geografía, economía y violencia. *Seguridad y Justicia en Colombia*. Malcolm Deas y María Victoria Llorente, Compiladores. Programa de Estudios sobre Violencia, Seguridad y Justicia de la Universidad de los Andes. Editorial Norma. ISBN-:958-04-50611[http://ediciones.uniandes.edu.co/index.php?Itemid=83&option=com\\_zoo&view=item&category\\_id=0&item\\_id=2716](http://ediciones.uniandes.edu.co/index.php?Itemid=83&option=com_zoo&view=item&category_id=0&item_id=2716)
- Echeburúa, E; De Corral, P; Sarasúa, B; Zubizarreta, I (1996). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En Echeburúa (Dir.) *Personalidades Violentas* (111-128). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento Cognitivo-Conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*. 22(85) 627-654. Obtenido en [http://www.ehu.es/Echeburúa/pdfs/6-ttoptsd\\_en\\_maltrato\\_domestico.pdf](http://www.ehu.es/Echeburúa/pdfs/6-ttoptsd_en_maltrato_domestico.pdf)
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1998). Introducción. *Manual de Violencia Familiar* (pp. 1-8). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E.; De De , P. y Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación del Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa y De Corral (1988). *Escala de Cambio Percibido*.
- Echeburua, E, Fernandez, J y De la Cuesta, J. (2001) Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicología Clínica, Legal y Forense*. 1(2), 19-31.
- Echeburúa, E, Amor, P y De Corral, P y (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. *Acción psicológica*. 2, 135-150. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E, Amor, P y De Corral, P y (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, legal y forense*. 4, 227-244

- Ehrensaft, M. K. (2009). Family and Relationship Predictors of Psychological and Physical Aggression. En Daniel, O, & Erica, M. W. (Eds). *Psychological and physical aggression in couples: Causes and interventions* (pp. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellsberg M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. y Kullgren G (1999) Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 54, 30–36.
- Esquerdo, J y Mesas, F (2000). Trastorno por estrés postraumático en el traumatismo craneoencefálico: presentación de un caso clínico. *Psicobiología, Neuropsicología y Desórdenes Emocionales*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. Conferencia 58-CI-D: [18 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_d.htm)
- Feeny, N., Lory, Z., & Foa, E. B . (2010). *Addressing Clinical Complexities in Prolonged Exposure*. Pre-Meeting. ISTSS 26th Annual Meeting. Montreal: Canadá. International Society for Traumatic Stress Studies.
- Fernandez, P., Robados, S. y De la Rosa, A. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en población infantil escolarizada de tres municipios de Cundinamarca a eventos estresantes de tipo bélico*. Universidad del Rosario.
- Foa, E., Hembre, E., Rothbaum, BO. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University press, Inc.
- Ford, J., & Courtois, C. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. En C. Courtois & J. Ford (Eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-based guide* (pp. 13-30). NY, US: The Guilford Press.
- Forero, E. (2003). *El desplazamiento interno forzado en Colombia*. Ponencia en Washington, D.C. Recuperado en mayo 2007 disponible en [www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar\\_forero.pdf](http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf)
- Gerencia de Sistemas de Información de Población Desplazada (2007). Acción Social. *Cifras del Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD)*. Recuperado en: [www.accionsocial.gov.co](http://www.accionsocial.gov.co).

- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*. 400-420
- González, R., y Santana, J. D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes: Análisis y prevención*. Madrid: España. Editorial Pirámide.
- Graham-Bermann, S. A., & Perkins, S. (2010). Effects of Early Exposure and Lifetime Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) on Child Adjustment. *Violence and Victims*. 25(4), 427-439. doi: 10.1891/0886-6708.25.4.427  
obtenido en <http://0-proquest.umi.com/cisne.sim.ucm.es:80/pqdweb?index=4&did=2089510591&SrchMode=3&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1302505471&clientId=23505&aid=1>
- Griffin, M; Resick, P y Yehuda, R (2005). Enhanced Cortisol Suppression Following Dexamethasone Administration in Domestic violence survivors. *The American Journal of Psychiatry*. En: ProQuest Health and Medical Complete p.1192
- Guevara, R. (2002). Desplazamiento y derechos humanos. *Reflexión política*. Junio. 4(7). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Recuperado en marzo disponible en <http://www.disaster-info.net/desplazados/>
- Harding, H. G., & Helweg-Larsen, M. (2009). Perceived risk for future intimate partner violence among women in a domestic violence shelter. *Journal of Family Violence*. 24(2), 75-85. doi:10.1007/s10896-008-9211-6 Obtenido en <http://0-www.springerlink.com/cisne.sim.ucm.es/content/pvk57t786017h737/fulltext.pdf>
- Harlé, K. M., Allen, J. J., & Sanfey, A. G. (2010). The impact of depression on social economic decision making. *Journal of Abnormal Psychology*. 119(2), 440-446. doi: 10.1037/a0018612 Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/abn/119/2/440.pdf>
- Heise, L., K. Moore y N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. Nueva York, The Population Council.
- Heise, L. (1999). Violencia contra las mujeres un marco ecológico integrado. En: Backuss, A. y Meyer, R.(Eds) *Políticas Públicas y Género: Estrategias de Cambio*. p. 24 – 96.

- Heise, L y Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En: Krug, E; Dahlberg, L y Mercy, J Zwi, A. y Lozano, R. (Eds). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Organización Panamericana de Salud En: [http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd\\_violenca/documentos/informemundial\\_completo.pdf](http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violenca/documentos/informemundial_completo.pdf).
- Hoyos, L. (2003). Retos de la política de atención integral a la población desplazada en 2002-2006. *Memoria: Enfoque y metodologías de atención psicosocial en el contexto del conflicto sociopolítico colombiano*. En Ponencias del seminario nacional celebrado en Bogotá los días 27 y 28 de noviembre de 2003. Bogotá, Terre des hommes-Italia: Unión Europea.
- Huang, H. Y., Yang, W., & Omaye, S. T. (2011). Intimate partner violence, depression and overweigh/obesity. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 108-114. doi: 10.1016/j.avb.2010.12.005 [http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science?\\_ob=...SkWb&md5=14ae268eecd79fe85614ddc3de34e765&ie=/sdarticle.pdf](http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science?_ob=...SkWb&md5=14ae268eecd79fe85614ddc3de34e765&ie=/sdarticle.pdf)
- Ibaceta, F. (2011) ¿Violencia en la pareja: es posible la terapia conjunta? *Terapia psicológica*. 29(1), 117-125. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. En:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100012&script=sci_arttext)
- Ibañez, A. & Vélez, C. (2003). *Instrumentos de atención de la población desplazada en Colombia: Una distribución desigual de las responsabilidades municipales*. Documento del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico – CEDE Universidad de los Andes. Edición electrónica ISSN 1657-7191. Recuperado abril, 2007 disponible en <http://www.disaster-info.net/desplazados/>
- Instituto de Estudios Regionales Universidad de Antioquia (2001). *El proceso de desplazamiento forzado: estrategias familiares de sobrevivencia en el oriente antioqueño*. (Proyecto de investigación). Universidad de Antioquia. En: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/iner/default.htmv>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (2009). *Boletines estadísticos mensuales 2009*. [www.medicinalegal.gov.co](http://www.medicinalegal.gov.co)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) Grupo de Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (2013). *Comportamientos de las lesiones por violencia intrafamiliar, Colombia*. Disponible en:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+7>

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) Grupo de Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (2014). *Forensis: Datos para la vida 2013*. Primera Edición. ISBN 2145-0250
- Hegadoren, K; Lasiuk, G; y Coupland, N (2006). Posttraumatic stress disorder part III: health effects of interpersonal violence among women. *Perspectives in Psychiatric Care*. En: ProQuest Health and Medical Complete.
- Jimenez, J. (2002). *Situación y perspectivas de la familia y la vida en América Latina: Panorama de la situación Latinoamericana*. Sto. Domingo.
- Johnson, M. (2008). *A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. Bostón: Northeastern University press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 617–627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617 Obtenido en <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/62/6/617>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. 137(1), 68–96. doi: 10.1037/a0021466 Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/bul/137/1/68.pdf>
- Klevens, J., Bayón, M.C. y Sierra, M. (2000) Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse and Neglect*. 24(3): 323-332.
- Kubany, E. S; Haynes, S.N; Abueg, F.R; Manke, F.P; Brennan, J.M y Stahura, C: (1996). Development and validation of the trauma – related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428-444 doi:10.1037/1040-3590.8.4.428
- Kubany, E. S; Leisen, M.B; Kaplan, A; y Martin, K (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The distressing event questionnaire-DEQ. *Psychological assessment*. 12(2), 197-209. Doi: 10.1037/1040-3590-12-2-197

- Kubany, E. S; Hill, E. E; y Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for women with ptsd: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*. 16(1), 81-91. doi: 10.1023/A:1022019629803
- Kubany, E. S; Hill, E.E; Owens, J.A; Lance-Spencer, C; McCaig, M. A y Tremayne, K.J. (2004). Cognitive trauma therapy for women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.3. Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/72/1/3.pdf>
- Kubany, E. S., y Ralston, T. C. (2008). *Treating PTSD in Battered Women: A cognitive trauma therapy protocol*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc
- Labrador, F. y Rincón, P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*. 28, 905-932.
- Labrador, F., Rincón, P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- Labrador, F.J., Fernández, R. y Rincón, P. (2006) Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6(3), 527-547.
- Lanzos, L (2001). *Descripción y contextualización del problema de la violencia doméstica*. Estudio llevado a cabo en Centro Reina Sofía.
- Latorre, J; Moles, B; Pereyra, L; Quintanilla, M; Vázquez, D; y Mont, A (2007). Tratamientos psicológicos del trastorno por estrés postraumático. Octavo Congreso Virtual de Psiquiatría. En: <http://hdl.handle.net/10401/4324>
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Levendosky, A. y Graham-Bermann, S. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*. 16, 171-192.
- Levine, S. (2007). The Use of Structural Equation Modeling in Stuttering Research: Concepts and Directions. *Stammering Research Journal*. 1(4), 344-363
- Ley 294 (1996). *Ley de violencia intrafamiliar Colombia*. Congreso de Colombia.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.

- Madariaga, C. & Palacio, J. (2005). Redes sociales personales y calidad de vida en personas desplazadas por violencia política el caso de barranquilla Colombia. *REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. 9(3). Recuperado en abril 2007 disponible en <http://revista-redes.rediris.es>
- Margolin, G. (1987). The Multiple Forms of Aggressiveness Between Marital Partners: How do we Identify them?. *Journal of Marital and Family Therapy*. 13, 77–84.
- Margolin, G.; Burman, B. (1993). Wise Abuse vs. Marital Violence: Different Terminologies, Explanation, and Solutions. *Clinical Psychology Review*. 13, 59–73.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., & Miles, J. N. (2010). All PTSD Symptoms Are Highly Associated With General Distress: Ramifications for the Dysphoria Symptom Cluster. *Journal of Abnormal Psychology*. 119(1), 126–135. doi: 10.1037/a0018477 Obtenido en [http://0-ft.csa.com.cisne.sim.ucm.es/ids70/resolver.php?sessid=opptde32a7h2k151584s3b3406&server=csaweb108v.csa.com&check=a193e2ecfe92a3f79444f65144c543c2&db=psycarticles-set-c&key=ABN%2F119%2Fabn\\_119\\_1\\_126&mode=pdf](http://0-ft.csa.com.cisne.sim.ucm.es/ids70/resolver.php?sessid=opptde32a7h2k151584s3b3406&server=csaweb108v.csa.com&check=a193e2ecfe92a3f79444f65144c543c2&db=psycarticles-set-c&key=ABN%2F119%2Fabn_119_1_126&mode=pdf)
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*. 4(2), 174-189.
- Medellín, F. (2001). *La única solución es la paz*. En BBC MUNDO.com Especiales, Viernes 15 de junio.
- Médicos sin Fronteras [Medicins Sans Frontieres] (2006) *Vivir con miedo: El ciclo de la violencia en Colombia*. MSF-Holanda Recuperado en Junio de 2007 disponible en <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/pah2/sesion030/>
- Medios para la Paz (2006) *Herramientas profesionales de periodistas para periodistas, por el cubrimiento responsable de conflicto armado y los esfuerzos de paz en Colombia*. En: <http://mediosparalapaz.org/indexphp>
- Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno (2006). *Implicaciones psicosociales del desplazamiento forzado*. Boletín No. 17. Editorial Códice Ltda. Bogotá.
- Mesa de Trabajo mujer y conflicto armado (2006). *VI informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia 2002-2006*.

Informe de seguimiento a las recomendaciones emitidas por la relatora especial de las naciones unidas sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en su misión a Colombia.

Ministerio de Salud (1999). *Norma para el diagnóstico y atención integral de la mujer maltratada*. Documento preparado por: Esmeralda Vargas. Dirección general de promoción y prevención; programa de comportamiento humano. Santa Fé de Bogotá.

Ministerio del Interior y de Justicia. *Decreto No. 250 de febrero de 2005*.

Muñoz- Rivas, M.J, Grana, J.L y Gonzalez, M.P (2011). Abuso psicológico en parejas jóvenes. *Psicología conductual*. 19, 117-131.

Muller, L. y Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*. 29(6), 507 - 518

Najavits, L. M., Ryngala, D., Back, S., Bolton., E., Mueser. K., Brandy, K. (2009). Treatment of PTSD and Comorbid Disorders. En Edna, F., Terence, K., Matthew, F., & Cohen, J. (Eds). *Effective Treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (2th Ed). (pp. 508-535). New York, NY: The Guilford Press.

Naranjo, M. (2001). El desplazamiento forzado en Colombia: Reinvidicación de la identidad e implicaciones en las culturas locales y nacionales. *Scripta Nova Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. (94). Universidad de Barcelona ISSN 1138-9788. Recuperada el 10 de abril 2007 disponible en [www.ub.es/geocrit/nova.htm](http://www.ub.es/geocrit/nova.htm)

O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (2005). *WMulti-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Summary Report*. Ginebra Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/en/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/)

Organización Mundial de la Salud - OMS (2013). *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva (239) Octubre de 2013. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>



- Organización de Naciones Unidas - ONU (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing*. Del 4 al 15 de septiembre de 1995. Reimpreso por ONU Mujeres en 2014. Edición electrónica ISSN 978-1-936291-94-6 Recuperado en: [http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_s\\_final\\_web.pdf](http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf)
- Organización de Naciones Unidas - ONU (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (a/res/48/104)*. Ginebra: Naciones Unidas. Obtenido en [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp)
- Palacio J, Mandariaga C, Sabatier C. (2001). Estrés post-traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica* 6(3) Bogotá Sept./Dec. 2007. Recuperado en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000300014&script=sci_arttext)
- Pérez, L. (2001). *Una mirada a los determinantes del desplazamiento forzado en Colombia*. Recuperado en Abril, 2007 disponible en <http://www.disaster-info.net/desplazados/>
- Phillips, K; Rosen, G; Zoellner, L y Feeny, N (2006). A Cross-Cultural Assessment of Posttrauma Reactions Among Malaysian and US Women Reporting Partner Abuse. *Journal of Family Violence*. 21, 259-262. New York. En: ProQuest Health and Medical Complete.
- Posada, J (2009). Salud mental: problema y reto de la salud pública. *Cuadernos del Doctorado* 9. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Interfacultades. Facultad de ciencias, facultad de ciencias humanas, Facultad de enfermería, facultad de medicina y Facultad de odontología. Recuperado en: <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/cuadernos/Cuaderno9Presentacion.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2007). El desplazamiento todavía una crítica realidad. *Hechos del Callejón*. Año 3, (23).

Edición electrónica ISSN 1794-9408. Recuperado en mayo,2007 disponible en [http://indh.pnud.org.co/boletin\\_hechos/index.plx](http://indh.pnud.org.co/boletin_hechos/index.plx)

Pueyo, P (2005). *La actitud del personal sanitario ante el maltrato contra las mujeres: Primeras Jornadas sobre violencia-intrafamiliar*. En:[http://www.unizar.es/sociologia\\_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf](http://www.unizar.es/sociologia_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf)

Ramírez, I (2006). Observando a través de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35(4). Octubre – diciembre. Asociación Colombiana de psiquiatría. Bogotá, Colombia. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80635406.pdf>

*Resolución 412 de 2000*. Colombia.

Riggs, D, Caufield, M, Street, A (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*. 56(10), 1289-1316. DOI: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z

Rincón, P. (2001). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de programas de intervención. *Proyecto DEA*. Universidad Complutense de Madrid.

Rincón, P (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. *Memoria presentada para optar al grado de doctora*. Universidad Complutense de Madrid.

Rincón, P; Labrador, F, Arinero, M, y Crespo, M (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en psicología Latinoamericana*. 22. En: [http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol22/07\\_EfectosPsico\\_aplVol22.pdf](http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol22/07_EfectosPsico_aplVol22.pdf)

Roberts G, Williams, G., Lawrence, J,y Raphael, B. (1998). How does domestic violence affect women's mental health?. *Women's Health*. 28, 117–129.

Rodríguez, M (2006). Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica*. 5(2) mayo – agosto p.259-274.

Rodríguez, M, Díaz, P, Niño, S, Samudio, M & Silva, M (2005). El desplazamiento como generador de crisis: un estudio en adultos y adolescentes. *Terapia Psicológica*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 23(2) Diciembre, Santiago, Chile. En: <http://redalyc.uaemex.mx>.

- Rubiano, N; Hernández, A; Molina, C y Gutiérrez, M. (2003). *Conflicto y Violencia Intrafamiliar*. Universidad Externado de Colombia- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Rozo, J. (2000). Efectos del desplazamiento y metodologías de intervención. En M.N Bello, E. M Cardinal, F.J Arias (Eds.). *Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento* (pp83-98). Bogotá, Colombia. Unibiblos.
- Sánchez, F y Rivero, R (2004). *Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia*. Universidad de los Andes. Documento CEDE En: [economia.uniandes.edu.co/es/content/download/1938/11169/file/D2004-44.pdf](http://economia.uniandes.edu.co/es/content/download/1938/11169/file/D2004-44.pdf)
- Sanz, J. (s.f) *Ficha técnica Diplomado Atención psicológica a víctimas de atentados terroristas Facultad de Psicología*. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 9, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*. 29, 239, 288.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., y Fortún, M. (2005). Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 1-2 de julio de 2005.
- Sarasua, B, Zubizarreta, I, Echeburúa, E y De Corral (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema* 2007. Vol 19 No. 3, p/. 459-466. En: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Stephoe, A; Hamer, M y Chida, Y (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in human: A review and meta-analysis. *Brain, Behaviour and Immunity. Science Direct*. En: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Stewart, L., SEBASTIANI, A., DELGADO, G. y LOPEZ (1996). Consequences of sexual abuse among adolescents. *Reproductive Health Matters*. No 7.
- Talego, F., Florido, D., Sabuco, A. (2012). Reconsiderando la violencia machista. Patriarcado, relaciones de pareja y sadismo. *Revista Andaluza de Antropología*. (3) Migraciones en la globalización. Septiembre de 2012.

- Tolin, D. F. y Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma. Theory, Research, Practice, and Policy*. *S*(1), 37-85. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.37. Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/tra/S/1/37.pdf>
- Tovar, C. (2006). Desplazamiento forzado y acompañamiento psicosocial: a propósito de la emergencia de nuevos actores políticos. *Universitas Psychologica*. Pontificia Universidad Javeriana. 147-162 Recuperado abril,2007 disponible en <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*. *7*(3), 431-458.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B. y Martínez, F (2001). Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva bio-psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*. *33*(2), 117 – 130.
- Vives-Cases, C., Escriba-Aguir, V., Miralles, J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*. *33* (1), 15-21.
- Walsh, K., Fortier, M. A., y DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*. *15*(1), 1-13. doi: 10.1016/j.avb.2009.06.009. Obtenido en [http://0-www.sciencedirect.com/cisne.sim.ucm.es/science?\\_ob=...SkzV&md5=c3eaf2e69352f6e3e407cb85c80b2d5c&ie=/sdarticle.pdf](http://0-www.sciencedirect.com/cisne.sim.ucm.es/science?_ob=...SkzV&md5=c3eaf2e69352f6e3e407cb85c80b2d5c&ie=/sdarticle.pdf)
- Walker, L. (1979). *Battered women*. 20. New York: Harper y Row Publishers.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, *54* (1), 21-29.
- Walker, L. E., Antonopoulus, C., Atiya., Duros, Duros, Antonopoulus, C.. (2009a) Cross-cultural and Cross-National issues in Domestic Violence. En Leonore, W. *The Battered Women Syndrome*. (3rd. Ed) (pp. 275-310) New York, NY. US: Springer publishing Company.
- Walker, L. E., Carrio, C., Gill, K., Stedding, G,...Tang, J. (2009b). Survivor Therapy Empowerment Program (STEP). En Leonore, W. *The Battered Women Syndrome*. (3rd. Ed) (pp. 389-437) New York, NY. US: Springer publishing Company.

- Weathers, F., y Keane, T. (2007). The Criterion A problem revisited. *Journal of Traumatic Stress*. 20(2), 197-121. doi:10.1002/jts.20201
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behaviour techniques with battered women. *Journal of Family Violence*. 7(3), 205-217.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, Guilford Press
- Woods, A; Page, G; O'Campo, P; Pugh, L; Ford, D; y Campbell, J (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN- $\Gamma$  levels. *American Journal of Community Psychology*. 36(1/2). September. En: ProQuest Health and Medical Complete.
- Yong-yuan Chang (2000). Application of structural equation modeling using AMOS in academic. *ResearchGate*. Internet.

## APENDICES

## Apéndice A

### Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático DSM 5

#### Trastorno de estrés postraumático.

**Nota:** Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

**Nota:** El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).  
**Nota:** En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).  
**Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)  
**Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitaciòn persistente de estìmulos asociados al suceso(s) traumàtico(s), que comienza tras el suceso(s) traumàtico(s), como se pone de manifiesto por una o las dos caracterìsticas siguientes:

1. Evitaciòn o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumàtico(s).
2. Evitaciòn o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumàtico(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ànimo asociadas al suceso(s) traumàtico(s), que comienzan o empeoran despuès del suceso(s) traumàtico(s), como se pone de manifiesto por dos (o mòi) de las caracterìsticas siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumàtico(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesiòn cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demàs o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepciòn distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumàtico(s) que hace que el individuo se acuse a sì mismo o a los demàs.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminuciòn importante del interès o la participaciòn en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extranþamiento de los demàs.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacciòn o sentimientos amorosos).

E. Alteraciòn importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumàtico(s), que comienza o empeora despuès del suceso(s) traumàtico(s), como se pone de manifiesto por dos (o mòi) de las caracterìsticas siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocaciòn) que se expresan típicamente como agresiòn verbal o fìsica contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentraciòn.
6. Alteraciòn del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duraciòn de la alteraciòn (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteraciòn causa malestar clìnicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras àreas importantes del funcionamiento.

H. La alteraciòn no se puede atribuir a los efectos fisiològicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afecciòn mèdica.

*Especificar si:*



**Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se sonPara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

**Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

*Especificar si:*

**Con expresión retardada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Traducción: Burg Translations, Inc., Chicago (EEUU)

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático DSM 5

**Apendice B**  
**Protocolo de Evaluación**  
**y Psicoeducación para Entrega de Resultados**

**Consentimiento Informado**

TITULO: Cuestionario Síndrome de la Mujer Maltratada

Investigadores(as): Dra. Lenore Walker  
Principales 3301 College Ave.  
Ft. Lauderdale, Fl, 33314  
(954) 262-5724  
[drlewalker@aol.com](mailto:drlewalker@aol.com)

Dr. Eduin Cáceres  
teléfono: 3152197120  
Ps. Ariadna Carvajal Zuñiga  
teléfono: 3013367973  
[eduincaceres@eduincaceres.com](mailto:eduincaceres@eduincaceres.com)

Descripción : El objetivo de este estudio es evaluar las consecuencias psicológicas de la violencia en pareja con el fin de ofrecer un tratamiento para reducción de los síntomas encontrados y dar herramientas de afrontamiento de ésta problemática, lo cual beneficiará a las mujeres que se encuentran en una situación de violencia de pareja. En la entrevista se le pedirá que conteste honestamente a preguntas relacionadas con su historia de violencia. Además, se le solicitará que conteste un cuestionario sobre los posibles traumas que ha podido experimentar como resultado de la violencia. Todas sus respuestas serán tratadas de modo confidencial y le aseguramos su anonimato.

Riesgos y beneficios: le pediremos que este entre una hora y media horas recordando su historia de violencia y esto puede que le provoque malestar emocional . Usted puede detenerse en cualquier momento si las preguntas le causan mucho malestar. Si durante la entrevista a usted le sucede esto, tiene la oportunidad de hablar con un (a) terapeuta y volver a hacer la entrevista en otro momento.

Confidencialidad: Deseamos que las participantes se mantengan en el anonimato, por lo que la entrevistadora anotará su nombre solo en la entrevista para facilitar la misma, sin embargo en los demás instrumentos y en los resultados del estudio se utilizará códigos para proteger su identidad y privacidad.

Derecho a retirarse : Usted puede decidir no participar en absoluto, puede rechazar responder algunas preguntas o parar la entrevista en cualquier momento sin ninguna consecuencia . Si usted elige no terminarla, destruiremos la información obtenida.

Consentimiento voluntario: La participación en este estudio es completamente voluntaria por lo que necesitamos su consentimiento antes de iniciar la entrevista.

He leído el consentimiento informado o me lo han leído y he entendido completamente el contenido de este documento y voluntariamente he dado mi consentimiento para participar. Si en el futuro tengo alguna pregunta con relación a este estudio los (as) investigadores (as) arriba citados (as) me darán respuesta a ellas. Se me ha dado una copia de este documento.

Firma de la participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Nota del documento: Lo escrito en itálicas son instrucciones e indicaciones para la entrevistador (a). Lo escrito en letra regular indica las instrucciones que el (a) entrevistador (a) debe leer a la entrevistada.*

Entrevista

Entrevistada: \_\_\_\_\_  
 Entrevistador (a): \_\_\_\_\_  
 Número de Caso: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Parte I: Datos Demográficos**

1. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Estado civil (Por favor marca la respuesta correcta):

- 1. Soltera                      6. Divorciada
- 2. Unión de hecho      7. Proceso de divorcio
- 3. Casada                      8. Viuda
- 4. Vuelta a casar
- 5. Separada

3.1 Tipo de pareja:

- 1. Hombre                                      2. Mujer

4. Número de hijos: \_\_\_\_\_

Nombres (sólo nombre de pila):      Edad                                      Nombres (sólo nombre de pila)  
 Edad


4.1 Personas con quienes vives actualmente:

Nombres	Apellidos	Edad	Sexo	Parentesco	Ocupación	Observaciones


5. *Entrevistador (a), por favor indica a continuación el lugar de entrevista .*

1. Comisaría de familia      2. Casa de acogida      3. ICBF      4. Centro de Salud (USP)      5. Cárcel      6. Hospital      7. CAVIF      8. ONG (Organización no gubernamental)      9. Procuraduría  
 10. Otro \_\_\_\_\_

6. *¿Estás tomando algún tipo de terapia/tratamiento en este momento?*

1. Sí      2. No

7. *¿Si has estado en tratamiento/terapia, pero ya no continúas, cuánto tiempo llevas desde que lo dejaste? (Entrevistador (a), codifíquelo en meses)-*

\_\_\_\_\_

8.A *¿Te identificas con un grupo étnico? Si \_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ (en caso de ser No, siga con #9)*

8.B. En caso de ser Si, Por Favor especifique:

\_\_\_\_\_

9. *¿En dónde naciste?\_\_\_\_\_ Preferiblemente colocar departamento y municipio*

10. *¿Cuántos años de educación formal tienes? (Marca la respuesta correcta)*

- 00    01    02    03    04    05    06    07    08    09    10  
 11    12    13    14    15    16    > 16

11. *¿Qué grados tienes? Por favor especifica el grado y el área .*

1. Bachiller/ Secundaria

\_\_\_\_\_

2. Formación Tecnológica

\_\_\_\_\_

3. Licenciatura

\_\_\_\_\_

4. Cualquier estudio universitario

\_\_\_\_\_

5. Postgrado/Master/Doctorado

\_\_\_\_\_

6. Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Parte I. A. Situación Socio-económica

1. Nivel socio-económico:

A) Bajo (Estrato 1 y 2) B) Medio (Estrato 3 y 4) C) Alto (Estrato 5 y 6) D) sin estrato

2. Actividad Económica:

A) Hogar B) Vendedora C) Servicio doméstico D) Operaria E) Estética F) Estudiante G) Ninguna H) Otra. ¿Cuál?

3. Ingreso mensual:

A) No recibe B) Menos de 1 salario mínimo C) 1 salario mínimo D) Más de 1 salario mínimo

E) De 2 a 3 salarios mínimos F) Más de 3 salarios mínimos

4. Vinculación laboral: A) Ninguna B) Por días C) Temporal D) Permanente

5. Porcentaje aportado al hogar a) Ninguno b) La mitad c) Más de la mitad d) La totalidad

6. ¿Tienes autonomía económica para vivir por sí sola, sin depender de tú pareja o ex-pareja?

A) Sí B) No

### B. Estado de salud

#### Sección de Quejas Somáticas:

1. Ahora, me gustaría preguntarte acerca de tu salud ¿Con qué frecuencia has experimentado las siguientes cuestiones en la actualidad y/o en el infancia o adolescencia.

*INSTRUCCIONES para el (a) entrevistador (a): tenga en cuenta que en la medida que se va preguntando cada cuestión se indaga si esto ocurre en la actualidad o ha ocurrido en el pasado (infancia y/o adolescencia) marque con una X la frecuencia en la actualidad y encierre con un círculo la frecuencia de la ocurrencia en el pasado.*

	Nada	Poco (Una vez)	Moderad amente	Bastante	Much o
<b>1. Dolor de cabeza</b>	1	2	3	4	5
<b>2. Hospitalizaciones</b>	1	2	3	4	5
<b>3. Problemas con la alimentación</b>	1	2	3	4	5
<b>4. Depresión</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Lesiones graves</b>	1	2	3	4	5
<b>6. Problemas Menstruales</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Enfermedad Grave</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Problemas con el peso</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Tensión alta</b>	1	2	3	4	5



---



---

2. *Historia de quejas somáticas ya fueron evaluadas en la parte I B, simultáneamente con las quejas somáticas actuales.*

3. ¿Te castigaron físicamente entre tu nacimiento y los 12 años?

1. No, nunca, 2. No lo recuerda, 3. Menos de 2-3 veces al año, 4. Menos de una vez al mes

5. 2-3 veces al mes, 6. 2-3 veces a la semana, 7. Diariamente

4. ¿Te castigaron físicamente entre los 13 y 18 años? (*En caso de ser No, en la 3 y 4, pasar a la #6*)

1. No, nunca, 2. No lo recuerda, 3. Menos de 2-3 veces al año, 4. Menos de una vez al mes

5. 2-3 veces al mes, 6. 2-3 veces a la semana, 7. Diariamente

5. ¿Alguna vez te golpearon o pegaron con algún objeto?

1. No, nunca, 2. No lo recuerda, 3. Menos de 2-3 veces al año, 4. Menos de una vez al mes

5. 2-3 veces al mes, 6. 2-3 veces a la semana, 7. Diariamente

6. **INSTRUCCIONES para la Sección Maltrato en Hogar de Infancia:** Ahora, me gustaría saber si se dio lugar a algún incidente de violencia doméstica o de malos tratos en tu casa durante tu infancia y/o adolescencia. Cuando digo malos tratos me refiero a un patrón de abusos físicos, psicológicos o sexuales entre miembros de la familia que difiere de los típicos conflictos familiares. Donde se incluye lo siguiente: (*Mostrar lista de ejemplos de malos tratos que se encuentra en la última página*).

7. Con esta definición en mente dirías que se dieron malos tratos en tu casa?

1. Sí

2. No (En caso de ser NO pasar al #9)

8. Con el siguiente grupo de preguntas me gustaría saber quién maltrataba a quién, el tipo de maltrato, la frecuencia de los malos tratos y si requirieron asistencia médica. (*Por favor, hágase referencia a la definición de malos tratos para responder correctamente al tipo de malos tratos.*)

<b><u>Incidente de maltrato</u></b>	<b><u>Tipo de abuso</u></b> NO- 1 Físico-2 Sexual-3 Verbal-4 Físicos/ Sexual-5 Físicos /Verbal-6 Verbal/Sexual-7 Verb/Sex/Físicos-8	<b><u>Frecuencia</u></b> Una vez=1 2-4 veces=2 Repetidos=3	<b><u>¿Hubo lesiones físicas?</u></b>  En caso de ser SI, indica las lesiones que hubo y si se buscó asistencia médica de qué tipo.
<b>Padre maltrató a tu madre</b>	<b>1.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>2.</b> 1-2-3	<b>3.</b>
<b>Padre te maltrató</b>	<b>4.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>5.</b> 1-2-3	<b>6.</b>
<b>Padre</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>



maltrató a tu hermana	1-2-3-4-5-6-7-8	1-2-3	
Padre maltrató a tu hermano	<b>10.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>11.</b> 1-2-3	<b>12.</b>
Madre maltrató a tu padre	<b>13.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>14.</b> 1-2-3	<b>15.</b>
Madre te maltrató	<b>16.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>17.</b> 1-2-3	<b>18.</b>
Madre maltrató a tu hermana	<b>19.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>20.</b> 1-2-3	<b>21.</b>
Madre maltrató a tu hermano	<b>22.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>23.</b> 1-2-3	<b>24.</b>
A Otros:	<b>25.</b> 1-2-3-4-5-6-7-8	<b>26.</b> 1-2-3	<b>27.</b>

9. **INSTRUCCIONES para la Sección de Abusos Sexuales:** Las siguientes preguntas se refieren a otro tipo de violencia que has podido haber experimentado de niña. Se define como abusos sexuales a cualquier actividad sexual no deseada o forzada. Se incluye aquí ser tocada, hacer que otro te toque, realizar el coito u observar cualquier actividad sexual.

10. Con esta definición en mente ¿has sufrido alguna vez algún tocamiento inapropiado?

1. Sí, ¿por quién? \_\_\_\_\_
2. No (*En caso de ser No, pasar a la #12*)

11. ¿Alguna vez hablaste de esto con alguien?

1. Sí, ¿con quién? \_\_\_\_\_
2. No

12. Quisiera saber si algunas de las siguientes personas te hicieron algunas de las cosas que te señalamos a continuación:

*Entrevistador(a), por favor marca la frecuencia en la casilla.*

*No=1 Intentó, pero no=2 Sí, un sólo incidente=3*

*Sí, muchas veces=4 (por favor indique la duración en meses)*

**INSTRUCCIONES:** Preguntar lo siguiente:

	Padre	Hermano/a	Pariente	Otros
<b>Te manoseó</b>	1. Edad _____ 2. 1-2-3-4 3. Duración _____	31. Edad _____ 32. 1-2-3-4 33. Duración _____	61. Edad _____ 62. 1-2-3-4 63. Duración _____	91. Edad _____ 92. 1-2-3-4 93. Duración _____
<b>Forzó/ manipulo para que le manosearas</b>	4. Edad _____ 5. 1-2-3-4 6. Duración _____	34. Edad _____ 35. 1-2-3-4 36. Duración _____	64. Edad _____ 65. 1-2-3-4 66. Duración _____	94. Edad _____ 95. 1-2-3-4 96. Duración _____
<b>Forzó/</b>	7. Edad _____	37. Edad _____	67. Edad _____	97. Edad _____

<b>manipulo para que realizaras sexo oral</b>	8. 1-2-3-4 9. Duración___	38. 1-2-3-4 39. Duración___	68. 1-2-3-4 69. Duración___	98. 1-2-3-4 99. Duración___
<b>Forzó / manipulo para que realizaras el acto sexual</b>	10. Edad____ 11. 1-2-3-4 12. Duración___	40. Edad____ 41. 1-2-3-4 42. Duración___	70. Edad____ 71. 1-2-3-4 72. Duración___	100. Edad____ 101. 1-2-3-4 102. Duración___
<b>Se comporto o te pidió que actuaras de forma seductora</b>	13. Edad____ 14. 1-2-3-4 15. Duración___	43. Edad____ 44. 1-2-3-4 45. Duración___	73. Edad____ 74. 1-2-3-4 75. Duración___	103. Edad____ 104. 1-2-3-4 105. Duración___
<b>Te forzó / manipulo para que veas pornografía</b>	16. Edad____ 17. 1-2-3-4 18. Duración___	46. Edad____ 47. 1-2-3-4 48. Duración___	76. Edad____ 77. 1-2-3-4 78. Duración___	106. Edad____ 107. 1-2-3-4 108. Duración___
<b>Alguna vez</b>	Padre	<b>Hermano/a</b>	<b>Pariente</b>	<b>Otros</b>
<b>Observaste a.. masturbarse</b>	19. Edad____ 20. 1-2-3-4 21. Duración___	49. Edad____ 50. 1-2-3-4 51. Duración___	79. Edad____ 80. 1-2-3-4 81. Duración___	109. Edad____ 110. 1-2-3-4 111. Duración___
<b>Observaste a.. que abusara de otro ¿de quién?__</b>	22. Edad____ 23. 1-2-3-4 24. Duración___	52. Edad____ 53. 1-2-3-4 54. Duración___	82. Edad____ 83. 1-2-3-4 84. Duración___	112. Edad____ 113. 1-2-3-4 114. Duración___
<b>Observaste a ../comportarse de modo sexual</b>	25. Edad____ 26. 1-2-3-4 27. Duración___	55. Edad____ 56. 1-2-3-4 57. Duración___	85. Edad____ 86. 1-2-3-4 87. Duración___	115. Edad____ 116. 1-2-3-4 117. Duración___
<b>Otros_____</b>	28. Edad____ 39. 1-2-3-4 30. Duración___	58. Edad____ 59. 1-2-3-4 60. Duración___	88. Edad____ 89. 1-2-3-4 90. Duración___	118. Edad____ 119. 1-2-3-4 120. Duración___

13. *En opinión de la entrevistador(a) ¿fue esta persona abusada sexualmente? Sí*  
 \_\_\_ *No* \_\_\_

*Explique* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parte III: Relación de violencia más significativa

**INSTRUCCIONES para la Sección sobre Relaciones Íntimas:** Ahora me gustaría que habláramos sobre tus relaciones íntimas significativas en tu vida. Empecemos con tu relación íntima más reciente (*Si la entrevistada nos pregunta, no tiene por qué haber sido una relación abusiva*).

<b>Relaciones # en orden cronológico</b>	<b>#1</b>	<b>#2</b>	<b>#3</b>	<b>#4</b>	<b>#5</b>
<b>¿Era un maltratador? Si=1, No=2</b>	1.	4.	7.	10.	13.
<i>Entrevistadora ha de referirse a la definición operacional inicial.</i>	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
<b>¿Cuándo empezaron los malos tratos?</b>	2.	5.	8.	11.	14.

<b>Noviazgo=1, Convivencia=2, Matrimonio=3</b>	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3
<b>¿Sigues en la relación?</b>	3.	6.	9.	12.	15.
<b>Si=1, No=2</b>	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2

Entrevistador (a): Esta información está referida a las relaciones de pareja iniciando con (#1) la más reciente y posteriormente las demás en orden cronológico, hasta un máximo de #5. En caso de procedimiento judicial los datos han de extraerse con relación con el sujeto mencionado en el procedimiento.

1. Ahora quisiera que de las relaciones de maltrato que hablamos previamente seleccionemos la más reciente, es de la que hablaremos durante el resto de la entrevista. Relación: # 1
2. ¿Qué edad tenías cuando se conocieron? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué edad tenía él cuando se conocieron? \_\_\_\_\_
4. ¿Estás actualmente en esta relación? 1. Si 2. No
5. En caso de ser Sí, cuánto tiempo ha durado la relación? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
6. En caso de ser No, ¿cuánto tiempo duró la relación? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
7. En caso de ser No, ¿Cuánto ha pasado desde que terminó la relación? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
8. ¿Con qué rapidez empezaron a intimar?
  1. En menos de 1 semana, 2. Entre 1 semana y 1 mes, 3. Entre 1 mes y 3 meses
  4. Entre 4 meses y 6 meses, 5. Entre 6 meses y 1 año, 6. Después de 1 año, 7. Nunca
9. ¿Tuviste hijos (as) con este hombre? # de hijos \_\_\_\_\_

---

### Sección 1: Poder y Control

*INSTRUCCIONES: Utiliza el tiempo pasado si la mujer ya no sigue en la relación.*

1. ¿Con qué frecuencia él sabe dónde estás cuando no están juntos?
  1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre
2. ¿Con qué frecuencia sabes dónde está él cuando no están juntos?
  1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre
3. ¿Hay sitios a los que te gustaría ir, pero que no vas porque crees que a él no le gustaría que fueses?
  1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre

¿A qué sitios te gustaría ir? (y ¿con quién?)

---



---



---

4. ¿Crees que hay sitios que a él le gustaría ir, pero que no va porque cree que a ti no te gustaría que él fuese?

1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre

¿A qué sitios crees que le gustaría ir a él? (¿y con quién?)

---



---



---

5. Generalmente, ¿haces lo que él te pide?

1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre

6. Generalmente, hace lo que tú le pides?

1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Generalmente, 5. Siempre

7. ¿Con qué frecuencia has intentado hacerle alguna de las siguientes cosas para conseguir lo que deseas?

Entrevistador (a), codifica la frecuencia en la casilla en blanco.

**1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Generalmente 5=Siempre**

1.	Aislamiento Emocional (ignorarle)		5.	Utilizar la fuerza física	
2.	Restringirle su libertad*		6.	Decir o hacer algo agradable	
3.	No tener relaciones sexuales		7.	Hablar/preguntar	
4.	Amenazar con dejarle				

\* Por ejemplo, si no llegas antes de las 10 pm, no le abro la puerta, no le caliento la comida, etc.

8. ¿Con qué frecuencia él ha intentado hacerte alguna de las siguientes cosas para conseguir lo que desea?

Entrevistadora, codifica la frecuencia en la casilla en blanco.

**1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Generalmente 5=Siempre**

1.	Aislarse emocionalmente (me ignora)		5.	Utilizar la fuerza física	
2.	Restringir tu libertad*		6.	Decirte o hacer algo agradable	
3.	No tener relaciones sexuales		7.	Hablar/preguntar	
4.	Amenazar con dejarte				

*\* Por ejemplo, no salgas con tus amigas-os, no vayas este fin de semana donde tu familia, etc*

9. En general, ¿quién gana cuando están en desacuerdo con respecto a un asunto importante?

1. Él siempre gana      2. Generalmente él gana      3. En igual medida o llegamos a un acuerdo  
 4. Generalmente tú ganas      5. Tú siempre ganas      6. No se resuelve (explica) \_\_\_\_\_  
 7. Otro (explica) \_\_\_\_\_

10. Cuando estas enojada con él ¿cómo se lo demuestras?

*Entrevistador (a), pregunta primero sobre ella y luego sobre él.*

**1 =Si o 2 =No**

	<i>Tú</i>	<i>Él</i>
Intentar hablar sobre ello	1. 1 o 2	9. 1 o 2
Hacer pucheros, dejar de hablar, aislarme/se	2. 1 o 2	10. 1 o 2
Llorar	3. 1 o 2	11. 1 o 2
Insultar, decir insultos o gritar	4. 1 o 2	12. 1 o 2
Dirigir la rabia hacia los objetos (tirar cosas, golpear o romper cosas)	5. 1 o 2	13. 1 o 2
Dirigir la rabia hacia los niños (as) y adolescentes o mascotas	6. 1 o 2	14. 1 o 2
Amenazar con hacer uso de violencia física	7. 1 o 2	15. 1 o 2
Utilizar violencia física hacia la pareja	8. 1 o 2	16. 1 o 2

11. Con qué frecuencia te reúnes con tus vecinos, amigos y parientes cuando estás con él?

1. No me deja contactar con ellos.      2. No me deja ver a la gente sin estar él presente.  
 3. Yo/Nosotros/ quedo/amos casi nunca con ellos.      4. Yo/Nosotros/ quedo/amos ocasionalmente con ellos.  
 5. Yo/Nosotros/quedo/amos a menudo con ellos.

12. ¿Cuántas veces han cambiado de casa durante el tiempo que viven juntos? \_\_\_\_\_

13. Durante la convivencia, cuál de las siguientes categorías describiría mejor tu estatus laboral?

1. Desempleada, no busca trabajo (Ej: ama de casa, estudiante, etc) 2. Desempleada, busca trabajo  
 3. Empleada a tiempo parcial      4. Empleada a tiempo completo      5. Otro

14. Durante la mayor parte de tu convivencia, podrías decir que han tenido deudas muy cuantiosas, tales como hipoteca, propiedades, carros, TV,

1. Ninguna      2. Pocas      3. Una cantidad moderada      4. Muchas

15. Durante el tiempo que has vivido o viviste con él ¿tienes o tenías libre acceso a lo siguiente?

Entrevistadora, codifica la frecuencia en la casilla en blanco.

*1=Nunca    2=Casi nunca    3=Algunas veces    4=Generalmente    5=Siempre*

<b>1</b>	A la cuenta de ahorros		<b>4</b>	Objetos personales	
<b>2</b>	Tarjetas de crédito		<b>5</b>	Transporte público	
<b>3</b>	Efectivo		<b>6</b>	Teléfono	

16. En caso de no haberle contado a nadie lo que te pasa/pasaba, cuál era la razón principal?

1. Por vergüenza      2. Porque me preguntarían por qué seguía con el  
3. Por miedo a que no me creyeran    4. Por miedo a que se vengara si se enteraba  
5. Porque me amenazó con hacerme daño si lo contaba a alguien  
6. Otro (¿Cuál?) \_\_\_\_\_ 7. Le contó a alguien

17. ¿Cuál era su reacción típica cuando le decías que le querías dejar?

1. Ninguna      2. Me suplicaba que no lo haga; se volvía simpático y amoroso  
3. Me advertía que no lo hiciera ; me amenazó    4. Me amenazó con suicidarse si lo dejaba  
5. Me maltrató físicamente    6. Era algunas veces amoroso y otras violento  
7. Otra (¿cuál?) \_\_\_\_\_

18. ¿Qué pasaba con mucha probabilidad si lo dejabas ?

1. Nada      2. Llamó/escribió; era simpático y amoroso, me pedía que volviese  
3. Llamó/escribió; actuaba de manera amenazante; me pedía que volviese  
4. Intentó/amenazó con suicidarse    5. Me encontró, fue simpático y amoroso; me pidió que volviese    6. Me encontró y me maltrató    7. Me forzó a volver  
8. Intentó o secuestró a los/las niño(s)/niña(s) (especifique cuál)

9. Otro (¿cuál?) \_\_\_\_\_

19. ¿Crees que él podría haberte matado o que te podría matar?

1. No, nunca    2. Sí, como resultado de un accidente    3. Sí, pero sólo si se hubiera enfadado mucho  
4. Sí, pero sólo en defensa propia    5. Sí

20. ¿Crees que podrías haberlo matado o matarle? *Entrevistadora: no preguntarle esto en un examen forense*

1. No, nunca    2. Sí, como resultado de un accidente    3. Sí, pero sólo si me hubiera enojado mucho  
4. Sí, pero sólo en defensa propia    5. Sí

21. Si alguien hubiera podido morir, ¿quién crees que hubiera sido?

1. Él    2. Yo    3. Ambos    4. Los niño/a(s)/otros

---

### Sección 2: Sexualidad

1. Generalmente, ¿quien toma la iniciativa en el sexo?

1. Hombre    2. Ambos    3. Tu    4. No es aplicable

2. ¿Alguna vez ha sido el sexo con él desagradable?

1. No, nunca    2. Casi nunca    3. Ocasionalmente    4. Frecuentemente    5. Casi siempre

3. ¿Has tenido problemas físicos durante o como resultado de la actividad sexual con él?

1. No, nunca    2. Casi nunca    3. Ocasionalmente    4. Frecuentemente    5. Casi siempre

En caso de ser SI, por favor describe:

---

---

---

---

4. ¿Alguna vez te ha dicho que ha sido para él el sexo contigo desagradable?

1. No, nunca,    2. Casi nunca,    3. Ocasionalmente,    4. Frecuentemente,    5. Casi siempre

5. ¿Se ha puesto alguna vez celoso con la posibilidad de que tú tengas una aventura con otro hombre/mujer?

1. No, nunca,    2. Casi nunca,    3. Ocasionalmente,    4. Frecuentemente,    5. Casi siempre

6. ¿Te has puesto alguna vez celosa con la posibilidad de que él tenga una aventura con otra mujer/ hombre?

1. No, nunca,    2. Casi nunca,    3. Ocasionalmente,    4. Frecuentemente,    5. Casi siempre

7. ¿Ha tenido tu pareja una aventura (relación sexual) con otra mujer/hombre estando saliendo, casada o viviendo con él?

1. No, nunca,    2. Sospecha, pero no está segura,    3. Sí, una vez,    4. Sí, no está segura de cuán a menudo,    5. Sí, dos o tres veces,    6. Sí, más de dos o tres veces pero no a menudo    7. A menudo

---

### Sección 3: Historia Legal

1. ¿En alguna ocasión, él ha sido arrestado? *(En caso de ser No, pase a la #4)*

1. No                      2. Sí                      3. No lo sé
2. Si el caso es afirmativo, ¿por qué lo arrestaron?
1. Crimen violento/Delito,    2. Crimen no violento/Falta    3. Por conducir en estado de embriaguez                      4. Por acoso                      5. Otro,  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha sido alguna vez condenado?
1. No,    2. Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_    3. No lo sé
4. ¿Has solicitado una orden de alejamiento/ protección hacia él? (*En caso de ser No, pase a la #6*)
1. No    2. Sí
5. En caso de responder Sí a la #4, ¿Cuántas veces solicitaste una orden de alejamiento protección? \_\_\_\_\_ ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_
6. ¿Se ha encontrado alguna vez alguna prueba contra el relacionada con violencia de pareja? (*En caso de ser No, pase a la #8*)
1. No,                      2. Si, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_                      3. No lo sé
7. ¿Cuáles han sido las consecuencias judiciales en la pregunta #6?
1. Cárcel,    2. Tratamiento por mandato judicial    3. Multa,    4. Otra \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene el agresor una historia de problemas psicológicos o psiquiátricos?
1. No,    2. Sí, eso creo,    3. Si, diagnosticado \_\_\_\_\_    4. Si, ha ido a terapia    5. No lo sé
9. Ha denunciado a su pareja o ex pareja por violencia contra sus hijos o familiares?
1. No,                      2. Sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
10. A cuál/es instituciones ha buscado ayuda?
1. Comisaría de Familia                      2. Estación de Policía                      3. Inspección de Policía  
4. Bienestar Familiar                      5. Juzgado de Familia                      6. Consultorio Jurídico  
7. Fiscalía
11. Tipo de apoyo recibido:
1. Conciliación                      2. Caución                      3. Separación                      4. Denuncia                      5. Medida de protección  
6. Asesoría psicológica                      7. Multa al maltratador                      8. Otras.  
Cuál? \_\_\_\_\_

---

#### Sección 4: Uso de Sustancias

**1. Sección de Uso y Frecuencia de Sustancias.** Para las siguientes preguntas quisiera que me hablaras sobre cualquier tipo de uso de sustancias/drogas que se hayan utilizado en la relación. Por favor dime cuales de las siguientes drogas utilizaron tu pareja y tu, y con qué frecuencia solían hacerlo: diariamente, semanalmente, mensualmente o anualmente.

*Entrevistador (a): por favor escribe el tipo de sustancia sobre la línea y la categoría de la frecuencia del uso en el recuadro para cada persona.*

**Nunca=1    Diariamente=2    Semanalmente=3    Mensualmente=4  
Anualmente=5**



<b>Tipo</b>	<b>Él</b>	<b>Tú</b>	<b>Tipo</b>	<b>Él</b>	<b>Tú</b>
Medicamentos prescritos (antibióticos, alergia, etc.)	1	11	GHB	5	15
Tranquilizantes, Ansiolíticos (Qualude, Valium, Xanax, Miltown, u otros)	2	12	Marihuana (hash, costo)	6	16
Opiáceos (heroína, morfina, opio, Metadona, Darvon, codeína, Percodan, Demeral, Dilaudid, u otros ).	3	13	Alcohol	7	17
Estimulantes (anfetaminas, “speed”. Crystal meth, crank, ice, crack, cocaína,) o Ritalin	4	14	Alucinógenos (mescalina, peyote, psilocybin, hongos , ketamina, éxtasis, MDMA, u otros)	8	18
			Otros	9	19
			No sé	10	20

---

### Sección 5: Violencia en General

Preguntas sobre un incidente **común / en general** de violencia  
 Cuéntame con tus propias palabras, ¿cómo era un **incidente común / en general**?

*ENTREVISTADOR (A): Deja que la entrevistada hable espontáneamente sobre la (s) diferentes formas de violencia y la relación de pareja violenta de forma general antes de obtener detalles de los cuatro incidentes específicos. Utiliza lenguaje neutral para conseguir una historia completa (“¿Y entonces que pasó?”, “Cuéntame más acerca de lo sucedido”, “¿Cómo te sentiste?”, etc.). En general, intenta darte una idea acerca de la relación, específicamente cómo fueron para ella los malos tratos. Busca evidencia del ciclo de violencia (tensión y la fase amor y remordimiento), de amenazas,*



- 3 En general ¿Qué tan grave fue lesionada y qué fue lo que le hizo?
1. Ninguna
  2. Lesiones menores: hematomas, arañazos o dolor
  3. Lesiones leves a moderadas: lesiones que necesitaron cuidados mínimos (ej, vendaje, lavado)
  4. Moderadas a graves: lesiones que necesitaron atención médica (ej, puntos, yeso, etc.)
  5. Grave: las lesiones necesitaron un tratamiento médico inmediato (ej, se llamó a una ambulancia, requirió hospitalización, etc.)

Por favor, haz una lista de las lesiones que has sufrido y si alguna de ellas ha necesitado tratamiento médico.

---



---



---

4. **Violencia Psicológica:** Ahora hablaremos de la violencia psicológica que se daba **generalmente** durante tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de lo siguiente:

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: " Te ha . . . "**

1	Insultado o dicho cosas como "estúpida"		2	No te permite dormir		3	Amenazado con utilizar un arma	
4	Expresado su desaprobación hacia ti		5	Se puso muy celoso		6	Pretendido hacer daño/matar a otros	
7	Humillado en público		8	Controlado tus actividades		9	Amenazado con secuestrar a su(s) hijos(as)	
10	Humillado en privado		1 1	Controlado tu dinero		1 2	Forzado a ser su sirvienta	
13	Interferido en tus horarios de sueño		1 4	Controlado dónde estabas		1 5	Forzado a limpiar o trabajar en exceso	
16	Forzado/coaccionado a consumir alcohol u otras drogas		1 7	Impedido descansar		1 8	Dicho que no tienes la habilidad para hacer algo	
19	Forzado/coaccionado a vender drogas		2 0	Impedido que descanses		2 1	Negado a discutir o negociar	
22	Se ha vuelto obsesivo en torno a la limpieza		2 3	Rechazado		2 4	Amenazado con matarte o a tus hijos (as)	
25	Interferido en tu alimentación/ingesta		2 6	Amenazado con suicidarse		2 7	Amenazado con matar a otros	
28	Otro							

5. **Violencia Física:** Ahora hablaremos del maltrato físico que se daba **generalmente** durante tu relación con esta persona. Dime si te hizo o te amenazó con algo de lo siguiente:

*Entrevistador (a) lea cada ítem en alto y codifique el número de la respuesta en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: "te ha . . ."**

1.	Empujado		12.	Golpeado con un objeto	
2.	Zarandeado/sacudido		13.	Halado el cuerpo	
3.	Cogido las extremidades		14.	Estrangulado/Ahogado	
4.	Golpeado la cabeza		15.	Asfixiado	
5.	Mordido		16.	Quemado (o intentado)	
6.	Retorcido los miembros o los dedos		17.	Intentado ahogarte en el agua	
7.	Tirado objetos (a ti)		18.	Intentado envenenar	
8.	Abofeteó o golpeó con la mano abierta		19.	Usado o amenazado con un cuchillo	
9.	Dado un golpe con los puños		20.	Usado o amenazado con una pistola	
10.	Pateado		21.	Usado o amenazado con un vehículo	
11.	Tirado el pelo		22.	Otro _____	

6. **Violencia Sexual:** Ahora hablaremos del maltrato sexual que se daba **generalmente** durante tu relación con esta persona. Dime si te hizo o te amenazó con algo de lo siguiente:

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: "Te ha . . ."**

1.	Acercamientos sexuales que tu no deseabas		15	Forzado/ coaccionado a practicar sexo anal	
2	Hecho gestos sexuales no deseados		16	Insertado objetos en los genitales	
3	Tomado ventaja de la relación		17	Forzado/ coaccionado a masturbarte	
4	Hecho solicitudes sexuales directas no deseadas		18	Hecho el acto sexual de modo violento que te ha causado hematomas o mutilación	
5	Mostrado una actitud hostil hacia las mujeres		19	Forzado/ coaccionado a ver pornografía	
6	Tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo		20	Forzado/ coaccionado a ver a otros teniendo relaciones sexuales	
7	Tocado los genitales bruscamente o sin desearlo		21	Tenido contactos sexuales sabiendo que tiene enfermedades de transmisión sexual	
8	Forzado/coaccionado a realizar el acto sexual		22	Forzado/ coaccionado a prostituirte	
9	Forzado/ coaccionado a realizar sexo oral		23	Querido tener relaciones sexuales demasiado seguido	
1 0	Forzado/ coaccionado a tener relaciones sexuales con otras personas		24	Mantenido relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo	
1	Forzado/ coaccionado a participar		25	Comparado con otras mujeres para	

1	en actividades sadomasoquistas			desfavorecerte	
1 2	Forzado/ coaccionado a realizar sexo con animales		26	Se ha negado a tener relaciones sexuales contigo	
1 3	Sido insensible con respecto a tus necesidades sexuales			Otro _____ _____ _____	
1 4	Querido tener sexo después de maltratarte				

7. En la opinión de la entrevistador (a) ¿fue maltratada esta persona sexualmente durante la relación?

1. Sí      2. No

8. ¿Buscaste ayuda para este tipo de violencia?

1. Sí      2. No (en caso de ser No, pase a la siguiente sección)

Entrevistador (a), favor de clasificar el nivel de ayuda de la asistencia que la persona recibió y colocar la calificación en el recuadro nombrado "Fue útil"

	¿Asistencia de quién?	Tipo de asistencia	¿Fue útil?
1.	Familia y amigos		
2.	Institución (ej. casa de acogida, terapia de pareja)		
3.	Legal (ej. abogado, policía, abogado de víctima)		
4.	Terapia (psicólogo, consejero)		
5.	Médica (médico, psiquiatra)		
6.	Otro _____		

9. ¿Acostumbra él beber alcohol durante la violencia?

1. Algunas veces      2. Siempre      3. Nunca (En caso de ser No, pasar a #7)

10. En caso de ser Sí, ¿Qué tanto bebe?

1. Poco (sin estar alcoholizado)      2. Mucho (alcoholizado)      3. No recuerdo

11. ¿Acostumbra beber alcohol durante la violencia ?

1. Algunas veces      2. Siempre      3. Nunca (En caso de ser No, pasar a #9)

12. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?

1. Poco (sin estar alcoholizada)      2. Mucho (alcoholizada)      3. No recuerdo

13. ¿Acostumbra él consumir drogas durante la violencia?

1. Algunas veces      2. Siempre      3. Nunca (En caso de ser No, pasar a #11)

14. En caso de ser Sí, ¿Qué tanto bebió?

1. Poco (sin estar intoxicado)      2. Mucho (intoxicado)      3. No recuerdo

15. ¿Acostumbras consumir drogas durante la violencia?

1. Algunas veces      2. Siempre      3. Nunca (*En caso de ser No, pasar a #13*)

16. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?

1. Poco (sin estar intoxicada)      2. Mucho (intoxicada)      3. No recuerdo

17. Entrevistador (a), favor de puntuar y anotar la categoría en la casilla en blanco.

**1 = en absoluto , 2 = poco 3 = moderadamente 4 =bastante, 5 = Mucho**

1.	¿Hasta qué punto crees que podías/puedes controlar un incidente de violencia?	
2.	¿Hasta qué punto crees que podrías prevenir incidentes de violencia futuros?	
3.	¿Hasta qué punto crees que existe la probabilidad de que te vuelva a maltratar?	
4.	¿Funcionabas mal en otras áreas de tu vida (en tu rol de madre, laboral, etc.)?	

18. ¿Se disculpó o hizo cosas que mostraban que estaba arrepentido durante la violencia?

1. Sí      2. No(*En caso de ser No, pase a la siguiente sección*)

19. ¿Qué te dijo o hizo? (*Marcar sólo una respuesta*)

1. Lloró    2. Expresión verbal de que lo siente    3. Prometió cambiar, dejar de beber, etc.

4. Prometió que nunca volvería a suceder

5. Intentó darte ayuda médica o ayudarte de algún modo (con las labores domésticas, niños, etc.)

6. Trajo regalos, te dio dinero, te invitó a salir, etc.

7. Sexo, romance

8. Más amable que lo usual

9. Otro

20. ¿Al cabo de cuánto tiempo después del incidente típico se mostró arrepentido o te dijo que lo sentía? (*Señala sólo uno*)

1. Inmediatamente después      2. Horas después      3. A la mañana o día siguiente

4. Días después      5. A la(s) semana(s) siguiente      6. Al mes(es) después

21. ¿Cuánto tiempo duró ese periodo amable o cariñoso?

1. menos de una hora

2. hora(s)

3. menos de un día

4. día(s)

5. menos de una semana

6. semana(s)

7. menos de un mes

8. mes(es)

---

#### Parte IV: Cuatro Incidentes de Violencia

Preguntas sobre el **Primer** incidente de malos tratos



	privado		1	dinero		2	sirvienta	
13	Interferido en tus horarios de sueño		1 4	Controlado dónde estabas		1 5	Forzado a limpiar o trabajar en exceso	
16	Forzado/coaccionado o a consumir alcohol u otras drogas		1 7	Impedido descansar		1 8	Dicho que no tienes la habilidad para hacer algo	
19	Forzado/coaccionado o a vender drogas		2 0	Impedido que descanses		2 1	Negado a discutir o negociar	
22	Se ha vuelto obsesivo en torno a la limpieza		2 3	Rechazado		2 4	Amenazado con matarte o a tus hijos (as)	
25	Interferido en tu alimentación/ingesta		2 6	Amenazado con suicidarse		2 7	Amenazado con matar a otros	
28	Otro							

**2. Violencia Física:** Ahora vamos a hablar sobre la Violencia física que ocurrió durante tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de lo siguiente durante el primer incidente.

*Entrevistador (a) lea cada ítem en alto y codifique el número de la respuesta en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: " te ha . . . "**

1.	Empujado			12.	Golpeado con un objeto	
2.	Zarandeado/sacudido			13.	Halado el cuerpo	
3.	Cogido las extremidades			14.	Estrangulado/Ahogado	
4.	Golpeado la cabeza			15.	Asfixiado	
5.	Mordido			16.	Quemado (o intentado)	
6.	Retorcido los miembros o los dedos			17.	Intentado ahogarte en el agua	
7.	Tirado objetos (a ti)			18.	Intentado envenenar	
8.	Abofeteó o golpeó con la mano abierta			19.	Usado o amenazado con un cuchillo	
9.	Dado un golpe con los puños			20.	Usado o amenazado con una pistola	
10.	Pateado			21.	Usado o amenazado con un vehículo	
11.	Tirado el pelo			22.	Otro_____	

**3. Violencia Sexual:** Ahora vamos a hablar sobre la violencia sexual que ocurrió durante tu primer incidente violento en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista.

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: "Te ha . . . "**

1.	Acercamientos sexuales que tu no deseabas			15.	Forzado/ coaccionado a practicar sexo anal	
2.	Hecho gestos sexuales no deseados			16.	Insertado objetos en los genitales	
3.	Tomó ventaja de la relación			17.	Forzado/ coaccionado a masturbarte	
4.	Solicitudes sexuales directas no deseadas			18.	Ha hecho el acto sexual de modo violento que te ha causado	



				hematomas o mutilación	
5.	Mostró una actitud hostil hacia las mujeres		19.	Forzado/ coaccionado a ver pornografía	
6.	Tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo		20.	Forzado/ coaccionado a ver o otros teniendo relaciones sexuales	
7.	Tocado los genitales bruscamente o sin desearlo		21.	Ha tenido contactos sexuales sabiendo que tiene enfermedades de transmisión sexual	
8.	Forzado/coaccionado a realizar el acto sexual		22.	Forzado/ coaccionado a prostituirte	
9.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo oral		23.	Querido tener relaciones sexuales demasiado seguido	
10.	Forzado/ coaccionado a tener relaciones sexuales con otras personas		24.	Mantenido relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo	
11.	Forzado/ coaccionado a participar en actividades sadomasoquistas		25.	Te ha comparado con otras mujeres para desfavorecerte	
12.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo con animales		26.	Se ha negado a tener relaciones sexuales contigo	
13.	Ha sido insensible con respecto a tus necesidades sexuales		27.	Otro _____ _____	
14.	Ha querido tener sexo después de maltratarte				

4. ¿Qué consecuencias físicas te causaron sus malos tratos durante el primer incidente violento?

1. Ninguna
2. Lesiones menores: hematomas, arañazos o dolor
3. Lesiones leves a moderadas: lesiones que necesitaron cuidados mínimos (ej, vendaje, lavado)
4. Moderadas a graves: lesiones que necesitaron atención médica (ej, puntos, yeso, etc.)
5. Grave: las lesiones necesitaron un tratamiento médico inmediato (ej, se llamó a una ambulancia, requirió hospitalización, etc.)

Por favor, haz una lista de las consecuencias físicas y especifica cuales requirieron tratamiento médico.

---



---



---



---

5. ¿Había bebido él alcohol durante el primer incidente de violencia?

1. Sí      2. No (*En caso de ser No o No sé, pasar a la #7*)      3. No sé

6. En caso de ser Sí, ¿Qué tanto bebió?

1. Poco (sin estar alcoholizado)      2. Mucho (alcoholizado)      3. No recuerdo

7. ¿Habías bebido alcohol durante el primer incidente de maltrato.  
1. Sí 2. No (en caso de ser No, pasar a la #9)
8. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?  
1. Poco (sin estar alcoholizada) 2. Mucho (alcoholizada) 3. No recuerdo
9. ¿Consumió él drogas durante el primer incidente de maltrato?  
1. Sí 2. No (*En caso de ser No o No sé, pasar a la #7*) 3. No sé
10. En caso de ser Sí, ¿Cuánto bebió?  
1. Poco (sin estar intoxicado) 2. Mucho (intoxicado) 3. No recuerdo
11. ¿Habías consumido drogas durante el primer incidente de maltrato.  
1. Si 2. No (*En caso de ser No, pasar a la #13*)
12. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?  
1. Poco (sin estar intoxicada) 2. Mucho (intoxicada) 3. No recuerdo
13. ¿Durante el periodo anterior al incidente de maltrato, notaste algo distinto en él que te diera a pensar que algo podría pasar?  
1. Si 2. No (*en caso de ser No, pasar a #15*)
14. En caso de ser si, ¿qué? *Marca lo más sobresaliente .*  
1. \_\_\_ Su estado de ánimo, actitud (cómo)  
2. \_\_\_ La expresión de su cara, el modo en que hablaba  
3. \_\_\_ Por las amenazas que me hizo  
4. \_\_\_ Aumento en el consumo de alcohol, drogas  
5. \_\_\_ Cambios en su conducta. ¿Qué? \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
15. *Entrevistador (a), favor de puntuar y anotar la categoría en la casilla en blanco.*

**1 = en absoluto , 2 = poco 3 = moderadamente 4 =bastante, 5 = Mucho**

1.	¿Hasta que punto crees que podías/puedes controlar un incidente de maltrato?	
2.	¿Hasta qué punto crees que podrías prevenir incidentes de malos tratos futuros?	
3.	¿Hasta que punto crees que existe la probabilidad de que te vuelva a maltratar?	
4.	¿Funcionabas mal en otras áreas de tu vida (en tu rol de madre, laboral, etc.)?	

16. ¿Se disculpó o hizo cosas que mostraban que estaba arrepentido después del primer incidente?  
1. Si 2. No(*En caso de ser No, pasar a la siguiente sección*)
17. ¿Qué te dijo o hizo? (*Marcar sólo una respuesta*)  
1. Lloró 2. Expresión verbal de que lo siente 3. Prometió cambiar, dejar de beber, etc.





16.	Forzado a consumir alcohol u otras drogas		17.	Forzado a que cumplas con sus expectativas		18.	Dicho que no tienes la habilidad para hacer algo	
19.	Forzado a vender drogas		20.	Impedido que descanses		21.	Negado a discutir o negociar	
22.	Se ha vuelto obsesivo en torno a la limpieza		23.	Rechazado		24.	Amenazado con matarte o a tus hijos	
25.	Interfiere en tu alimentación/ingesta		26.	Amenazado con suicidarse		27.	Amenazado con matar a otros	

**2. Violencia Física:** Ahora vamos a hablar sobre la violencia física que ocurrió durante el más reciente incidente de violencia en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista.

*Entrevistador (a) lea cada ítem en alto y codifique el número de la respuesta en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: " te ha . . . "**

1.	Empujado		12.	Golpeado con un objeto	
2.	Zarandeado/sacudido		13.	Halado el cuerpo	
3.	Cogido las extremidades		14.	Estrangulado/Ahogado	
4.	Golpeado la cabeza		15.	Asfixiado	
5.	Mordido		16.	Quemado (o intentado)	
6.	Retorcido los miembros o los dedos		17.	Intentado ahogarte en el agua	
7.	Tirado objetos (a ti)		18.	Intentado envenenar	
8.	Abofeteó o golpeó con la mano abierta		19.	Usado o amenazado con un cuchillo	
9.	Dado un golpe con los puños		20.	Usado o amenazado con una pistola	
10.	Pateado		21.	Usado o amenazado con un vehículo	
11.	Tirado el pelo		22.	Otro_____	

**3. Violencia Sexual:** Ahora vamos a hablar sobre la violencia sexual que ocurrió durante el incidente más reciente de violencia en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista.

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: "Te ha . . . "**

1.	Acercamientos sexuales que tu no deseabas		15.	Forzado/ coaccionado a practicar sexo anal	
2.	Hecho gestos sexuales no deseados		16.	Insertado objetos en los genitales	
3.	Tomó ventaja de la relación		17.	Forzado/ coaccionado a masturbarte	
4.	Solicitudes sexuales directas no deseadas		18.	Ha hecho el acto sexual de modo violento que te ha causado	

				hematomas o mutilación	
5.	Mostró una actitud hostil hacia las mujeres		19.	Forzado/ coaccionado a ver pornografía	
6.	Tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo		20.	Forzado/ coaccionado a ver o otros teniendo relaciones sexuales	
7.	Tocado los genitales bruscamente o sin desearlo		21.	Ha tenido contactos sexuales sabiendo que tiene enfermedades de transmisión sexual	
8.	Forzado/coaccionado a realizar el acto sexual		22.	Forzado/ coaccionado a prostituirte	
9.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo oral		23.	Querido tener relaciones sexuales demasiado seguido	
10.	Forzado/ coaccionado a tener relaciones sexuales con otras personas		24.	Mantenido relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo	
11.	Forzado/ coaccionado a participar en actividades sadomasoquistas		25.	Te ha comparado con otras mujeres para desfavorecerte	
12.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo con animales		26.	Se ha negado a tener relaciones sexuales contigo	
13.	Ha sido insensible con respecto a tus necesidades sexuales		27.	Otro _____ _____ _____	
14.	Ha querido tener sexo después de maltratarte				

4. ¿Qué consecuencias físicas te causaron sus malos tratos durante el más reciente incidente?

1. Ninguna
2. Lesiones menores: hematomas, arañazos o dolor
2. Lesiones leves a moderadas: lesiones que necesitaron cuidados mínimos (ej, vendaje, lavado)
3. Moderadas a graves: lesiones que necesitaron atención médica (ej, puntos, yeso, etc.)
4. Grave: las lesiones necesitaron un tratamiento médico inmediato (ej, se llamó a una ambulancia, requirió hospitalización, etc.)

Por favor, haz una lista las consecuencias físicas y específica cuales requirieron tratamiento médico.

---



---



---

5. ¿Había bebido él alcohol durante el más reciente incidente de maltrato?

1. Sí
2. No (En caso de ser No o No sé, pasar a la #7)
3. No sé

6. En caso de ser Si, ¿Qué tanto bebió?

1. Poco (sin estar alcoholizado)
2. Mucho (alcoholizado)
3. No recuerdo

7. ¿Habías bebido alcohol durante el más reciente incidente de maltrato?

1. Sí
2. No (en caso de ser No, pasar a la #9)

8. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?  
1. Poco (sin estar alcoholizada) 2. Mucho (alcoholizada) 3. No recuerdo
9. ¿Consumió él drogas durante el más reciente incidente de maltrato?  
1. Sí 2. No (*En caso de ser No o No sé, pasar a la #7*) 3. No sé
10. En caso de ser Sí, ¿Qué tanto bebió?  
1. Poco (sin estar intoxicado) 2. Mucho (intoxicado) 3. No recuerdo
11. ¿Habías consumido drogas durante el más reciente incidente de maltrato?  
1. Sí 2. No (*En caso de ser No, pasar a la #13*)
12. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?  
1. Poco (sin estar intoxicada) 2. Mucho (intoxicada) 3. No recuerdo
13. ¿Durante el periodo anterior a este incidente de maltrato, notaste algo distinto en él que te diera a pensar que algo podría pasar? (*En caso de ser No, pasar a #15*)  
1. Sí 2. No (*en caso de ser No, pasar a #15*)
14. En caso de ser si, ¿qué? *Marca lo más sobresaliente .*  
1. \_\_\_ Su estado de ánimo, actitud (cómo)  
2. \_\_\_ La expresión de su cara, el modo en que hablaba  
3. \_\_\_ Por las amenazas que me hizo  
4. \_\_\_ Aumento en el consumo de alcohol, drogas  
5. \_\_\_ Cambios en su conducta. ¿Qué? \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

15. *Entrevistador (a), favor de puntuar y anotar la categoría en la casilla en blanco.*

**1 = en absoluto , 2 = poco 3 = moderadamente 4 =bastante, 5 = Mucho**

1.	¿Hasta qué punto crees que podías/puedes controlar un incidente de violencia?	
2.	¿Hasta qué punto crees que podrías prevenir incidentes de violencia futuros?	
3.	¿Hasta que punto crees que existe la probabilidad de que te vuelva a maltratar?	
4.	¿Funcionabas mal en otras áreas de tu vida (en tu rol de madre, laboral, etc.)?	

16. ¿Se disculpó o hizo cosas que mostraban que estaba arrepentido durante el más reciente incidente de violencia?

1. Sí 2. No(*En caso de ser No, pasar a la siguiente sección*)

17. ¿Qué te dijo o hizo? (*Marcar sólo una respuesta*)

1. Lloró 2. Expresión verbal de que lo siente 3. Prometió cambiar, dejar de beber, etc.  
4. Prometió que nunca volvería a suceder  
5. Intentó darte ayuda médica o ayudarte de algún modo (con las labores domésticas , niños, etc.)  
6. Trajo regalos, te dio dinero, te invitó a salir, etc. 7. Sexo, romance  
8. Más amable que lo usual 9. Otro

18. ¿Al cabo de cuánto tiempo después del incidente se mostró arrepentido o te dijo que lo sentía? (*Señala sólo uno*)





**1. Violencia Psicológica:** Ahora hablaremos de la violencia psicológica que ocurrió durante el peor incidente de violencia en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista:

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: " Te ha . . . "**

1.	Insultado o dicho cosas como "estúpida"		2.	No te permite dormir		3.	Amenazado con utilizar un arma	
4.	Expresado su desaprobación hacia ti		5.	Se puso muy celoso		6.	Pretendido hacer daño/matar a otros	
7.	Humillarte en público		8.	Controló tus actividades		9.	Amenazado con secuestrar a su(s) hij@(s)	
10.	Humillado en privado		11.	Controlado tu dinero		12.	Forzado a ser su sirvienta .	
13.	Interfiere en tus horarios de sueño		14.	Controlado dónde estabas		15.	Forzado a limpiar o trabajar en exceso	
16.	Forzado a consumir alcohol u otras drogas		17.	Forzado a que cumplas con sus expectativas		18.	Dicho que no tienes la habilidad para hacer algo	
19.	Forzado a vender drogas		20.	Impedido que descanses		21.	Negado a discutir o negociar	
22.	Se ha vuelto obsesivo en torno a la limpieza		23.	Rechazado		24.	Amenazado con matarte o a tus hijos	
25.	Interfiere en tu alimentación/ingesta		26.	Amenazado con suicidarse		27.	Amenazado con matar a otros	

**2. Violencia Física:** Ahora vamos a hablar sobre la violencia física que ocurrió durante el peor incidente de violencia en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista:.

*Entrevistador (a) lea cada ítem en alto y codifique el número de la respuesta en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: " te ha . . . "**

1.	Empujado		12.	Golpeado con un objeto	
2.	Zarandeado/sacudido		13.	Halado el cuerpo	

3.	Cogido las extremidades		14.	Estrangulado/Ahogado	
4.	Golpeado la cabeza		15.	Asfixiado	
5.	Mordido		16.	Quemado (o intentado)	
6.	Retorcido los miembros o los dedos		17.	Intentado ahogarte en el agua	
7.	Tirado objetos (a ti)		18.	Intentado envenenar	
8.	Abofeteó o golpeó con la mano abierta		19.	Usado o amenazado con un cuchillo	
9.	Dado un golpe con los puños		20.	Usado o amenazado con una pistola	
10.	Pateado		21.	Usado o amenazado con un vehículo	
11.	Tirado el pelo		22.	Otro _____	

3. **Violencia Sexual:** Ahora vamos a hablar sobre la violencia sexual que ocurrió durante el peor incidente de violencia en tu relación de pareja. Dime si te hizo o te amenazó con algo de la siguiente lista:

*Entrevistador (a), por favor leer cada ítem y anotar la categoría de frecuencia en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Amenazó 3=Una vez 4=2-4 veces 5=5 o más veces**

**Decir: "Te ha . . ."**

1.	Acercamientos sexuales que tu no deseabas		15.	Forzado/ coaccionado a practicar sexo anal	
2.	Hecho gestos sexuales no deseados		16.	Insertado objetos en los genitales	
3.	Tomó ventaja de la relación		17.	Forzado/ coaccionado a masturbarte	
4.	Solicitudes sexuales directas no deseadas		18.	Ha hecho el acto sexual de modo violento que te ha causado hematomas o mutilación	
5.	Mostró una actitud hostil hacia las mujeres		19.	Forzado/ coaccionado a ver pornografía	
6.	Tocado sexualmente la ropa o partes del cuerpo		20.	Forzado/ coaccionado a ver o otros teniendo relaciones sexuales	
7.	Tocado los genitales bruscamente o sin desearlo		21.	Ha tenido contactos sexuales sabiendo que tiene enfermedades de transmisión sexual	
8.	Forzado/coaccionado a realizar el acto sexual		22.	Forzado/ coaccionado a prostituirte	
9.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo oral		23.	Querido tener relaciones sexuales demasiado seguido	
10.	Forzado/ coaccionado a tener relaciones sexuales con otras personas		24.	Mantenido relaciones sexuales sabiendo que es VIH positivo	
11.	Forzado/ coaccionado a participar en actividades sadomasoquistas		25.	Te ha comparado con otras mujeres para desfavorecerte	
12.	Forzado/ coaccionado a realizar sexo con animales		26.	Se ha negado a tener relaciones sexuales contigo	
13.	Ha sido insensible con respecto a tus necesidades sexuales			Otro _____ _____ _____	

14.	Ha querido tener sexo después de maltratarte	
-----	--	--

4. ¿Qué consecuencias físicas te causaron su violencia durante el peor incidente violento?

1. ninguna dolor
2. Lesiones menores: hematomas, arañazos o
3. Lesiones leves a moderadas: lesiones que necesitaron cuidados mínimos (ej, vendaje, lavado)
4. Moderadas a graves: lesiones que necesitaron atención médica (ej, puntos, yeso, etc.)
5. Grave: las lesiones necesitaron un tratamiento médico inmediato (ej, se llamó a una ambulancia, requirió hospitalización, etc.)

Por favor , haz una lista de las consecuencias físicas y especifica cuales requirieron tratamiento médico.

---



---

5. ¿Había bebido él alcohol durante el peor incidente de maltrato?

1. Sí
2. No (En caso de ser No o No sé, pasar a la #7)
3. No sé

6. En caso de ser Si, ¿Qué tanto bebió?

1. Poco (sin estar alcoholizado)
2. Mucho (alcoholizado)
3. No recuerdo

7. ¿Habías bebido alcohol durante el peor incidente de maltrato.

1. Sí
2. No (en caso de ser No, pasar a la #9)

8. En caso de ser Sí, ¿qué tanto?

1. Poco (sin estar alcoholizada)
2. Mucho (alcoholizada)
3. No recuerdo

9. ¿Consumió él drogas durante el peor incidente de maltrato?

1. Sí
2. No (En caso de ser No o No sé, pasar a la #7)
3. No sé

10. En caso de ser Si, ¿Qué tanto bebió?

1. Poco (sin estar intoxicado)
2. Mucho (intoxicado)
3. No recuerdo

11. ¿Habías consumido drogas durante el peor incidente de maltrato.

1. Sí
2. No (en caso de ser No, pasar a la #13)

12. En caso de ser Si, ¿qué tanto?

1. Poco (sin estar intoxicada)
2. Mucho (intoxicada)
3. No recuerdo

13. ¿Durante el periodo anterior al peor incidente de maltrato, notaste algo distinto en él que te diera a pensar que algo podría pasar?

1. Sí
2. No (*en caso de ser No, pasar a #15*)

14. En caso de ser sí, ¿qué? *Marca lo más sobresaliente .*

1. \_\_\_ Su estado de ánimo, actitud (cómo)
2. \_\_\_ La expresión de su cara, el modo en que hablaba

3. \_\_\_ Por las amenazas que me hizo
4. \_\_\_ Aumento en el consumo de alcohol, drogas
5. \_\_\_ Cambios en su conducta. ¿Qué? \_\_\_\_\_
6. \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

15. *Entrevistador (a), favor de puntuar y anotar la categoría en la casilla en blanco.*

**1 = en absoluto , 2 = poco 3 = moderadamente 4 =bastante, 5 = Mucho**

1.	¿Hasta que punto crees que podías/puedes controlar un incidente de maltrato?	
2.	¿Hasta qué punto crees que podrías prevenir incidentes de malos tratos futuros?	
3.	¿Hasta que punto crees que existe la probabilidad de que te vuelva a maltratar?	
4.	¿Funcionabas mal en otras áreas de tu vida (en tu rol de madre, laboral, etc.)?	

16. ¿Se disculpó o hizo cosas que mostraban que estaba arrepentido durante el peor incidente de violencia?

1. Si
2. No (*En caso de ser No, pasar a la siguiente sección*)

17. ¿Qué te dijo o hizo? (*Marcar sólo una respuesta*)

1. Lloró
2. Expresión verbal de que lo siente
3. Prometió cambiar, dejar de beber, etc.
4. Prometió que nunca volvería a suceder
5. Intentó darte ayuda médica o ayudarte de algún modo (con las labores domésticas , niños, etc.)
6. Trajo regalos, te dio dinero, te invitó a salir, etc.
7. Sexo, romance
8. Más amable que lo usual
9. Otro

18. ¿Al cabo de cuánto tiempo después del incidente violento se mostró arrepentido o te dijo que lo sentía? (*Señala sólo uno*)

1. Inmediatamente después
2. Horas después
3. A la mañana o día siguiente
4. Días después
5. A la(s) semana(s) siguiente
6. Al mes(es) después

19. ¿Cuánto tiempo duró ese periodo amable o cariñoso?

1. menos de una hora
  2. hora(s)
  3. menos de un día
  4. día(s)
  5. menos de una semana
  6. semana(s)
  7. menos de un mes
  8. mes(es)
-



---



---



---



---



---



---



---



---



---

- *Siga después de la narración con la ficha específica para víctimas de desplazamiento forzado*

---

### Parte V: Funcionamiento Actual

1. *Sección de Relaciones Interpersonales:* Me gustaría saber cómo te sientes con respecto a tus relaciones con los demás. *Entrevistador (a), por favor lea cada ítem y escriba la categoría en el recuadro en blanco.*

**1=Nunca 2=Casi nunca 3=Ocasionalmente 4=A menudo 5=Siempre**

1.	¿Con qué frecuencia te sientes dependiente de otras personas?	
2.	¿Con qué frecuencia tienes dificultades para mantener relaciones de amistad?	
3.	¿Con qué frecuencia te sientes atrapada en una relación?	
4.	¿Con qué frecuencia sientes que no tienes amigos de verdad?	
5.	¿Con qué frecuencia sientes que necesitas controlar tus relaciones?	
6.	¿Con qué frecuencia te sientes sola?	
7.	¿Con qué frecuencia sientes que la gente te quiere?	
8.	¿Con qué frecuencia sientes que te haces buena amiga de alguien rápidamente?	
9.	¿Con qué frecuencia sientes miedo de formar relaciones muy cercanas?	
10.	¿Con qué frecuencia sientes que te tratan como si fueras una cosa?	

2. *Escala de Disfunción Sexual:* las siguientes preguntas están relacionadas con problemas actuales que tengas en tu actividad sexual. ¿Con qué frecuencia crees que experimentas lo que viene a continuación?

*Entrevistador (a), por favor lea cada ítem y escriba la categoría en el recuadro.*

**1=Nunca 2=Casi nunca 3=Ocasionalmente 4=A menudo 5=Siempre**

1.	¿Con qué frecuencia te interesas por actividades sexuales?	
2.	¿Con qué frecuencia te excitas mucho durante una actividad sexual?	
3.	¿Con qué frecuencia te sientes satisfecha con tu nivel de excitación durante una actividad sexual?	
4.	¿Con qué frecuencia alcanzas el orgasmo?	
5.	En general, ¿qué tan satisfecha estás con tu vida sexual?	
6.	¿Con qué frecuencia sientes dolor durante la actividad sexual?	

7.	¿Con qué frecuencia tienes pensamientos sobre sexo o fantasías sexuales?	
8.	En general, ¿con qué frecuencia disfrutas durante una actividad sexual?	
9.	¿Con qué frecuencia te sientes excitada sexualmente?	
10.	¿Con qué frecuencia sientes placer durante la actividad sexual?	

**3. Sección Distorsión de Imagen Corporal :** Quisiera saber tu grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a los siguientes enunciados.

*Entrevistador (a), por favor codifica los siguientes enunciados y anótalos en la casilla en blanco.*

**1=Nunca 2=Casi nunca 3=Ocasionalmente 4=A menudo 5=Siempre**

1	Estoy contenta con mi apariencia.	
2	Me doy cuenta de mis cambios de peso.	
3	Me gusta cómo me veo desnuda/sin ropa.	
4	Mi cuerpo es poco atractivo.	
5	Sé que mi peso es normal para mi edad y estatura.	
6	Si subo medio kilo me preocupa seguir subiendo de peso	
7	Estoy preocupada con el deseo de estar más delgada.	
8	Siento que mi estómago es demasiado grande.	
9	Exagero la importancia que se le debe dar al peso.	
10	A veces restrinjo mi ingesta de comida (como menos) como un medio para perder peso.	

**PCL-5**(Terence M. Keane, Ph.D *traducción Eduin Caceres-ortiz, Ph.D*)

Participante ID \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador/a Inicial: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de quejas y problemas que las personas pueden tener cuando han sido expuestas a eventos estresantes en su vida. Por favor lea las preguntas detenidamente, y marque uno de los números a la derecha para indicar qué tanto lo ha afectado el problema en el último mes.

<b>REACCIÓN:</b>	Nada en absoluto (0)	Un Poco (1)	Moderadamente (2)	Bastante (3)	Extremadamente (4)
1. ¿Ha tenido <i>recuerdos</i> inquietantes y no deseados que ocurren repetidamente, debido a la experiencia estresante de su pasado?	0	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido <i>sueños</i> perturbadores que ocurren repetidamente debido a una experiencia estresante en su pasado?	0	1	2	3	4
3. ¿De repente se siente o actúa como si la experiencia estresante estuviera sucediendo otra vez (como si la estuviera realmente allí reviviendo)?	0	1	2	3	4
4. ¿Se ha sentido muy <i>molesto</i> cuando algo <i>le recuerda</i> la experiencia estresante en su pasado?	0	1	2	3	4
5. ¿Ha tenido fuertes <i>reacciones físicas</i> cuando algo <i>le recuerda</i> la experiencia estresante de su pasado (por ejemplo: palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. ¿Evita recuerdos internos de la experiencia estresante (por ejemplo, pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)?	0	1	2	3	4
7. ¿Evita recuerdos externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. ¿Ha tenido problemas para recordar <i>partes importantes</i> de la experiencia estresantes de su pasado?	0	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido sólidas creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (ejemplo, tener pensamientos como: “yo soy malo, hay algo realmente mal en mí”, uno no puede confiar, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Se ha culpado severamente a sí mismo (a) o a alguien por la experiencia estresante o lo que pasó después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido sentimientos negativos fuertes como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. ¿Ha perdido el interés en actividades que disfrutaba en el pasado?	0	1	2	3	4



13. ¿Se ha sentido <i>alejado/a o distante</i> de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Se ha sentido irritable, enojado (a) o que actúa agresivamente?	0	1	2	3	4
15. ¿Tiene problemas para experimentar sentimientos positivos (ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor para sus seres queridos, o sentirse emocionalmente insensible)?	0	1	2	3	4
16. ¿Se ha sentido <i>alarmado/a</i> o ha estado al <i>acecho</i> o en <i>guardia</i> ?	0	1	2	3	4
17. ¿Toma demasiados riesgos o hace cosas que le hacen daño?	0	1	2	3	4
18. ¿Se siente nervioso/a o se asusta fácilmente?	0	1	2	3	4
19. ¿Tiene dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Tiene dificultad para conciliar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI II)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también; asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección:

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desanimada sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimada sobre futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

**3. Sentimientos de fracaso**

- 0 No me siento fracasada.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

**4. Pérdida de placer**

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

**5. Sentimientos de culpa**

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

- 3 Me siento culpable constantemente.

**6. Sentimientos de castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigada.
- 1 Siento que puedo ser castigada.
- 2 Espero ser castigada.
- 3 Siento que estoy siendo castigada.

**7. Insatisfacción con uno mismo**

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí misma.
- 1 He perdido confianza en mí misma.
- 2 Estoy decepcionada con migo misma.
- 3 No me gusto.

**8. Auto-críticas**

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o deseos de suicidio**

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2. Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier cosa.

3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

### **11. Agitación**

0 No estoy más inquieta o agitada que de costumbre.

1 Me siento más inquieta o agitada que de costumbre.

2 Estoy tan inquieta o agitada que me cuesta estar me quieta.

3 No me irrito absolutamente en nada por las cosas que antes solía irritarme.

### **12. Pérdida del interés**

0 No he perdido el interés por otras personas o actividades

1 Estoy menos interesada que antes por otras personas o actividades.

2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.

3 He resulta difícil interesarme en algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo decisiones más o menos como siempre.

1 Tomar decisiones me resulta difícil que de costumbre.

2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Inutilidad**

0 No me siento inútil.

1 No me considero tan valiosa y útil como solía ser.

2 Me siento inútil en comparación con otras personas.

3 Me siento completamente inútil.

### **15. Pérdida de energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía de la que solía tener

2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

### **16. Cambios en el Patrón de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1<sup>a</sup> Duermo algo más de lo habitual.

1b Duerno algo menos de lo habitual.

2<sup>a</sup> Duerno mucho más de lo habitual.

2b Duerno mucho menos de lo habitual.

3<sup>a</sup> Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy más irritable de lo habitual.

1 Estoy más irritable de lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable continuamente.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup> Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2<sup>a</sup> Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.

3<sup>a</sup> He perdido completamente el apetito.

3b Tengo ganas de comer continuamente.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me cuesta mantenerme concentrada en algo durante mucho tiempo.

3 No puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansada o fatigada que de costumbre.

1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

2 Estoy demasiada cansada o fatigada para hacer muchas cosas que antes solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesada por el sexo de lo que solía estar.

2 Estoy mucho menos interesada por el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés por el sexo.

FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Puntuación total

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK-BAI-  
(Beck, A; Brown, G Epstein, N & Steer, R (1988))

Código del paciente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la **última semana**, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

- (0) Nada, en absoluto
- (1) Levemente, no me molestó mucho
- (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- (3) Gravemente, casi no podía soportarlo

Items	N=0-3
1. Hormigueo o entumecimiento	
2. Sensación de calor	
3. Debilidad en las piernas	
4. Incapacidad de relajarse	
5. Miedo a que suceda lo peor	
6. Mareo o vértigos	
7. Palpitaciones o taquicardia	
8. Sensación de inestabilidad	
9. Sensación de estar aterrorizado	
10. Nerviosismo	
11. Sensación de ahogo	
12. Temblor de manos	
13. Temblor generalizado o estremecimiento	
14. Miedo a perder el control	
15. Dificultad para respirar	
16. Miedo a morir	
17. Estar asustado	
18. Ingestión o molestias en el abdomen	
19. Sensación de irme a desmayar	
20. Rubor facial	
21. Sudoración (no debido al calor)	

\_\_\_\_\_ Puntuación  
total

*Copyright por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M. E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.*

---

**Fortalezas**

---

Por favor, ahora dime cinco aptitudes/ puntos fuertes que veas en ti misma.

1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FASE PRETRATAMIENTO ENTREGA DE RESULTADOS DIAGNOSTICO

### Paso I: Saludo

Paso II: Se le explica a la mujer que ya se tiene los resultados de la etapa de evaluación.

En esta dos sesiones se han alcanzado dos objetivos. El primero, conocer mejor y de una manera mas detallada tu vivencia alrededor de la violencia de pareja, es decir las características, factores de riesgo, mantenimiento y la gravedad (y como se relaciona este violencia con la situación de desplazamiento que has vivido). El segundo, identificar las consecuencias que esta vivencia ha conllevado en tu salud física, psicológica y en general, así como, en tus relaciones interpersonales y percepción hacia el mundo que te rodea.

Con éste propósito se realizó una entrevista y se aplicaron una serie de instrumentos que identifican síntomas, que diferentes investigaciones sobre esta problemática han encontrado que son las consecuencias mas comunes en mujeres que sufren violencia de pareja como tu, como son la ansiedad, depresión, estrés postraumático, afectación en las relaciones con los demás.

Los resultados de estos fueron:

---



---



---



---



---

### Paso 3: Psicoeducación

Algunas personas luego de vivenciar una situación que llamamos traumática (*terrible e inesperada que no puedes manejar y te sientes vulnerable y/o insegura*), como lo es ser victima de violencia de pareja (o ser victima de desplazamiento forzado), va a impactar en tu vida en cuanto a sentimientos, formas de pensar, comportamientos, actitudes, y esperanzas.

La violencia de pareja es un conjunto de conductas abusivas que tienen como objetivo ejercer control y dominio sobre el otro, en este caso el hombre sobre la mujer, para conservar o aumentar el poder y la autoridad del hombre en la relación sentimental.

#### Tipos de violencia:

**Física:** todo comportamiento que cause daño o sufrimiento físico o de sus bienes. Como lo es abofetear, empujar, golpear, privación de cuidados médicos requeridos, restricción de dinero, daño a objetos.

**Sexual:** cualquier contacto sexual a la fuerza, sin autorización utilizando amenazas e intimidación. Puede incluir cierto tipos de actos sexuales, penetración o actos que vayan en contra de las creencia o hábitos de la mujer.

**Psicológica:** todo comportamiento verbal que ocasione daño emocional o afectivo, disminuya la autoestima, intimide, descalifique, ridiculice tanto en el hogar como fuera de este. En este tipo de violencia se incluye la económica y la social.

Manipulación económica y con hijos

Las consecuencias psicológicas que la violencia de pareja puede afectar dos componentes principales en la persona. El primer componente es el emocional: las emociones pueden verse afectadas conllevando a efectos psicológicos como por ejemplo la ansiedad y el estrés. En cuanto, a la ansiedad son aquellas preocupaciones, miedos, manifestaciones fisiológicas asociadas como problemas en la respiración, palpitaciones, sudoración, etc; el estrés asociado a la violencia de pareja que recibe el nombre de estrés postraumático son aquellas reacciones como si estuviera repitiéndose el evento, recuerdos repentinos, problemas de sueño, y estado de sueño permanente, entre otras, que hacen que la persona vea afectada sus emociones.

El segundo componente es el afectivo: el afecto puede verse alterado por la violencia conllevando a tristeza constante, sentimientos de culpa, de vergüenza, entre otras manifestaciones que caracterizan un estado depresivo, que a su vez, influye en el afecto y la confianza hacia uno mismo y hacia los demás.

Se les entrega un esquema donde se muestra las consecuencias de la violencia de pareja en los componentes emocional, afectivo, cognitivo y comportamental. *El terapeuta debe resaltar que a pesar de las consecuencias y problemas que esto conlleva, existen soluciones que los psicólogos han demostrado que sirven para superar estos problemas y que estos se van a utilizar en el tratamiento.*

También puede presentarse otras consecuencias en la salud como:

Físicas, como dolores de cabeza, en el pecho, estomago, golpes, fracturas, heridas, daños en otras partes del cuerpo y reducción en el funcionamiento físico.

Sexuales, trastornos ginecológicos, infertilidad, inflamación en la pelvis, problemas en el embarazo o aborto, enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado.

Fatales, muerte de la mujer, aborto y suicidio.

Paso 4:

El programa de tratamiento que te ofrecemos es de tipo grupal, va a ser un grupo entre 4 a 5 mujeres que han vivido la misma situación de violencia de pareja. Consta de 10 sesiones, de un encuentro semanal. Tiene como objetivo aliviar la sintomatología que genera la violencia de pareja, de la cual acabamos de hablar, mediante el entrenamiento de técnicas que te van a ayudar a controlar la ansiedad, técnicas para mejorar el estado de ánimo, y otras que te ayudaran a enfrentarte a la vida cotidiana y lograr una mejor adaptación. Va ser confidencial y será llevado a cabo con un terapeuta y un coterapeuta. El tratamiento que vas a recibir se basa en los tratamientos que han mostrado mejores resultados para combatir el impacto y consecuencias de la violencia de pareja, como terapeutas nos comprometemos con tu proceso pero es importante para que sea efectivo que te comprometa con el mismo y contigo misma.

Paso 5: Explorar tiempos en los que puede acudir al tratamiento

*La mujer debe escoger dos posibilidades dos días diferentes.*



## Apendice C

## Resumen Programa de Tratamiento

## Resumen primera sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Cohesión grupal y Encuadre de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de las participantes y de la terapeuta.</li> <li>- Escucha de expectativas</li> <li>- Explicación de los objetivos del tratamiento y sus características</li> <li>- Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y de las normas de funcionamiento.</li> <li>- Firma de compromisos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja con normas y compromiso de secreto terapéutico.</li> <li>- Un bolígrafo.</li> </ul>	30 minutos
⇒ Línea de la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la línea de la vida, resaltando acontecimientos más relevantes de la vida de las mujeres</li> <li>- Reflexionar sobre los hechos resaltados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja blanca</li> <li>- Marcadores</li> </ul>	30 minutos
⇒ Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualización del fenómeno del desplazamiento interno y consecuencias en la salud mental y en la estructura y dinámica familiar.</li> <li>- Retomar los conceptos de los tipos de violencia en pareja, y consecuencias</li> <li>- Ciclo y escalada de violencia de pareja e identificación de creencias y pensamientos negativos.</li> <li>- Componente emocional enfatizando en lo fisiológico.</li> </ul>	Tabla sobre consecuencias físicas, psicológicas, comportamentales, sexuales y reproductivos.	40 minutos
⇒ Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CD y aparato de música.</li> </ul>	15 minutos

---

⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de respiración.</li> <li>- Autorregistro de escalada de violencia, creencias y pensamientos negativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de creencias y pensamientos</li> <li>- Hoja resumen con las pautas de entrenamiento en respiración.</li> </ul>	5 minutos
----------------------------------	--	--	-----------

---

## Resumen segunda sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Apertura de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo y Reflexion de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.</li> <li>- Refuerzo por su cumplimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> </ul>	15 minutos
⇒ Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación acerca de creencias y pensamientos autocriticos</li> <li>- Explicacion sobre la ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja informativa.</li> </ul>	20 minutos
⇒ Reevaluación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en reevaluacion de creencias y pensamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra.</li> <li>- Bolígrafo y folio por participante.</li> </ul>	40 minutos
⇒ Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparato de música.</li> </ul>	15 minutos
⇒ Mejora de la autoestima y cierre de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad de cierre, en circulo comentando las cualidades de las compañeras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> </ul>	10 minutos

---

⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con reevaluación de creencias y pensamientos</li> <li>- Identificación de pensamientos intrusivos</li> <li>- Entrenamiento de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento y respiración.</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos
----------------------------------	---	---	------------

### Resumen tercera sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Apertura y revisión de tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad de saludo y cohesión grupal</li> <li>- Reflexión sobre la práctica de respiración</li> <li>- Reflexión sobre el registro de pensamientos y creencias y reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoregistros de pensamientos y creencias diligenciados en casa</li> </ul>	35 minutos
⇒ Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos intrusivos y detección de pensamiento.</li> <li>- Estrés y planificación de actividades agradables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero</li> </ul>	20 minutos
⇒ Entrenamiento de detección de pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de detección de pensamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero.</li> <li>- Bolígrafo</li> <li>- Autorregistro de pensamientos intrusivos diligenciado en casa</li> </ul>	30 minutos
⇒ Planificación de actividades agradables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de actividades agradables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de actividades agradables</li> </ul>	15 minutos
⇒ Control de los niveles de activación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparato de música.</li> </ul>	10 minutos

⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con Identificación de pensamientos intrusivos y con la practica de detección de pensamiento</li> <li>- Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables</li> <li>- Entrenamiento de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento.</li> <li>- Autoregistro planificación actividades agradables</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos
----------------------------------	--	--	------------

### Resumen cuarta sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Saludo y reflexión sobre las tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo y revisar la semana anterior</li> <li>- Reflexion sobre la práctica de respiracion</li> <li>- Reflexion sobre el registro de pensamientos y creencias y reestructuración cognitiva</li> <li>- Revisión de técnicas paradas de pensamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoregistros de pensamientos, aumento de actividades y creencias diligenciados en casa</li> </ul>	35 minutos
⇒ Psicoeducación sobre la culpa e ira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión de pensamientos y sentimientos de culpa e ira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero</li> <li>- Hojas de explicación</li> </ul>	20 minutos
⇒ Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y reevaluación de pensamientos y sentimientos de culpa e ira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de trabajo - culpa</li> </ul>	20 minutos
⇒ Entrenamiento en el control y parada del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de control de la ira, parada del comportamiento agresivo y las interpretaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero y equipos</li> </ul>	10 minutos
⇒ Entrenamiento en relajación progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de relajación tensión/distensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sillas</li> </ul>	15 minutos
⇒ Planificación de actividades agradables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de actividades agradables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoregistro de actividades agradables</li> </ul>	10 minutos

⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con Identificación de pensamientos intrusivos y con la práctica de detección de pensamiento</li> <li>- Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables</li> <li>- Entrenamiento en control de la IRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento.</li> <li>- Autorregistro planificación actividades agradables</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos
----------------------------------	--	---	------------

### Resumen quinta sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Saludo y reflexión sobre las tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo y revisar la semana anterior</li> <li>- Reflexión sobre que actividades agradables se desarrollaron en la semana</li> <li>- Reflexión sobre la práctica de respiración</li> <li>- Reflexión sobre la identificación de situaciones que causan ira, reacciones y nivel en el que se debe apartar de la situación.</li> </ul>	- Autoregistros de situaciones y reacciones	40 minutos
⇒ Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilo y habilidades comunicativas</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero</li> <li>- Hoja informativa estilos comunicativos</li> <li>- Hoja informativa pasos para solución de problemas</li> </ul>	50 minutos
⇒ Entrenamiento en relajación progresiva	- Entrenamiento de relajación tensión/distensión	- Salón y sillas	10 minutos
⇒ Planificación de actividades agradables	- Lista de actividades agradables	- Autorregistro de actividades agradables	10 minutos

⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con Identificación de pensamientos intrusivos y con la práctica de detección de pensamiento</li> <li>- Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables</li> <li>- Entrenamiento en control de la IRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento.</li> <li>- Autoregistro planificación actividades agradables</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos
----------------------------------	--	--	------------

### Resumen sexta sesión

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ Saludo y reflexión sobre las tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo y revisar la semana anterior</li> <li>- Reflexión sobre que actividades agradables se desarrollaron en la semana</li> <li>- Reflexión sobre la práctica de respiración</li> <li>- Realizar valoración de cambio percibido por las mujeres</li> <li>- Reflexión sobre el ejercicio registrado sobre comunicación asertiva</li> </ul>	- Autoregistros de situaciones y reacciones	35 minutos
⇒ Técnica solución de problemas	- Habilidades para los pasos 3 y 4 de solución de problemas	- Hoja de registro – pasos solución de problemas	30 minutos
⇒ Psicoeducación	- Componente afectivo – Depresión Autoestima y autoeficacia	- Tablero - Hoja informativa sobre la depresión y autoestima	15 minutos
⇒ Autoconocimiento	- Identificar aspectos positivos y negativos en diferentes áreas, como son el área social, laboral, familiar, de pareja, corporal y global	- Hoja de trabajo	20 minutos
⇒ Entrenamiento en relajación progresiva	- Entrenamiento de relajación tensión/distensión	- Salón y sillas	5 minutos

⇒ Planificación de actividades agradables	- Lista de actividades agradables	- Autoregistro de actividades agradables	10 minutos
⇒ Asignación de tareas para casa	- Continuar con identificación de aspectos positivos y negativos en cada una de las áreas - Continuar con identificación y definición de problemas a solucionar. - Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables	- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento. - Autoregistro planificación actividades agradables - Autorregistro de respiración	5 minutos

### Resumen séptima sesión

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas -Identificar la aplicación de la comunicación asertiva y solución de problemas y promover su uso.	Hoja de trabajo y registro	40 Minutos
Psicoeducación	-Estrés postraumático -Técnica de Exposición.	Hojas informativas	10 minutos
Exposición	-Entrenamiento en la técnica de exposición en imaginación a un episodio de Maltrato	Hoja de trabajo Una Grabadora por participante	45 Minutos
Procesamiento exposición	- Procesamiento exposición	Hoja de trabajo	15 minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	❖ Ninguno	5 Minutos

Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	❖ Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida ❖ Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos
--------------------------------	--	---	-----------

**Resumen octava sesión**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana, actividades agradables, respiración.	Salón	5 Minutos
Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento -Entrenamiento en la técnica de exposición en imaginación a otro episodio de Maltrato y procesamiento	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	70 Minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Psicoeducación	- Explicación y reflexión sobre autoeficacia y proyección hacia el futuro	Hojas del trabajo	35 minutos
Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	-Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida -Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos



**Resumen novena sesión**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana, actividades agradables, respiración.	Salón	5 Minutos
Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento -Entrenamiento en la técnica de exposición en imaginación a otro episodio de Maltrato y procesamiento	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	70 Minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Psicoeducación	- Explicación y reflexión sobre el riesgo, autocuidado, plan de seguridad	Hojas del trabajo	35 minutos
Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	- Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida - Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos

**Resumen décima sesión**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de las acciones emprendidas para lograr las	Salón	15 Minutos

metas.

Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	20 Minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Prevención de recaídas	- Ejercicios prácticos para fortalecer habilidades de comunicación, solución de problemas e identificación de las características de las relaciones sanas  - Resumen de habilidades y técnicas aprendidas	Hojas del trabajo	60 minutos
Cierre	-Expresión sobre el proceso realizado, cómo se sienten en la preparación para continuar. -Aplicación cuestionario de satisfacción con el tratamiento  - Acuerdo para la próxima sesión aplicación de instrumentos.	-Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida  -Auto-registro de Situaciones Evitadas	15 Minutos

## **Apendice D**

### **Descripción de las Sesiones del Programa de Tratamiento: Manual para Terapeutas**

#### **Primera Sesión**

Objetivos:

- Favorecer procesos de Cohesión grupal.
- Facilitar la motivación para el tratamiento y encuadre terapéutico
- Reconocer los acontecimientos más relevantes de su vida, momentos de cambio, experiencias importantes y modificaciones en el rumbo de la historia personal; a través de la técnica de la línea de vida.
- Realizar Psicoeducación sobre el ciclo y la escalada de la Violencia de Pareja, sobre desplazamiento forzado a las mujeres que lo han sufrido, y sobre creencias y pensamientos negativos.
- Desarrollar ejercicios de control de la respiración para el manejo de los niveles de activación fisiológica.

#### *Actividad 1. Presentación participantes*

- Presentación de las participantes y sus preferencias.

Descripción: Se le entrega a cada participante incluyendo terapeuta y coterapeuta una escarapela en donde anotaran con marcador el nombre y por la parte de atrás escribira lo que le gusta hacer. Con esta información se reúnen en pareja para presentarse y compartir sus preferencias. Posteriormente, cada persona presentará a su compañera: mencionará cómo le gusta que la llamen y sus preferencias.

- Presentación de terapeuta y coterapeuta y su rol.

El/la terapeuta y coterapeuta se presentan y explica en el rol que van a desempeñar en la terapia grupal.

Al finalizar esta actividad se les preguntará a las participantes que nombre les gustaría ponerle al grupo.

#### *Actividad 2. Expectativas y explicación del tratamiento*

- Las mujeres expresan sus expectativas sobre el tratamiento.

Descripción: lluvia de ideas. El/la terapeuta motiva a las participantes que expresen qué esperan de la terapia y cómo quieren verse después de ésta. El/la terapeuta las va

anotando en el tablero y el/la coterapeuta en el formato de expectativas de la carpeta grupal.

- Manejo de las expectativas

Descripción: el/la terapeuta va contrastando una a una las expectativas anotadas con los alcances y objetivos del proceso terapéutico. Se discuten y se ajustan las expectativas personales de cada participante a los objetivos reales del tratamiento y se explica las características de éste.

- Explicación del tratamiento.

La/el terapeuta hace el encuadre del trabajo grupal señalando que todas las participantes comparten la misma problemática y presentan, en consecuencia, dificultades similares. Explica que el tratamiento es específico para la violencia de pareja que se basa en los tratamientos que funcionan para las consecuencias derivadas de la violencia.

Las características principales del tratamiento son:

a) es breve es decir que son 10 sesiones, las primeras 4 serán 2 por semana y luego una semanal,

b) cada sesión tiene una duración de 2 horas aproximadamente.

c) es secuencial, es decir que se necesita seguir unos pasos para que haya un cambio, estos pasos deben hacerse poco a poco y en cada sesión se va a dar un paso, razón por la cual es necesario el compromiso de no faltar a ninguna, y completar todo el proceso terapéutico,

d) hay un proceso de aprendizaje y entrenamiento en algunas habilidades pero estas deben ser practicadas en casa para que sean afianzadas. Por esto, se dejará tareas, las cuales son ejercicios que van orientados al cambio y transformación de formas de actuar, de pensamientos para que de esa manera se rompa con el ciclo de la violencia. En este sentido puede cambiar la vida de pareja, una, puede ser que mejore la relación, o que se vea la separación como la principal opción, de una u otra forma lo importante es que ustedes no toleren la VP y modifiquen algunos roles en su familia,

e) es un tratamiento en grupo.

*El terapeuta debe enfatizar en la importancia del grupo como un espacio seguro para ellas en el que pueden expresarse libremente y en el que trabajar conjuntamente para lograr un mayor bienestar.*

Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y establecimiento de las normas de funcionamiento.

- La/el terapeuta comunica a las participantes que entiende la resistencia y la ansiedad inicial que pueden estar experimentando al encontrarse en una situación nueva y desconocida, y es un proceso que vamos a construir entre todo-as. En relación a este último aspecto, es importante hacer hincapié en la oportunidad que les brinda el grupo de sentirse comprendidas por personas que presentan las mismas dificultades que ellas, y aprender a través de la ayuda que puedan recibir de otras participantes y de la ayuda que ellas mismas puedan proporcionar al resto del grupo.

- Compromisos en la terapia grupal:

Descripción: Se explica que, puesto que el trabajo es conjunto, son necesarias ciertas normas de grupo que permitan un funcionamiento óptimo del mismo. El /la terapeuta expone por escrito (cartelera o tablero) a las participantes algunas normas imprescindibles para el trabajo en grupo, que hacen referencia a la confidencialidad, respeto, puntualidad, participación activa etc. y les anima a discutir las, a seleccionar las que consideren más relevantes y a añadir otras nuevas en caso de que lo estimen necesario.

Se enfatiza en que para alcanzar los objetivos terapéuticos es imprescindible la participación activa en las sesiones y la realización sistemática de las tareas asignadas para casa, entendiendo que es un trabajo que implica tiempo y esfuerzo pero vale la pena porque es la vida de ella y de sus familias que son necesarias cumplir.

Para finalizar ésta actividad, el/la terapeuta reparte el formato de compromisos para que las participantes lo firmen.

### *Actividad 3. Línea de vida.*

Se les brinda a las mujeres papel y un marcador, y se les dice que en este deben representar su vida con los momentos o eventos buenos y malos que han experimentado a lo largo de su vida. Que escojan un símbolo para representar los eventos buenos y los eventos negativos. Después de darles un tiempo para esto se les dice que escojan un evento positivo y otro negativo y quien desee los comparta con el resto del grupo.

Luego se hace reflexion sobre eventos adversos en la vida y eventos traumaticos y las consecuencias que esto puede conllevar en la vida, guiando tambien la reflexion hacia las potencialidades, fortalezas y maneras de afrontamiento de estas.

*Actividad 4. Psicoeducación.*

- En caso de que la mujer haya sido victima de desplazamiento forzado, la/el terapeuta fomenta la reflexion sobre las consecuencias de éste hecho, en el marco de las fases del fenomeno del desplazamiento y especifica con mayor detalle las consecuencias en salud mental y en la dinámica familiar.

Descripción:

En la primera fase, periodo anterior a la salida, predomina la opresión política de los grupos. En esta situación, las personas experimentan hechos violentos directos o indirectos que generan miedo e impulsa a las personas a salir de su lugar de residencia para proteger su vida.

Ejemplos sobre causas del desplazamiento forzado	
Amenazas directas	Amenazas indirectas
a) amenaza de reclutamiento forzado de la pareja	a) el temor a los enfrentamientos y combates
b) amenaza de reclutamiento forzado a alguno de sus hijos	b) masacres (s)
c) acusaciones de ser colaboradores de algún grupo legal o ilegal	c) por el asesinato o desaparición forzada de vecinos
d) por resistirse o no poder cumplir con alguna cuota extorsiva	d) alteracion de orden publico
e) Tortura (s)	
f) Por resistirse o no poder cumplir con alguna cuota extorsiva	
g) por asesinato desaparición forzada de algún miembro de la familia	

Estas situaciones de violencia que anteceden al desplazamiento generan: a) sentimientos de pérdida, pues se ha tenido que renunciar a sus pertenencias, forma de vida y a su entorno a partir de los cuales se había fundado un proyecto de vida tanto personal como familiar y su identidad cultural, b) cambio en la estructura familiar (por muerte o por separación) c) tristeza y/o duelos.

La segunda fase del desplazamiento “de salida” se caracteriza principalmente por el peligro del trayecto y la separación, en donde “la población se encuentra más

vulnerable frente a la violencia y a las condiciones precarias de la huida que pueden producir sufrimiento extremo e incluso muertes por enfermedad o hambre.

\*Se les pregunta a las mujeres sobre las consecuencias que sobrellevaron en este periodo.

Fase de asentamiento provisional que se caracteriza por el encuentro con la población receptora, en donde las personas desplazadas experimentan tensión por factores como a) el miedo a ser identificados o las amenazas de persecución, b) el escaso cubrimiento de las necesidades básicas (alimentación, abrigo y salud), c) algunas veces, la poca aceptación de la población, por imaginarios incorrectos de ésta que los percibe como una amenaza, d) la dependencia a otros, lo cual genera impotencia, desempoderamiento y pérdida de la confianza, e) el aislamiento y hacinamiento f) desestabilización económica, social y familiar g) el cambio de su cotidianidad y relaciones h) inseguridad y i) sentimientos de rabia y venganza.

La fase de reasentamiento las personas desplazadas enfrentan problemas de diferencias culturales, la dificultad de encontrar trabajo que no solo los pone en situación de dependencia de otros sino también les impide encontrar un lugar donde puedan vivir sin hacinamiento.

\*Se les pregunta a las mujeres sobre las consecuencias que sobrellevaron en este periodo.

Todas estas situaciones descritas causan malestar emocional tanto individual como colectivo y “redundan también en el deterioro de las relaciones familiares y en el aumento de índices del maltrato infantil y violencia intrafamiliar que alimenta el círculo de la violencia” (Rozo, 2000)

Todas estas vivencias traen consigo consecuencias psicosociales individuales (son diferenciales según, se trate de hombres o mujeres, niños, niñas o adolescentes, indígenas o afrodescendientes, lugar de procedencia rural/urbano) y colectivas como son: ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, procesos de culpabilizar, deseo de venganza, idealización de lo perdido, asumir el rol de víctima, dificultades de adaptación, estrés, rabia, empeoramiento de las condiciones de vida, desarraigo cultural, pérdida de formas tradicionales de organización, desesperanza, desintegración familiar, aumento de barreras sociales, impotencia, pérdida de identidad cultural, ruptura redes sociales y afectivas, desempleo, dificultades de adaptación, pérdida de identidad y cambio de roles.

\*Se les pregunta a las mujeres cuales creen que han sido sus consecuencias.

Cambios en la estructura y dinámica familiar:

La fragmentación de la estructura familiar que se reporta a partir de los hechos violentos que causaron el desplazamiento o en varias de las fases de éste (como se mencionó anteriormente), causa transformación en su dinámica y por ende tensión en el interior de la familia.

Cuando el padre falta, la madre debe asumir todo el peso económico del grupo familiar además de las responsabilidades de crianza, por lo que se ven obligadas a salir de su casa y desempeñar alguna labor para la generación de ingresos. Esta nueva situación altera, según Bello (2000), su cotidianidad y conlleva a veces a cambios en los roles de los hijos: los del medio tendrán que asumir el papel de madres o padres con los hermanos menores y los hijos mayores entrarán en la dinámica del rebusque para ayudar en el hogar.

Pero, no necesariamente debe ausentarse el padre para que se exprese el cambio de roles, pues también se dan en situaciones donde las familias están integradas por todos sus miembros. Tanto hombres como mujeres deben laborar en actividades nuevas; teniendo más posibilidades las mujeres, lo cual conlleva a implicaciones emocionales buenas o malas según la visión y aceptación que tenga la persona de esa nueva situación.

Estos nuevos roles y dinámicas resultan una carga, que agregados a los eventos violentos, conllevan a una situación emocional más difícil que los convierten posiblemente en padres que se concentran menos en la crianza; y mujeres y hombres agresivos e intolerantes con sus hijos y pareja, por lo cual los niveles de maltrato tienden a incrementarse.

\*Se les pregunta a las mujeres que quienes creen que el desplazamiento ha asentado la violencia de pareja o las tensiones entre la familia, con hijos, entre otros, y que tipo de violencia creen que aumento o fueron todas.

- Recordar de los tipos de violencia de pareja, y las consecuencias de la víctima.

La/el terapeuta explica la diferencia entre conflictos y violencia, le pregunta a las participantes los tipos de violencia y que den ejemplos de cada uno de estos, recordando lo explicado en la sesión individual de entrega de resultados y profundizando en la violencia psicológica. Se le entrega a cada participante una hoja informativa sobre los tipos de violencia de género que la mujer puede experimentar en el ámbito de pareja y sus consecuencias e impacto psicológico.



Se hace especial hincapié en las graves implicaciones que tiene la violencia sobre la salud mental de quienes la sufren (recuerdos permanentes relacionados con el maltrato, dificultad de concentración, dificultad para conciliar el sueño, pérdida de ilusión y de apetencia para llevar a cabo actividades, evitación de pensamientos, sentimientos, actividades y lugares, irritabilidad, explosiones de ira o llanto...), enfatizando en la normalidad de estas reacciones como respuesta a la situación traumática vivida por todas ellas.

Se les entrega las siguientes fichas

### TIPOS DE VIOLENCIA

#### FÍSICA:

Todo comportamiento que te haga daño te haga sufrir físicamente o cualquier otro maltrato que afecte tu integridad física o de tus pertenencias.

#### POR EJEMPLO:

Abofetearte, empujarte, golpearte, negarte cuidados médicos, manipularte con el dinero, etc.

#### SEXUAL:

Cualquier contacto sexual a la fuerza, sin tu autorización, utilizando amenazas e intimidación.

Puede incluir ciertos tipos de actos sexuales, penetración o juegos sexuales que vayan en contra de tus creencias, tus hábitos, deseos y necesidades.

#### PSICOLÓGICA:

Todo comportamiento verbal o físico que te ocasione daño emocional, disminuya tu autoestima, te intimide, descalifique o ridiculice, tanto en el hogar como fuera de éste.

En la violencia psicológica se incluye la violencia económica y social.



### CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD

#### CONSECUENCIAS FÍSICAS

- Dolores en pecho y estómago.
- Golpes, fracturas y heridas.
- Daños estomacales.
- Daños en los ojos o en otras partes del cuerpo.
- Reducción en el funcionamiento físico.



#### CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

- Depresión, ansiedad, angustia y estrés, que afectan tu salud.
- Baja autoestima.
- Adicción al alcohol, al tabaco o a las drogas.
- Deseos o intentos de suicidio, y comportamientos autodestructivos.
- Inseguridad sexual, incomodidad.



#### CONSECUENCIAS SEXUALES

- Trastorno ginecológico/infertilidad.
- Inflamación de la pelvis.
- Problemas en el embarazo/aborto.
- Complicaciones para una vida sexual sana.
- Enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH-SIDA.
- Embarazo no deseado.



#### CONSECUENCIAS FATALES

- Mortalidad relacionada con el SIDA.
- Mortalidad materna.
- Femicidio (muerte de la mujer).
- Suicidio.



OMS (Krug y Cols, 2002)

**FORMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

<p><b>AMENAZAS</b> El agresor amenaza con que:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te va a agredir físicamente.</li> <li>- Te quitará los hijos o les hará daño.</li> <li>- Les va a abandonar.</li> <li>- Les va a quitar su apoyo.</li> <li>- Se suicidará si lo dejas.</li> <li>- Si lo denuncias te mata.</li> </ul>
<p><b>INTIMIDACIÓN</b> El agresor trata de infundir miedo y quiere imponer el respeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usa miradas o gestos desafiantes.</li> <li>- Grita, alza la voz, no te deja hablar.</li> <li>- Muestra armas.</li> <li>- Destruye los bienes u objetos de la casa.</li> </ul>
<p><b>NEGACIÓN, MINIMIZAR Y CULPABILIZAR</b> Toleras la violencia con trampas psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niegas la violencia.</li> <li>- No haces nada para evitarla.</li> <li>- Responsabilizas a otros o a ti misma de lo ocurrido.</li> </ul>
<p><b>USAR LOS HIJOS O FAMILIARES</b> El agresor utiliza a tus hijos o familiares que te puedan influir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca aliados que toleren la violencia.</li> <li>- Pone a los hijos(as) en la mitad de los problemas.</li> <li>- Utiliza a los hijos para amenazar.</li> </ul>
<p><b>VIOLENCIA ECONÓMICA O FINANCIERA</b> El hombre quiere que dependas económicamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te niega o controla el dinero y los gastos.</li> <li>- Te impide que busques trabajo o te presiona para que te retires de éste.</li> </ul>
<p><b>VIOLENCIA SOCIAL</b> El agresor quiere aislarte completamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convencerte para que no salgas.</li> <li>- Controla lo que haces.</li> <li>- Justifica sus acciones con los celos.</li> </ul>

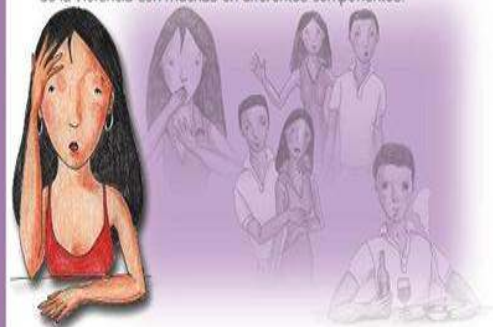
**CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

COMPONENTE	PROBLEMA	SOLUCIONES
Emociones	Ansiedad, estrés	Respiración, técnica de exposición, cambio de pensamientos
Afectos	Depresión y baja autoestima	Planeación de actividades agradables, cambio de pensamientos
Pensamientos	Falsas creencias, pensamientos malos	Detección de pensamientos, autoverbalizaciones
Comportamientos	falta habilidades sociales, para solucionar problemas y comunicación	Habilidades comunicativas, habilidades sociales

Es común en las mujeres maltratadas encontrar estos problemas. Lo importante, es conocerlos y saber que tienen soluciones si se busca el apoyo.

**SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA**

Es conjunto de problemas psicológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja, como se nota las consecuencias de la violencia son muchas en diferentes componentes.



- Explicación del ciclo y escalada de la violencia

Descripción:

La/el terapeuta entrega a cada participante una hoja informativa sobre las tres fases que componen el ciclo de la violencia y su impacto psicológico.

Se explica que el curso de la violencia de pareja tiene forma de espiral: al comienzo el maltrato es menos frecuente y puede implicar un insulto, ofensa o amenaza, pero en el futuro aumenta la intensidad, frecuencia y gravedad a violencia física y/o mixta y puede combinarse los tipos de violencia de los golpes, pudiendo e incluso llegar a la muerte.

En la espiral del maltrato se van dando tres fases que se repiten una y otra vez, agravando el problema.

a) Fase de acumulación o construcción de tensión, se caracteriza por cambios repentinos de estado de ánimo por parte del agresor y tensión de problemas cotidianos, se manifiestan en maltrato psicológico y la víctima en intentos por calmar al agresor se comporta de manera sumisa minimizando lo que está sucediendo; Cuando ésta tensión llega a cierto límite, aparece la segunda fase b) explosión o agresión, que se caracteriza por pérdida de control y descarga en otros tipos y niveles de agresión produciendo mayor daño físico, psicológico y sexual, Esta fase tiene una duración más corta, pero la mujer siente que ya no tiene ningún control sobre las agresiones perpetradas por su pareja, que haga lo que haga recibe malos tratos. y c) fase de reconciliación o arrepentimiento en donde el agresor pide perdón se muestra amable, protector y arrepentido, prometiendo una y otra vez a la víctima que no volverá a ser violento. y la víctima se lo concede excusando la situación.

Sin embargo, las etapas de este ciclo son cada vez más breves en el tiempo, lo que implica que los ataques, ya sean físicos, psicológicos, o sexuales serán cada vez más frecuentes, graves y peligrosos.

Es importante anotar que en los estudios se ha evidenciado que éstas fases aparecen de manera repentina y no tienen un ritmo regular (depende de cada dinámica de pareja) y que la respuesta de sumisión, indefensión y minimización de los episodios por parte de la víctima facilitan la repetición de las conductas violentas.

En estudios sobre la problemática hallaron que la violencia intrafamiliar (VIF), específicamente la de pareja, es múltiple, diversa y con el tiempo tiende a volverse repetitivo y crónico. Además encontraron que los involucrados reconocen como causas estructurales del evento violento conflictos no resueltos y tensiones acumuladas, lo cual se relaciona con el tipo de afrontamiento. Una de cada tres casos la frustración en relaciones conyugales y celos, falta de comunicación.



Evaluar y transformar:

Se les dice a las participantes que ahora cada una va a identificar el propio ciclo de la violencia, según su experiencia y como se vé en ese ciclo de la violencia. La meta del ejercicio es ayudarla a reconocer cuando su pareja esta construyendo hacia la explosión, aprender a protegerse e idear un plan para reducir la tensión. Si la tensión sube rápidamente a un nivel peligroso aprende a reconocer las señales para que decida apartarse de la situación.

Se les entrega marcadores o colores a las mujeres y se les dice que un papel dibujen el ciclo del incidente que escojan, la primera parte representando la fase de tensión, la segunda parte representando las consecuencias del incidente y la tercera fase de amor. Se les dice que para hacer este ejercicio se puede ayudar recordando experiencias específicas de maltrato un típico incidente, el peor de los incidentes. Trate de recordar los detalles y responda:

- Qué condujo a esto?, noto alguna tensión?
- Este incidente ocurrió despacio es decir, con maltrato verbal, escalando a empujar, pegar, y cada vez mas serio? O empezó con asfixia y amenazas con armas y otra violencia que causo otro tipo de heridas?
- Cuál fue la peor parte del incidente?,
- Qué paso después?, Hubo fase de arrepentimiento que cambio a no tensión por un momento? que hizo el?, que hizo usted?
- Aproximadamente cuanto tiempo tomo para que se produjera este incidente con relación al anterior o al siguiente
- Cuál fue la parte mas corta del ciclo?

Cuando las mujeres hayan terminado de dibujar se les dice que ahora deben identificar una creencia y un pensamiento que tenian o tienen generalmente en cada

uno de estos fases (tension, violencia y reconciliacion) y anotarlos en el dibujo que hicieron.

Al terminar se abre el espacio para hablar, las mujeres describen o explican su dibujo.

- Identificación de creencias y pensamientos irracionales

La/El terapeuta escribe en el tablero uno de los pensamientos escritos por las mujeres en cada una de las fases y el coterapeuta los escribe en la guía, se da una reflexión de estos y se comienza con reflexiones para el cambio de estas bajo argumentaciones.

\*Se reflexiona con las mujeres en que categoría estarían los pensamientos mencionados y anotados en este ejercicio. Así mismo se hace la diferencia entre creencias y pensamientos, pero como estos se influyen. Se añade que, dado el enorme malestar que provocan este tipo de cogniciones, es importante reducir su frecuencia y duración, para lo cual vamos a aprender dos técnicas; pero primero deben aprender a identificarlos, ya que esto se da en la cotidianidad y a veces los normalizamos pero si se afectan la forma de ser, de actuar, por lo tanto deben continuar identificándolos para la próxima sesión. Mujeres reconozcan el ciclo y escalada de la violencia en su dinámica de pareja, y sus creencias y pensamientos, pues esto va a ayudar a que la fase de arrepentimiento no tenga control sobre ellas y poder interrumpir el ciclo o prevenir la escalada en la tensión. Hay un tipo de pensamientos y creencias que nos hacen repetir el ciclo de la violencia y por lo tanto es de gran importancia identificarlos.

Dejar claro que, parar, la violencia de pareja se necesita el cambio por parte de los dos, y que por parte de la mujer lo que se necesita la NO tolerancia de la violencia y de tener claro sus derechos. Se deja de tarea continuar con el reconocimiento de los pensamientos.

#### *Actividad 4 Entrenamiento en control de la respiración.*

- Explicación del porqué y para qué de la respiración

Se explica a las participantes que la respiración es esencial para la vida y un antídoto contra el estrés, pero que, sin embargo, las condiciones de vida actual favorecen patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad. Se pone énfasis en que una respiración inadecuada provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilitaría la aparición de ansiedad, depresión, así como de fatiga física. Por el contrario, una respiración adecuada facilitaría una mejor oxigenación,

un mejor funcionamiento de los tejidos y un menor trabajo cardiaco, impidiendo así la aparición de fatiga física y de sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.

- Práctica de la técnica de respiración

A continuación se entrena a las participantes en la técnica de control de respiración y se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición horizontal para facilitar su aprendizaje. Durante la respiración la terapeuta enfatiza en el importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales y visualizar cómo al inspirar los pulmones se llenan de aire, oxigenado y puro, que recorre el organismo, y al espirar se eliminan todas las impurezas, tensiones y angustias que pudiéramos estar acumulando.

PASO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO
1	Coloque las mano encima del vientre (debajo del ombligo) y la otro encima del estomago. Tomo aire por la nariz, trate de llevarlo a la parte inferior de los pulmones ( levante la mano que esta encima del vientre) Se toma el aire y se trata de llenar la parte baja del estomago de aire. Es importante poner atención a las sensaciones corporales que tengo al respirar.	3.minutos Repetir 4 veces.
2	Coloco las manos en la misma posición que el paso 1 La respiración se lleva en dos tiempos: uno (respire por la nariz y trate de llevar el aire a la parte inferior de los pulmones) dos: (respire por la nariz y trate de llevar el aire a la parte media del estomago) Note como se levanta primero la mano situada en el vientre (cuando tome el aire profundamente) luego como se levanta la mano colocada en el estomago.	3.minutos Repetir 4 veces.
3	La inspiración se lleva en tres tiempos: Uno (tomo el aire por la nariz y trate de llevarlo hacia la parte inferior de los pulmones. En la misma inspiración. Dos trate de llevar el aire a la parte media del estomago y en tercer tiempo lleve el aire al pecho. Es importante sentirse cómoda con la cantidad de aire que toma, si siente que es demasiado y se está agitando pare por unos minutos y vuelva a intentarlo.	3.minutos Repetir 4 veces.
4	Coloque la mano en la misma posición que el paso 3 Llevo a cabo los mismos ejercicios del paso 3 Centre la atención en expulsar del aire e intente hacerla completa, pausada y constante Es útil silbar al final de la expulsión del aire y tratar de elevar los	3.minutos Repetir 4 veces.

	hombros al expulsar todo el aire.	
5	Este ejercicio es similar al del paso 4, pero la toma de aire se dirige a la parte inferior, luego a la media y finalmente a la parte superior del estomago en un tiempo.	3.minutos Repetir 4 veces.

*Actividad 5. Asignación de tareas para casa.*

Control de la respiración. Se pide a las participantes que lleven a casa el ejercicio de control de respiración trabajado en la sesión y se les pide que la practiquen diariamente durante 15 minutos, registrando el momento del día en que la llevaron a cabo y la manera en que se sintieron tras haberlo realizado.

Continuar registrando los pensamientos y creencias que permiten que se de el ciclo de la violencia, para ello se entrega a cada participante un autorregistro para ser complementado a lo largo de la semana, en el que además de las creencias y pensamientos deben señalar en que momento los tienen.

### RESUMEN PRIMERA SESIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Cohesión grupal y Encuadre de tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de las participantes y de la terapeuta.</li> <li>- Escucha de expectativas</li> <li>- Explicación de los objetivos del tratamiento y sus características</li> <li>- Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y de las normas de funcionamiento.</li> <li>- Firma de compromisos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja con normas y compromiso de secreto terapéutico.</li> <li>- Un bolígrafo.</li> </ul>	30 minutos
⇒ <b>Línea de la vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la línea de la vida, resaltando acontecimientos más relevantes de la vida de las mujeres</li> <li>- Reflexionar sobre los hechos resaltados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja blanca</li> <li>- Marcadores</li> </ul>	30 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualización del fenómeno del desplazamiento interno y consecuencias en la salud mental y en la estructura y dinámica familiar.</li> <li>- Retomar los conceptos de los</li> </ul>	Tabla sobre consecuencias físicas, psicológicas, comportamentales, sexuales y reproductivos.	40 minutos



	<p>tipos de violencia en pareja, y consecuencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciclo y escalada de violencia de pareja e identificación de creencias y pensamientos negativos.</li> <li>- Componente emocional enfatizando en lo fisiológico.</li> </ul>		
<p>⇒ <b>Control de los niveles de activación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CD y aparato de música.</li> </ul>	<p>15 minutos</p>
<p>⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en la técnica de respiración.</li> <li>- Autorregistro de escalada de violencia, creencias y pensamientos negativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de creencias y pensamientos</li> <li>- Hoja resumen con las pautas de entrenamiento en respiración.</li> </ul>	<p>5 minutos</p>

***COMPROMISO Y CONFIDENCIALIDAD DE TRABAJO TERAPÉUTICO Y  
NORMAS DEL GRUPO***

**NORMAS DE TERAPIA DE GRUPO**

1. Es importante ser puntuales en la asistencia a las sesiones.
2. La asistencia a todas las sesiones es necesaria.
3. Lo trabajado en la sesión debe quedar sólo entre nosotras.
4. Debemos llevar a cabo las tareas para casa durante la semana.

5. Se requiere la participación activa de cada una de nosotras durante la sesión.
6. Todas las opiniones son válidas, estamos para escucharnos y aprender las unas de las otras, sin miedo a ser juzgadas.
7. La honestidad en nuestros testimonios es muy importante y ayuda en el avance del proceso.
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

### COMPROMISO Y CONFIDENCIALIDAD

Las abajo firmantes, integrantes de este grupo de tratamiento, nos comprometemos a asistir con regularidad a las sesiones, a llevar a cabo las tareas recomendadas y a guardar secreto con familiares, vecinos/as, amigos/as sobre las confidencias del resto de las participantes del grupo, ya que esto puede ser perjudicial para cada una de nosotras, al violar la confianza depositada en el grupo en general y en cada una de nosotras en particular.

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

### AUTOREGISTRO DE CREENCIAS Y PENSAMIENTOS IRRACIONALES

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Diligenciar el cuadro, teniendo en cuenta que:

acontecimiento activador, hará referencia a alguna situación relacionada con la experiencia de maltrato experimentada por las participantes; creencias o pensamientos indicará las interpretaciones y pensamientos irracionales suscitados por el acontecimiento; y consecuencia, corresponderá a la respuesta emocional experimentada como consecuencia de las creencias o pensamientos que hayas tenido como por ejemplo tristeza, ternura, rabia, culpa, vergüenza, entre otras; en el cuadro de nivel de malestar calificas que tanto te sientes mal con esa creencia o pensamiento.

### AUTO-REGISTRO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DÍA	ACONTECIMIENTO	CREENCIAS	PENSAMIENTOS ACERCA DE SI MISMA Y EL MUNDO (ej: autocríticos)	CONSECUENCIAS	NIVEL DE MALES TAR 1 A 10
LUNES					
MARTE S					
MIÉRC OLES					
JUEVES					
VIERN ES					
SÁBAD O					
DOMIN GO					

FECHA	DURACIÓN	Cómo me sentía?	¿Cómo me sentí? Sensaciones, Sentimientos, Reacciones Físicas, etc.
	Inicio      Fin		

<b>LUNES</b>				
<b>MARTES</b>				
<b>MIÉRCOLES</b>				
<b>JUEVES</b>				
<b>VIERNES</b>				

## **SEGUNDA SESIÓN**

Objetivos:

- Reflexionar sobre lo acontecido en la semana en cuanto a las tareas
- Realizar psicoeducación sobre creencias y pensamientos
- Practicar la técnica de reevaluación cognitiva

- Desarrollar ejercicios de control de la respiración para el manejo de los niveles de activación fisiológica.

*Actividad 1. Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

De pie en círculo cercano cada participante saluda a las demás con las palabras o frases que quiera o mensajes que le quiera decir a las otras personas, así mismo manifiesta una habilidad que tenga y algo que le guste hacer.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta pregunta cómo les fue con los ejercicios de respiración qué aspectos se les dificultaron y cuales les favorecieron, cómo les pareció hacer el ejercicio, en que momentos los hacían, en cuales lugares y recoge los auto registros. Se insiste en la idea de que una respiración adecuada es un aprendizaje y en la necesidad de seguir practicándola tanto en sesión como en casa. Se refuerza a cada una de ellas por haber llevado a cabo las tareas para casa.

- El otro registro se recoge al finalizar la psicoeducación.

*Actividad 2. Psicoeducación*

- Identificación pensamientos y creencias que posibilitan que el ciclo y escalada de violencia se presente y creencias que han sido consecuencia de la violencia de pareja.

Se explica a las participantes la relación que existe entre nuestros pensamientos y sentimientos, en el sentido de que pensamientos negativos, erróneos o autocríticos provocan sentimientos marcados por un alto grado de malestar, y viceversa, así como también, influyen en la manera en cómo nos vemos a sí mismos, a los demás y al mundo y por ende en la forma en cómo actuamos.

La/El explica que existen dos tipos de pensamientos generadores de malestar, unos son pensamientos repetitivos e involuntarios en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato, y los otros son creencias y pensamientos autocríticos, principalmente de baja autoestima, vergüenza y culpabilidad por la violencia experimentada.

Se añade que es importante trabajar con estos pensamientos generadores de ansiedad y que para los primer tipo de pensamientos la meta es lograr detectar esos pensamientos que surgen de manera automática y detenerlos, y para el segundo tipo

de pensamientos se deben someter a debate y discusión con el objeto de sustituirlos por un nuevo pensamiento más acertado y que no produzca malestar.

Primero hablaremos de los pensamientos autocríticos e irracionales. Existen diferentes formas de mirarse a uno misma, al mundo y a los demás:

Focalizando en lo Negativo: Prestar atención a lo negativo y desatender lo positivo.

Personalizando: Asumir el 100 % de la responsabilidad en los acontecimientos negativos.

Hipergeneralizando: Sacar una regla general y universal a partir de un detalle específico. “si fracase una vez siempre fracasaré.

Utilizando excesivas expresiones debería/tengo que: Excesivas autoverbalizaciones de sobreexigencia, también referidas al mundo o a los demás.”Debería haber actuado antes”, “No debería haberme ocurrido”

Leyendo la Mente de los Demás: Suponer que los demás no se interesan por ti, que no le gustas a los demás, etc. Sin pruebas de que esas suposiciones sean correctas.

Pensando de Manera Extrema: significa categorizar la experiencia en términos extremistas y dramáticos. “tengo que ser perfecto de lo contrario no valgo nada”.

**LO COGNITIVO**

**CREENCIAS Y AUTOVERBALIZACIONES**

Son las cosas en las que crees y que te dices a ti misma. Cuando estás en una situación conflictiva o por tus sentimientos hacia tu pareja, hijos o familia es difícil que pienses adecuadamente, conllevando a distorsionar la realidad y pensar erróneamente.

La forma como piensas las cosas o situaciones hace que te sientas y te comportes de acuerdo a ello.

**ALGUNAS CREENCIAS IRRACIONALES**

- No pasa nada (minimizar el problema).
- Siempre será así y para qué tratar de cambiar (generalización y desesperanza).
- Es por culpa mía (personalizar).
- Cuando las cosas salen bien es por los demás.



13 16

**CAMBIANDO MIS AUTOVERBALIZACIONES**

Las autoverbalizaciones más comunes en una mujer en situaciones de violencia de pareja son las que se observan en la columna de la izquierda, compare y contraste con los derechos de la mujer.

AUTOVERBALIZACIONES	DERECHOS DE LA MUJER
"Merezco que me traten mal" "No puedo sentirme mal, ni llorar"	Derecho a ser tratada con respeto y dignidad. Derecho a estar sola cuando así lo elijas.
"No puedo hacer nada sin que él lo sepa, no puedo darme gustos porque es malgastar el dinero"	Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otras personas.
"No puedo decir lo que pienso y siento"	Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
"No me siento bien, soy fea y hago las cosas mal."	Derecho a sentirte a gusto contigo misma.
"No puedo cometer errores"	Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.
"Pienso una cosa y hago otra cosa, siempre pasa lo mismo."	Derecho a cambiar de opinión, derecho a opinar y expresarte.
Creo que le caigo mal a la gente y sé que no debo esperar nada bueno de mí.	Derecho a saber los demás que piensan y esperan de ti.
No importa lo que yo necesite, lo importante es que él me da de comer.	- Derecho a tener tus propias necesidades y tratar de solucionarlas.
"No puedo hablar de eso, se molestará conmigo, mejor dejo las cosas así"	- Derecho a hablar del problema con la persona involucrada y aclararlo.
"Para qué digo algo si nunca me tienen en cuenta"	- Derecho a ser escuchada y a ser tomada en serio.
"Para qué le pido si nunca me da nada"	- Derecho a pedir lo que quieras (claro la otra persona tiene el derecho de decir que no).
"Me moriré en el intento de buscar soluciones posibles"	- Derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
"Ya para qué estudiar o capacitarme" "No voy a conseguir otro hombre" "No voy a conseguir trabajo"	- Derecho a equivocarme y volver a empezar.
"A él no le gusta que le lleve la contraria, le debo hacer caso"	- Derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirte culpable o egoísta.

*Evaluar y transformar*

La/El terapeuta explica la diferencia entre los pensamientos y las creencias, luego lee varios ejemplos de los mencionados en la sesión anterior y los que hicieron en casa, se les pregunta a las mujeres que lo clasifiquen como pensamiento o como creencia.

Luego escoge un pensamiento y con este hace el ejercicio de reevaluación, muestra como ese pensamiento influye en los sentimientos, en la forma en cómo se ven a sí mismas y guía para que entre todas las participantes den unas ideas de cómo se podría cambiar éste pensamiento. Hace el mismo procedimiento con una creencia.

Después se les entrega la hoja guía (reevaluación de creencias y pensamientos) cada mujer debe escoger del autoregistro al menos dos creencias y dos pensamientos que deben transformar, lo cual, deben escribir para luego compartir en grupo.

\*Reflexión: En relación a los sentimientos de culpa se recalca la idea de que la conducta violenta es única y exclusivamente responsabilidad del agresor y, más concretamente, de sus pensamientos y emociones. Se insiste en que el

comportamiento de la víctima no guarda relación alguna con el hecho de recibir malos tratos y, por lo tanto, los pensamientos alternativos tienen que ser congruentes con esta idea. Sin embargo, es importante diferenciar esta indefensión frente a la ocurrencia de los episodios violentos en cuanto a la percepción que muchas víctimas tienen de que no pueden hacer nada para aumentar su seguridad. En conclusión, es fortalecer la idea de no permitir la violencia y tampoco ejercerla.

Por otro lado, es frecuente que estas mujeres generalicen la experiencia traumática a la totalidad de la vida y vean el mundo como un lugar peligroso y hostil en el que nunca se puede predecir quién puede provocar daño, por lo que es importante reestructurar este esquema mental.

Se insiste en la importancia de evitar pensamientos sobre generalizadores a cerca de sí mismas y del mundo.

La mayoría de mujeres piensan o explican el mantenerse con el agresor por sus hijos, evidenciarles que los riesgos y efectos negativos son peores cuando ellos ven y crecen viendo este tipo de violencia en su familia.

- Explicación del mecanismo de la ansiedad, su manifestación y como la podemos controlar

Se entrega a las participantes una hoja informativa y se les explica que la ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas (pensamientos y emociones) innata de nuestro organismo que tiene como misión la supervivencia, por lo que es beneficiosa para el ser humano.

Cada vez que hay un peligro, reaccionamos de la misma forma, pensamos las mismas cosas, sentimos las mismas sensaciones, actuamos de forma similar; esta reacción es ansiedad. Así pues, ante una situación peligrosa, real que implique un desafío o reto el circuito de la ansiedad se dispara, haciendo que reaccionemos de la forma más eficaz para poder sobrevivir. Podríamos decir que estamos aquí y que somos lo que somos, gracias a la ansiedad.

Ante situaciones que objetivamente entrañan un peligro (Ej.: un obstáculo en la carretera), o que suponen un desafío (Ej.: hablar en público) en todos los seres humanos se dispara la ansiedad y el organismo se acelera, haciéndonos más eficaces (Ej.: maniobrar rápidamente, pensar más rápido). Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas que depende de la ocasión puede ser: huida / lucha y existen aspectos



corporales o fisiológicos que podemos reconocer como palpitaciones, sudoración, enrojecimiento de mejillas, entre otros

También puede ocurrir que esta potencial aliada nos traicione. Existen dos circunstancias en que la ansiedad deja de ser beneficiosa para convertirse en un problema, estas son:

- Cuando la ansiedad se dispara en situaciones que no suponen ningún tipo de riesgo o amenaza, o al menos la probabilidad de peligro es muy escasa (Ej.: subir en ascensores, viajar en el metro...).

- Cuando hay una situación desafiante y la persona necesita actuar de una manera especial (Ej.: examen importante), pero la ansiedad es tan desproporcionada que bloquea su respuesta (Ej.: quedarse en blanco). Un nivel moderado de ansiedad ayudaría a la persona a pensar más rápido y a recordar mejor la información, pero un nivel demasiado elevado entorpecería su actuación.

Por lo tanto, se podría hablar de dos problemas de ansiedad: 1. Cuando la persona siente mucha ansiedad, ante situaciones en las que la mayoría de las personas no se ponen ansiosas y 2. Cuando se experimenta un grado extremo de ansiedad en situaciones donde la mayoría de las personas se sentirían solo moderadamente ansiosas.

Finalmente se describe en qué consiste un ataque de pánico, se identifican junto con las participantes las sensaciones que se experimentan durante el mismo; se realiza una actividad corporal para este objetivo; y se da explicación del porqué se manifiestan.

### IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LO FISIOLÓGICO O EMOCIONAL

Las emociones nos activan para actuar, y las relaciones con otras personas pueden despertar en nosotros diferentes emociones como la ira, ansiedad, alegría, tristeza etc.

#### ANSIEDAD

La ansiedad no es mala, es beneficiosa para hacernos actuar ante situaciones de amenaza o peligro. Cuando la situación nos supone peligro o cuando la respuesta a la situación es tan fuerte que no nos permite actuar, se pierde la finalidad de la ansiedad y por el contrario bloquea o entorpece nuestra forma de actuar; en este caso la ansiedad no es buena y necesita ser controlada.

#### SEÑALES DE ANSIEDAD:

- Tensión muscular.
- Sudor en la palma de las manos.
- Molestias estomacales.
- Respiración entrecortada.
- Sensación de desmayo.
- Taquicardia (el corazón late más rápido de lo normal)



#### *Actividad 3. Ejercicio de respiración.*

Se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición sentada. Durante la respiración la terapeuta enfatiza en el importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales y visualizar cómo al inspirar los pulmones se llenan de aire, oxigenado y puro, que recorre el organismo, y al espirar se eliminan todas las impurezas, tensiones y angustias que pudiéramos estar acumulando.

#### *Actividad 4. Mejora de la autoestima y la empatía grupal.*

Las mujeres de pie en un círculo, manifiestan como se sienten. Luego cada participante dice un aspecto positivo de la persona que está a su lado derecho.

*Actividad 5. Asignación de tareas para casa.*

- Práctica de evaluación y transformación de creencias y pensamientos
- Registro de síntomas de reexperimentación. Se entrega a cada participante un auto-registro para ser complementado a lo largo de la semana, en el que además de los síntomas de reexperimentación, deben señalar el grado de malestar que les provoca. Se explica que son pensamientos intrusivos y como diligenciar el formato.
- Práctica de la respiración durante 20 minutos al día, registrando el momento del día y la manera en que se sintieron tras haberlo realizado.

**RESUMEN SEGUNDA SESIÓN**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Saludo y Reflexión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	- Explicación acerca de creencias y pensamientos autocríticos - Explicación sobre la ansiedad	- Hoja informativa.	20 minutos
⇒ <b>Reevaluación cognitiva</b>	- Entrenamiento en reevaluación de creencias y pensamientos.	- Pizarra. - Bolígrafo y folio por participante.	40 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	- Aparato de música.	15 minutos
⇒ <b>Mejora de la autoestima y cierre de la sesión</b>	- Actividad de cierre, en círculo comentando las cualidades de las compañeras.	- Ninguno	10 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b>	- Continuar con reevaluación de	- Hojas de autorregistro de	10

	creencias y pensamientos - Identificación de pensamientos intrusivos - Entrenamiento de la respiración.	detención de pensamiento y respiración. - Autorregistro de respiración	minutos
--	---	---	---------

**AUTOREGISTRO DE REEVALUACION DE CREENCIAS Y  
PENSAMIENTOS AUTOCRITICOS**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>CREENCIA</b>	<b>DONDE LA APRENDI</b>	<b>NUEVA CREENCIA ARGUMENTADA</b>

<b>PENSAMIENTO</b>	<b>SITUACION EN DONDE ESTE DETERMINA MI FORMA DE ACTUAR</b>	<b>NUEVO PENSAMIENTO</b>

--	--	--

### AUTO-REGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS REPETITIVOS, RECUERDOS, IMÁGENES... RELACIONADOS CON EL MALTRATO	GRADO DE MALESTAR EXPERIMENTADO (0-10)	COMENTARIOS

**AUTO-REGISTRO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	DURACIÓN		¿Cómo me sentí? Sensaciones, Sentimientos, Reacciones Físicas, etc.
	Inicio	Fin	
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

### SESION 3

#### Objetivos:

- Reflexionar sobre lo acontecido en la semana en cuanto a las tareas
- Practicar la técnica de reevaluación cognitiva
- Entrenar en la Técnica de Detención de Pensamientos
- Realizar psicoeducación sobre estrés
- Desarrollar ejercicios de control de la respiración para el manejo de los niveles de activación fisiológica.

#### *Actividad 1. Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

De pie en círculo cercano cada participante saluda a las demás con las palabras o frases que quiera o mensajes que le quiera decir a las otras personas, así mismo manifiesta una habilidad que tenga.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta pregunta cómo les fue con los ejercicios de respiración qué aspectos se les dificultaron y cuales les favorecieron, cómo les pareció hacer el ejercicio, en que momentos los hacían, en cuales lugares y recoge los auto registros. Se insiste en la idea de que una respiración adecuada es un aprendizaje y en la necesidad de seguir practicándola tanto en sesión como en casa. Se refuerza a cada una de ellas por haber llevado a cabo las tareas para casa.

- Reflexión sobre la identificación de creencias y pensamientos

La/El terapeuta pregunta como les fue con los registros de las creencias y pensamientos, les dice a las participantes que cada una comparta con el grupo dos creencias y dos pensamientos y como fue el ejercicio de reevaluación. A partir de esto se realiza análisis y reflexión de los ejemplos.

Los efectos de la violencia en niños

Algunos niños tratan de intervenir en los episodios de violencia y como resultado salen lastimados. También pueden salir lastimados involuntariamente. Así mismo, al ver, oír, la experiencia puede ser aterradora, crear confusión y hacer daño en la salud psicológica y en el desarrollo intelectual.

Las investigaciones han demostrado los siguientes efectos en las diferentes etapas del ciclo vital: preescolar y primaria: grandes problemas psicossomáticos como dolor de

estomago, dolores de cabeza, enfermedades imaginarias, fobia al colegio, orinarse en la cama, y dificultades al dormir. Niños mas grandes, muestran mas comportamientos sexuales específicos. Niños pueden ser mas agresivos en el colegio u otras dificultades en el comportamiento social y las niñas pueden tener problemas de concentración. En la adolescencia los adolescentes tienden a usar la fuerza para resolver problemas interpersonales, y tienden a comportarse agresivos con las novias y madres. Las adolescentes tiene sentimientos de inutilidad y depresión, actitudes negativas en cuanto al matrimonio y desconfianza de relaciones intimas. En general niños expuestos a este tipo de violencia tienden a tener conflictos emocionales, con gran grado de ansiedad y problemas de solución de situaciones.

#### Proceso de discusión

Ayudando a los niños a curarse de la exposición a la violencia domestica.

Si tus hijos han sido expuestos hay cosas que puedes hacer. Primero, recuerda que la exposición puede afectar a cada uno de tus hijos de diferentes maneras, depende de la personalidad, desarrollo intelectual, constitución biológica, y las influencias sociales y culturales. Algunas veces la violencia polariza a la familia unos con el padre y otros con la madre. Si el divorcio ocurre en la adolescencia no es raro que escoja lealtad en vez de por quien va a tener mayor posibilidad de dinero o de libertad.

Es importante mantener el contacto abierto con los hijos, aunque el o ella hayan decidido no verte por un tiempo. Con frecuencia el maltratador forza a los hijos a tomar esa difícil decisión entre ellos o tu. Normalmente los hijos quieren verse con los dos padres luego de un divorcio, es importante que no limites los tiempos de verso con su padre a no ser que tengas conocimiento de abuso o maltrato. Entre mas dejes la libertad en que los niños decidan el tiempo de ver a su padre mejor se van a adaptar ellos. Se clara en que siempre serás su madre y mantén la comunicación abierta con ellos.

Cambiando comportamientos negativos a positivos: Cuando tus hijos han sido expuestos a violencia de pareja, hay violencia en la comunidad, lo mejor que puedes hacer es tratar de alejar la violencia de tu casa para que aprendan nuevas formas de solución de problemas y comunicación.

No usar castigos físicos con tus hijos, mas bien haz disciplina atraves de la comunicación y el comportamiento de tiempo fuera. No hacer interacciones negativas, es decir decirles cosas positivas de su forma de ser, varias veces al día, hablar sobre



las formas en las que podría ayudar por sus competencias, decirle lo que lo quiere, abrazarlo.

*Actividad 2. Psicoeducación pensamientos intrusivos y Entrenamiento en la técnica de detención de pensamiento.*

La/El terapeuta explica que investigadores en el tema manifiestan como irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere, de forma importante, en la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis, 1977)

El método de detención de pensamiento (También llamada bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados a la violencia de pareja. Es decir, “se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo.” (Wolpe, 1993, Pág. 123) Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto “las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir” (Wolpe, 1969, citado por Sánchez, 2002a, Pág. 39).

Se explica que consiste en concentrarse en los pensamientos no deseados, y después de un corto periodo de tiempo detenerlos y eliminarlos de la mente. El objetivo último es aumentar nuestro control sobre estos pensamientos para conseguir que dejen de perturbarlos. Se vuelve a insistir que esto es una habilidad que puede ser aprendida por medio de la práctica y que resulta de mucha utilidad para eliminar esos pensamientos autodevaluantes e intrusivos que son recurrentes, provocan alto grado de malestar e interfieren en la realización de otras actividades.

Cada participante va a elegir entre la lista realizada pensamientos (del autoregistro) aquél que le provoque un grado medio de malestar, y lo va a verbalizar en voz alta para ser supervisado por la terapeuta, con el objeto de asegurar que la formulación del mismo sea lo más concreta posible. A continuación se establece el punto de corte, una palmada y la verbalización de “BASTA”, y la tarea distractora, escribir una cualidad propia y una cualidad de la compañera que está sentada a su derecha en sesión.

Se pide a las participantes que con los ojos cerrados se concentren en el pensamiento traumático seleccionado y que levanten la mano tan pronto como lo consigan. En este momento el/la terapeuta da una palmada y de manera enérgica pronuncia la palabra “BASTA”, pidiendo a continuación que lleven a cabo la tarea distractora. Este

ejercicio se lleva a cabo tres veces, y una vez finalizado se les pide que verbalicen los resultados obtenidos, para comprobar que el pensamiento está siendo cortado.

Una segunda parte del ejercicio consiste en que ellas mismas introducen el estímulo de corte y para ello van a volver a llevar a cabo el ejercicio, esta vez pronunciando ellas mismas la palabra “BASTA” para detener el pensamiento y continuar con la tarea distractora, se resalta la importancia de que sean ellas mismas, pues el/la terapeuta no estará siempre al lado de ellas. Se lleva a cabo tres veces y se realiza la puesta en común.

Para finalizar y con el objeto de que puedan hacer uso de esta técnica en cualquier momento y lugar, se les explica que es importante que introduzcan el estímulo de manera encubierta, es decir, imaginándolo y lleven a cabo la tarea distractora también de esta manera. Para ello, van a imaginar que oyen la palabra “BASTA” en su mente, y van a introducir como tarea distractora una actividad mental, que previamente se va a determinar individualmente con cada participante. Es importante que cada una encuentre la tarea distractora que mejor le funcione, insistiendo en que debe ser susceptible de acaparar toda nuestra atención, condición para que el pensamiento traumático permanezca fuera de la mente. Se ejercita tres veces.

Cada participante realiza la lectura en voz alta de las cualidades que su compañera le escribió como tarea distractora.

**MALOS PENSAMIENTOS**



Debes tener en cuenta que los puedes manejar si pones de tu parte y aprendes a:

1. **Identificarlos:** Darte cuenta que existen.
2. **Reconocerlos:** Saber cómo son: cuándo aparecen, cuándo se presentan, cada cuánto, etc.
3. **Evaluarlos:** cómo los has tratado de manejar, qué funciona, qué no funciona, qué daño hacen, etc.

**APRENDIENDO A MANEJAR MIS MALOS PENSAMIENTOS**

**DETENER LOS PENSAMIENTOS**  
(Detección de pensamientos)



**HABLARSE A UNO MISMO**  
(Autoverbalizaciones)



**MAYOR CONTROL**

**DETENIENDO LOS PENSAMIENTOS**

**UNA VEZ QUE APRENDA S A IDENTIFICAR, RECONOCER Y EVALUAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DEBERÁ S:**

1. Pensar en el recuerdo o pensamiento que has identificado como malo.
2. Tener un pensamiento bueno o positivo
3. Cuando ya esté en tu mente debes tratar de pararlo como por ejemplo: si estás sola decir o gritar BASTA, o dar una palmada en señal de parar, detener.
4. Puedes incluir algunas autoverbalizaciones como por ejemplo: ya no más, hasta aquí, ya es suficiente, etc.
5. Debes reemplazar el pensamiento malo por el pensamiento alternativo el que te es capaz de sacártelo de la mente, por ejemplo: pensar en los hijos/as, pensar en un recuerdo bonito de la escuela, etc.
6. Una vez que hagas el ejercicio debes darte cuenta que lo puedes hacer y que puedes controlar los pensamientos, esa sensación de control será la que te permite avanzar.

**PARA RECORDAR:**

- Te has demostrado que puedes controlar los pensamientos y debes comparar qué se siente si uno no controla los pensamientos y el malestar que generan, hasta dónde nos pueden llevar y hacer sentir mal.
- Por el contrario, que hay cosas bonitas que recordar o que tienes personas importantes en tu familia como tus hijos/as, familiares queridos.

*Actividad 3. Psicoeducación estrés y Planificación de actividades agradables.*

La/El terapeuta explica que algunas veces durante los días tenemos momentos de relajación y otros momentos con mayor actividad. Relajación cuando vemos televisión u otra q demanda mas energía correr por ejemplo. En los momentos de alta actividad nuestro cuerpo conoce lo que se llama estrés. El estrés son cambios psicológicos, físicos y cognitivos en nuestro cuerpo que demanda una alta energía. Situaciones comunes son plazos de entrega en el trabajo o estudio, ejercicio, trancon, entre otras. Otras formas no tan comunes incluyen desastres naturales, accidentes. Después de experimentar un momento estresante es bueno relajarse para que la energía se restablezca y vuelva a su nivel. Si esto no ocurre nuestro cuerpo comienza a deteriorarse y empieza a funcionar con menos eficiencia, hasta enfermarse o incluso puede conducir a la muerte.

En momentos difíciles de tragedia en donde afecta tu vida, va a tener un mínimo de energía en muchas de las experiencias.

Estrés puede ser un factor del impacto psicológico de mujer maltratada. Se llama el desorden estrés postraumático porque el daño causa mucho estrés. Esto puede afectar su salud mental y física.

Formas de reducir el estrés:

Se explica a las participantes la importancia de realizar actividades que les genere estados de tranquilidad y bienestar. Se les motiva a organizar una serie de actividades que sean gratificantes para ellas, al igual que a establecer horarios para el cumplimiento de dichas actividades. Se reparte el autoregistro de actividades agradables y se les da un tiempo para diligenciarlo.

Se explica también que la planificación de estas actividades son importantes por lo que una de las consecuencias que se ha presentado con su pareja o expareja es que se han aislado de amigos, familias y actividades que les gustaban y por lo tanto es bueno retomarlas o realizar otras diferentes que les gusten, lo cual les va a yudar a tener un mejor ánimo y comenzar a cambiar la perspectiva sobre el mundo y de sí mismas.

*Actividad 4. Ejercicio de respiración.*

Se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición sentada. Durante la respiración la terapeuta enfatiza en el importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales y visualizar cómo al inspirar los pulmones se llenan de aire, oxigenado y

puro, que recorre el organismo, y al espirar se eliminan todas las impurezas, tensiones y angustias que pudiéramos estar acumulando.

*Actividad 5. Asignación de tareas para casa*

- Registro de pensamientos o imágenes de reexperimentación. Se entrega a cada participante un auto-registro para ser complementado a lo largo de la semana, en el que además de los síntomas de reexperimentación, deben señalar la experiencia en la práctica de la técnica de detección.
- Acciones para planificar actividades agradables.
- Práctica de la respiración durante 15 minutos al día, registrando el momento del día y la manera en que se sintieron tras haberlo realizado.

### RESUMEN TERCERA SESIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura y revisión de tareas</b>	- Actividad de saludo y cohesión grupal - Reflexión sobre la práctica de respiración - Reflexión sobre el registro de pensamientos y creencias y reestructuración cognitiva	- Autoregistros de pensamientos y creencias diligenciados en casa	35 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	- Pensamientos intrusivos y detección de pensamiento. - Estrés y planificación de actividades agradables	- Tablero	20 minutos
⇒ <b>Entrenamiento de detección de pensamientos</b>	- Entrenamiento de detección de pensamientos	- Tablero. - Bolígrafo - Autoregistro de pensamientos intrusivos diligenciado en casa	30 minutos
⇒ <b>Planificación de actividades agradables</b>	- Lista de actividades agradables	- Autoregistro de actividades agradables	15 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	- Aparato de música.	10 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b>	- Continuar con identificación de pensamientos intrusivos y con la práctica de detección de pensamiento - Planificar cuando se pueden	- Hojas de autorregistro de detección de pensamiento. - Autoregistro	10 minutos

	realizar las actividades agradables - Entrenamiento de la respiración.	planificación actividades agradables - Autorregistro de respiración	
--	---	--	--

### AUTO-REGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS REPETITIVOS, RECUERDOS, IMÁGENES ... RELACIONADOS CON EL MALTRATO	TAREA DISTRACTORA	¿HE CONSEGUIDO DETENERLO? Sí / No	GRADO DE MALESTAR EXPERIMENTADO (0-10)	
					INICIO	FINAL

--	--	--	--	--	--	--

**AUTO-REGISTRO DE ACTIVIDADES AGRADABLES**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>ACTIVIDAD AGRADABLE</b>	<b>¿EN CUÁL MOMENTO PUEDO LLEVAR A CABO LA ACTIVIDAD?</b>	<b>¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA REALIZARLA?</b>	<b>¿LA QUIERO HACER SOLA O CON ALGUIEN?</b>

--	--	--	--

#### SESION 4

##### Objetivos:

- Revisar la práctica de los ejercicios realizados en la sesión anterior y reflexionar sobre lo acontecido durante la semana.
- Realizar confrontación de creencias irracionales
- Dar Psicoeducación sobre la culpa e ira
- Realizar ejercicios de respiración y relajación progresiva (tensión/distensión).
- Explicar ejercicio del termómetro para el control de la ira.

##### *Actividad 1. Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios, se evalúa primero el ejercicio de la respiración, luego el de detención de pensamientos, luego la práctica de la reestructuración de creencias y el registro de actividades agradables.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de violencia de pareja. Se realimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes, se refuerza a las mujeres que realizan los ejercicios y están



aplicando la técnica y a las que no se insiste en la importancia de realizar los ejercicios para poder tener el control de la activación fisiológica. Por último se destaca la importancia de seguir practicando el ejercicio de la respiración.

- Retroalimentación del ejercicio de detención de pensamiento, se pregunta sobre su práctica y como les fue además, se revisan los registros, se insiste en la necesidad de aprender a controlar los pensamientos automáticos, se refuerza a las participantes que realizaron los ejercicios y a las otras mujeres se les insiste en la necesidad de practicar y entrenar la técnica vista para poder controlar los pensamientos automáticos. Se realiza el ejercicio con otro pensamiento o imagen intrusiva, practicando la tarea distractora que cada mujer apropió.

- Reflexión sobre la identificación de creencias y pensamientos, se revisan los registros y las situaciones que las mujeres ponen en los mismos para ver las creencias y pensamientos irracionales con el fin de hacer la confrontación de los mismos.

La/El terapeuta revisa el ejercicio de reestructuración cognitiva y cambio de creencias. Se revisa las tareas y explica en el tablero ejemplos de los registrados por cada una de las mujeres.

Así mismo, se identifica en las creencias y pensamientos que las mujeres han identificado en el ejercicio o en expresiones que la o el terapeuta hayan identificado en las conversaciones, que estén referenciados con la culpa.

#### *Actividad 2. Psicoeducación sobre la culpa e ira*

- Culpa es un sentimiento de que no actuaste, pensaste o sentiste de alguna forma, que fue diferente a como lo hiciste en el momento. El sentimiento de culpa puede ser adecuado e inadecuado.

Es adecuado cuando una persona no ha obrado bien y ha realizado un acto el cual fue perjudicial para sí misma o para los demás, en este aspecto, es bueno reflexionar porque así existe la capacidad de corregirse y no repetir aquel daño.

En cuanto al sentimiento de culpa inadecuado nos encontramos con diferentes atribuciones de culpa:

- a) Quienes se sienten culpables de todo lo ocurrido, incluso si no es su responsabilidad. Esto es totalmente infundado y que sólo sirve para minusvalorarse a sí mismo. La persona que sufre sentimiento neurótico de culpa no se quiere a sí misma, tiende a culpabilizarse por casi todo, es en

definitiva una persona infeliz. Esta clase de culpa está basada en fuertes sentimientos de inseguridad y en valorarse muy poco a sí mismo.

Esto ocurre cuando siente que DEBIO pensar, actuar o sentir diferente, por ejemplo:

“yo porque sentí esto, yo debo quererlo”, “yo debí hacer esto de otra forma” “yo no debí no haber dicho nada”, “yo debí estar con él”, entre otras.

Otro tipo de culpa es cuando sentimos que hiciste, pensaste o sentiste de alguna forma CAUSO un evento desafortunado como la violencia de pareja, por ejemplo cuando se dice “yo no debí decir esto”, “yo no debí salir de la casa”, “yo no debí verme con mis amigas”.

DISONANCIA, cuando pienso una cosa y hago otra, puede conllevar a sentimiento de culpa.

- b) Quienes culpabilizan a los demás de todo lo ocurrido para liberarse de la cuota de responsabilidad individual.
- c) Quienes ponen la responsabilidad en las circunstancias pensando que nadie tiene la culpa de nada sino que son las situaciones del medio las que determinan los comportamientos.

En conclusión el sentimiento de culpa, es funcional o no según como lo manejemos. El problema en sí no radica en no sentir la culpa (porque sobre esto no podemos accionar) sino en manejar estos sentimientos y afrontarlos desde una perspectiva positiva. Para lograrlo es esencial que asumamos algunos pasos:

- Abandonar el pensamiento polarizado y asumir una postura más flexible. Para esto el mejor ejercicio es pensar en los aspectos positivos y negativos que encierra cada situación a la cual nos enfrentamos cotidianamente y evaluar el grado de responsabilidad en la situación.

- Hallar las causas de los sentimientos de culpa desarrollando un diálogo interior. Este diálogo interior nos develará algunas ideas irracionales de causa y efecto. Por ejemplo, la madre experimenta sentimientos de culpa porque estaba en el trabajo mientras el hijo sufría un accidente doméstico bajo la supervisión de la cuidadora. La lógica nos indica que ella no tenía forma de presuponer o evitar el

accidente y que necesita trabajar para poder mantener la familia, por ende los sentimientos de culpa son totalmente infundados.

- Planificar el futuro. Aún si asumimos nuestra responsabilidad en una situación y cometimos un error, lo más productivo es mirar al futuro y pensar en cómo podemos subsanar el daño. La culpa nunca es la solución porque nos encierra en la trampa del inmovilismo y el sufrimiento.

Se les entrega a las mujeres la hoja de trabajo de culpa, con el fin de identificar situaciones particulares y trabajar sobre estas.

- Se explica que la ira al igual que las otras emociones que se ha visto, ansiedad, estrés, miedo, etc son emociones que las personas tienen para la supervivencia y manejadas adecuadamente son funcionales y sirven.

Una persona tiene derecho a enfadarse cuando se presentan situaciones injustas, la ira es una herramienta que sabiendo manejar puede ayudar a regular situaciones que se presentan en la vida y en especial en las relaciones de pareja.

Según Echeburua (2007) algunas frases que demuestran que una persona se ha dejado llevar por la ira son: “se me fue la mano”, “perdí los estribos”, “no era yo cuando le golpee”, “perdí los papeles”, “me descontrolé”, “no me pude aguantar”, etc.

Un elemento que se debe destacar de la ira es que no es una emoción espontánea sino que se da en escalada y por lo general, va de menor a mayor y va aumentando poco a poco. Existen personas que se desbordan o se dejan manejar por la ira, se tornan explosivas, y se activan y encienden rápidamente.

Existen personas que manejan la ira de una manera y otras que no la pueden controlar, esas diferencias dependen de diferentes factores, personales, sociales y de aprendizaje.

A continuación, se presenta el esquema de la escalada de la IRA que debe ser tenida en cuenta para entender que pasa cuando hay algo que nos activa esta emoción.



*Tomado de Echeburua, Amor y Fernandez (2007)*

En muchas ocasiones se piensa que lo que provoca la Ira y aumenta la emoción y la torna negativa es la interpretación que hacemos sobre el suceso, en muchas ocasiones es anticipatorio a una explicación del mismo suceso, en otras ocasiones se generaliza de situaciones anteriores, etc. La interpretación está relacionada con la forma de pensar y con otras emociones como los celos, inseguridad, etc.

A nivel cognitivo, las interpretaciones en la IRA están asociadas con el estilo cognitivo que se tiene, las creencias irracionales, pensamientos distorsionados que se tienen, es más, en pareja se tiende a relacionar con situaciones de violencia pasada, con situaciones conflictivas y con malestar.

Además, las interpretaciones tienen la capacidad de encender la hoguera, esto es, que en la medida que se interpreta se asocia con otras interpretaciones hasta montar toda una escena que favorece que la IRA aumente desproporcionadamente y se salga del control. Se sale del control por la activación fisiológico

También reconocemos que los pensamientos e interpretaciones influyen en nuestros comportamientos (reacciones, acciones, etc), sentimientos (tristeza, enfado, etc).

Algunas ocasiones hay situaciones muy claras que no dan pie a la interpretación, por ejemplo, alguien te insulta o golpea es claramente que te quieren maltratar. Sin embargo, hay situaciones que pueden ser ambiguas y se presten para malos

entendidos o que nos predispongan, como por ejemplo, risas o miradas que dan para diferentes interpretaciones que pueden predisponer a la IRA.



Es importante identificar las señales que nos dispara a nivel cognitivo (inferencias, creencias, atribuciones, etc), reconocer que procesos cognitivos estamos realizando si es realista o se está exagerando, se tienen sesgos, distorsiones, etc.

Por otro lado, existen en nuestro cuerpo señales que indican que la IRA se ha apoderado o nos está controlando, algunas de esas señales son:

- Gestos (fruncir el ceño, boca rígida, etc )
- Tensión muscular (brazos, cara, manos, puños, piernas, etc)
- Rubor facial
- Respiración acelerada
- Taticardia (aumento del ritmo cardiaco)
- Subir la voz
- Comportamientos airados (gritos, golpes a los muebles/mesas, gestos retaliadores, etc).

*Actividad 3. Técnica de control de la ira/parada del comportamiento*

El propósito es cortar y parar el comportamiento que lleva a cabo relacionado con la ira. Primero que todo, es necesario que aprendan identificar los niveles bajos de ira para poder controlarla. Se explica el ejercicio del termómetro de la ira, para ver que no todas las situaciones afectan de la misma manera, unas pueden generar 1, otras 4, 7, 9 o incluso 10. Se hace necesario identificar que situaciones son las que menos y las que más nos generan IRA.

Se pide que identifique el nivel de 4 en adelante debe retirarse y alejarse de la situación.  
Es importante que la persona active estrategia para reducir la EMOCION de IRA, control de la respiración, decirse cosas (autoverbalizaciones) etc.  
Distracción de pensamiento y detener las interpretaciones.



#### *Actividad 4. Relajación progresiva*

Se explica la técnica que con base en el control de la respiración que ya fue vista y se está practicando durante todas las sesiones pasadas. Se explica la importancia de trabajar en la relajación basados en el principio de tensión y distensión y que no se puede estar en los dos estados al mismo tiempo. Por tal razón, es importante conocer los músculos que más se ven afectados por la IRA, los músculos de la cara, manos, etc. Se le pide a cada uno de las participantes que realicen ejercicio de respiración y se les explica la técnica de tensión y distensión, apretar y soltar, apretar las manos (empuñar). Apretar los músculos de la cara, soltar, respirar y relajar. Apretar los hombros, y soltar y al tiempo que se aprietan los músculos se toma el aire por la nariz, luego cuando se suelten y relajen los músculos se expulsa lentamente el aire por la boca.

#### *Actividad 5. Actividades agradables.*

Se retoma la lista de actividades que habian identificado que desaban hacer y se pregunta por cuales se han hecho o se realizaran en los proximos días. La necesidad de planificacion de las mismas. Se entrega el formato de planeación de las actividades.

*Actividad 6. Asignacion tareas*

- Continuar con la identificacion de pensamientos intrusivos y autocriticos
- Identificar las situaciones, contextos y demas que les generan ira e identificar en su propio cuerpo como es su reacción y en que momento sienten que no pueden controlarse. Se les da la hoja de autoregistro.
- Practica de la tecnica de relajacion pogrésiva.

RESUMEN CUARTA SESION

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
☞ Saludo y reflexión sobre las tareas	- Saludo y revisar la semana anterior - Reflexion sobre la práctica de respiracion - Reflexion sobre el registro de pensamientos y creencias y reestructuracion cognitiva - Revision de técnicas parada de pensamiento	- Autoregistros de pensamientos, aumento de actividades y creencias diligenciados en casa	35 minutos
☞ Psicoeducación sobre la culpa e ira	- Comprension de pensamientos y sentimientos de culpa e ira	- Tablero - Hojas de explicación	20 minutos
☞ Reestructuración cognitiva	-Identificación y reevaluación de pensamientos y sentimientos de culpa e ira	-Hoja de trabajo - culpa	20 minutos
☞ Entrenamiento en el control y parada del comportamiento	- Entrenamiento en la técnica de control de la ira, parada del comportamiento agresivo y las interpretaciones	- Tablero y equipos	10 minutos
☞ Entrenamiento en relajación progresiva	- Entrenamiento de relajación tensión/distensión	- Sillas	15 minutos

⇒ Planificación de actividades agradables	- Lista de actividades agradables	- Autoregistro de actividades agradables	10 minutos
⇒ Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con Identificación de pensamientos intrusivos y con la práctica de detección de pensamiento</li> <li>- Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables</li> <li>- Entrenamiento en control de la IRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento.</li> <li>- Autoregistro planificación actividades agradables</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos



## HOJA DE TRABAJO – CULPA

Teniendo en cuenta los eventos de violencia que ocurrieron con tu pareja o expareja, responde si alguna vez te ocurrió o pensaste una o varias de las siguientes opciones:

Pensamiento	SI	NO	DESCRIPCION DE LA SITUACION DONDE TE OCURRIO
Acerca de algo que piensas que no debiste hacer			
Algo que no hiciste que piensas que debiste hacer			
Por tener cierto sentimiento que piensas que no debiste tener			
Por no tener cierto sentimiento que piensas que debiste tener			
Por pensar o creer algo que ahora piensas que no es verdad			

1. Describe una situación que te haya ocasionado rabia en esta semana:

---



---

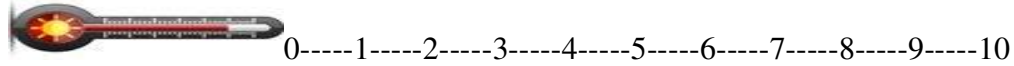


---



---

2. Marca con una “x” de 0 a 10 el grado de Ira que sentiste:



3. Describe las sensaciones de tu cuerpo en cada uno de estos grados.

Cuando estabas en 1, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 2, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 3, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 4, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 5, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 6, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 7, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 8, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 9, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

Cuando estabas en 10, cómo sentías tu cuerpo: \_\_\_\_\_

4. Otras situaciones que me dan ira:

---



---

**AUTO-REGISTRO DE RELAJACION PROGRESIVA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	DURACIÓN		¿Cómo me sentí? Sensaciones, Sentimientos, Reacciones Físicas, etc.
	Inicio	Fin	
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

## AUTO-REGISTRO DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD AGRADABLE	¿CUÁNDO LA REALICE ?	¿CON QUIEN?

## SESION 5

### Objetivos

- Retroalimentar la aplicación de los ejercicios, técnicas y habilidades que se están entrenando a través de la revisión de las tareas para la casa.
- Psicoeducación sobre Autocontrol, Habilidades en la comunicación y Solución de problemas
- Control de los niveles de activación

### *Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo y reflexión sobre el desarrollo de las tareas

Sentados en semi círculo se saluda a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios para casa y se evalúa el ejercicio de la respiración y relajación progresiva.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de VP. Se realimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes, se refuerza a las mujeres que realizan los ejercicios y están aplicando la técnica y a las que no realizaron el ejercicio se insiste en la importancia de realizar los ejercicios para poder tener el control de la activación fisiológica. Por último se destaca la importancia de seguir practicando el ejercicio de la respiración.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Además, se les pregunta cómo se han sentido en la realización de estas. Se realiza la reflexión sobre que la realización de estas actividades ayuda a disminuir los síntomas de la depresión.

- En relación con el ejercicio de la ira, se pregunta sobre la identificación de las situaciones que les causan ira, las reacciones comunes que tienen ante estas y el punto “caliente”. Se van anotando en el tablero y se analizan sobre cada punto manifestado por ellas. \*Se reflexiona sobre la importancia de reconocer tanto los aspectos que lo irritan como las reacciones del cuerpo, pues es lo que va a ayudar al autocontrol y momento en el que se debe aplicar la técnica.

Se explica la técnica de tiempo fuera, se practica nuevamente la técnica de relajación tensión/distensión. Así mismo, es importante reconocer que aunque en este momento se realiza un escape de la situación, el siguiente paso es afrontarla y por lo tanto es necesario desarrollar habilidades como la comunicación y solución de problemas.

*Actividad 2: Psicoeducación sobre comunicación y solución de problemas*

- Comunicación: Estilos y habilidades

Se les entrega la hoja donde se encuentran definidos los estilos de comunicación y se les explica sobre los comportamientos básicos en las relaciones interpersonales es la comunicación, esta permite procesos de interacción, intercambio y facilita la expresión de emociones, pensamientos y formas de interpretar a los demás y al contexto en general.

La comunicación en pareja permite entender las necesidades del otro, de si mismo afrontar los conflictos, llegando a acuerdos, hábitos y estilos que caracterizan la forma de relacionarse con el otro.

Por tal razón, las parejas con interacción van creando unos estilos particulares de comunicación, como son:

- a) Estilo  
pasivo

Una persona tiene una conducta pasiva cuando permite que los demás le manipulen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. Este tipo de personas nunca dan su opinión y dejan que sean los demás los que decidan.

La ventaja de ser pasivo es que rara vez se recibe un rechazo directo por parte de los demás. No molestas aunque tampoco aportas nada. Mientras que la otra persona haga lo que quiere sin encontrar resistencia, todo irá bien. Son muchas las parejas que se guían por este razonamiento. Uno dice lo que hay que hacer y toma las decisiones y el otro las acata sin rechistar, con tal de agradar a su pareja.

La parte negativa de este estilo de comunicación es que los demás pueden aprovecharse de la buena fe del pasivo, además rara vez se le tomará en cuenta, ya que nunca opina. El pasivo acabará por acumular una pesada carga de irritación y resentimiento debido a la cantidad de veces que se ha callado su opinión.

- b) Estilo  
agresivo

La persona con este tipo de estilo de comunicación es muy amigo de la pelea, la acusación y las amenazas. Son personas a las cuales no les importará agredir a los demás directa o indirectamente con el fin de conseguir lo que ellos quieren y sin tener para nada en cuenta las necesidades o deseos de los demás. Imponen la ley del más fuerte.

En una pareja en la cual uno de sus miembros tenga este estilo de comunicación, las discusiones están servidas, a no ser que el otro miembro sea “pasivo” y no discuta sus opiniones.

c) Estilo  
asertivo

Este tipo de personas serían las ideales para comunicar ya que siempre defenderán sus derechos, opiniones o deseos, sin embargo nunca harán daño a los demás, tendrán en cuenta sus opiniones y serán considerados con su forma de pensar. El asertivo tendrá una forma de expresarse pausada y tranquila, siempre escuchará lo que tiene que decir el otro, le dará la razón o le entenderá a pesar de que no esté de acuerdo con lo que dice y, por encima de todo, defenderá su postura; eso sí, sin utilizar en ningún momento la agresión o la amenaza.

De esta manera conseguirá lo que desea de un modo tranquilo y el otro no se sentirá engañado o defraudado, se utilizará mucho la resolución de problemas y los acuerdos ya que es una forma de comunicación activa y resuelta, no serán necesarios la docilidad extrema (como hace el “pasivo” ) ni la agresión. Frases típicas que utilizará el asertivo en una discusión serán:

✓	Te
entiendo...sin embargo yo creo...	
✓	Puede
que tengas razón pero yo sigo pensando que....	
✓	¿Qué es
lo que no te gusta exactamente?	
✓	Quizás
estés en lo cierto...pero yo creo que...	

Esta forma de comunicar será la ideal en la mayoría de los conflictos, al principio de las frases se muestra interés por lo que el otro opina, incluso a veces se le da la razón a medias, pero a lo largo de la conversación se deja siempre claro el punto de vista

que nos interesa haciendo de esta manera que la otra persona no se ponga a la defensiva puesto que lo que hacemos en primer lugar es adularle o darle la razón.

Se entrega a cada participante la hoja informativa sobre los estilos de comunicación y se explica la diferencia entre el estilo agresivo, pasivo y asertivo de comunicación, ejemplificándolo con situaciones cercanas a la realidad de estas mujeres.

Se insiste en que la situación de malos tratos favorece el estilo pasivo de comunicación, por lo que es importante comenzar a trabajar para aprender a comunicarse de manera asertiva. Se entrena a las participantes en el estilo asertivo de comunicación y por parejas se trabaja en rol playing bajo supervisión de la terapeuta.

- 

Solució

#### n de Problemas

Según D' Zurilla y Goldfried (1971) la meta de la solución de problemas es producir consecuencias positivas, refuerzos positivos y evitar las consecuencias negativas. Para ello la solución de Problemas es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. Aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social.

Solucionar problemas consiste en tener la voluntad de encontrar una solución satisfactoria para cada una de las partes afectadas. Es confrontar ideas y sentimientos para evitar que las personas se enfrenten o continúen enfrentadas. Es una necesidad ante el surgimiento de un conflicto entre dos o varias partes. Cada parte tiene el poder tanto de impedir que la otra alcance sus objetivos, como de ayudarla a obtenerlos. Y estas situaciones nos las encontramos en nuestra vida diaria a cada momento, explícita o implícitamente.

Existen una serie de pasos que podemos aplicar para resolver nuestros problemas de manera adecuada.



### APRENDIENDO A SOLUCIONAR PROBLEMAS

En nuestra vida es común que se presenten problemas y obstáculos que requieren de habilidades para afrontarlos de manera adecuada.

#### PASOS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS

##### 1. Orientación general hacia el problema:

- Aceptar que la vida diaria trae consigo situaciones problemáticas y que es posible enfrentarlas de manera adecuada.

- Reconocer cuando aparece un problema o una situación conflictiva.

- Con los problemas no se debe ser extremista. Hay muchas alternativas posibles de soluciones.

##### 2. Definición y delimitación del problema:

- Identifica claramente los aspectos más importantes del problema que quieres resolver.

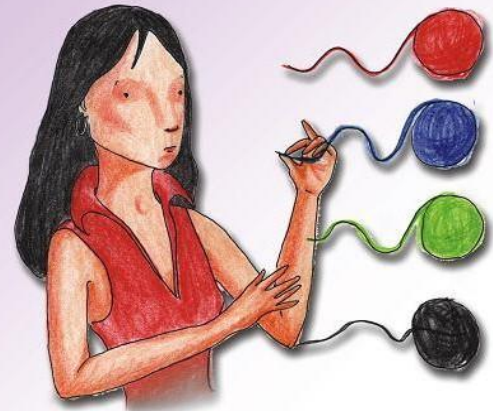
- Define el problema y plantéalo de manera específica y concreta. ¿Qué es lo que sucede?, ¿Quién o quienes están implicados?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo? etc.

- Establece una meta realista para la solución del problema: ¿Qué quieres lograr?; trata de evitar afirmaciones inalcanzables o poco realistas.



21

### SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



#### OTROS PASOS EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

##### 3. BUSCA ALTERNATIVAS:

Una vez que tengas varias soluciones pensadas es necesario que las valores una por una, para después poder elegir las mejores analizando en cada una los aspectos positivos y negativos.

A mayor número de alternativas y variedad aumentan las posibilidades para resolver el problema.

Las opciones son **todas posibles y válidas** hasta que no sean estudiadas.

##### 4. TOMA DE DECISIONES:

Resalta las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa, y como te sentirías con cada una de ellas para evaluar el grado de satisfacción.

Luego elige la alternativa que creas más conveniente.

##### 5. PONA FUNCIONAR LA DECISIÓN ELEGIDA Y EVALÚA.

Evalúa qué cosas pueden pasar para que no cumplas tu decisión por ej: ruegos de los familiares de tu pareja o ex pareja, tus hijos-as, etc.

22

#### Paso 1. Orientación hacia el problema.

Aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible enfrentarlas de manera eficaz.

Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurran, evitar responder de manera impulsiva y evitar no hacer nada para enfrentarlas.

#### Paso 2. Definición y Formulación del Problema.

Es necesario buscar toda la información posible: ¿Qué sucede?, ¿Quién está implicado?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?

Describir el problema y formularlo en términos específicos, concretos y familiares.

Establecer una Meta Realista de Solución del Problema “¿Qué quiero lograr?”, evitando metas inalcanzables.

#### Paso 3. Generación de Soluciones Alternativas

Proponer todas las Soluciones Alternativas que sean posibles, sin juzgar su validez.

A mayor número de alternativas, más posibilidad de encontrar la Solución Adecuada entre ellas.

Todas las opciones son validadas, en este momento lo importante es la cantidad, no la calidad de las alternativas.

#### Paso 4. Toma de decisiones

Indicar las consecuencias positivas y las consecuencias negativas de cada una de las alternativas, así como, el grado de satisfacción con el resultado, en caso de que esa solución fuera la elegida.

Comparar y juzgar cada una de las alternativas disponibles y elegir la mejor (mayor número de ventajas, menor número de inconvenientes, y mayor grado de satisfacción).

#### Paso 5. Puesta en Práctica y Verificación de Soluciones

Poner en práctica la Solución elegida, analizar si el resultado logrado es el esperado, en caso contrario, repetir el proceso.

\*Se realiza reflexión sobre la técnica de solución de problemas es una actividad que el ser humano lleva a cabo constantemente a lo largo de la vida, que forma parte de la cotidianidad, pero que el tener dificultades en el manejo de los problemas incrementa el estrés y los sentimientos de tristeza. Por tal razón, es importante aprender a resolverlos exitosamente, a través de un procedimiento que va ser trabajado en las siguientes sesiones.

Se entrega a cada participante una hoja de ejercicio para realizar la práctica del segundo paso de la técnica de solución de problemas, es decir de definición del problema.

#### *Actividad 3: Relajación progresiva*

Se retoma la práctica de la técnica que con base en el control de la respiración que ya fue vista combinada con la relajación basados en el principio de tensión y distensión y que no se puede estar en los dos estados al mismo tiempo. Se le pide a cada uno de las participantes que realicen ejercicio de respiración y se recuerda la técnica de tensión y distensión, apretar y soltar, apretar las manos (empuñar). Apretar los músculos de la cara, soltar, respirar y relajar. Apretar los hombros, y soltar y al tiempo que se aprietan los músculos se toma el aire por la nariz, luego cuando se suelten y relajen los músculos se expulsa lentamente el aire por la boca.

#### *Actividad 4: Asignación tareas*

- Definir un problema diferente al que se haya realizado en la sesión.

- Registrar una situación donde practicaron la comunicación asertiva o hacer el ejercicio con algo que les gustaria solucionar con la pareja.
- Práctica de la respiración y relajacion progresiva

### RESUMEN QUINTA SESION

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Saludo y reflexión sobre las tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo y revisar la semana anterior</li> <li>- Reflexión sobre que actividades agradables se desarrollaron en la semana</li> <li>- Reflexión sobre la práctica de respiración</li> <li>- Reflexión sobre la identificación de situaciones que causan ira, reacciones y nivel en el que se debe apartar de la situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoregistros de situaciones y reacciones</li> </ul>	40 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilo y habilidades comunicativas</li> <li>- Solución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablero</li> <li>- Hoja informativa estilos comunicativos</li> <li>- Hoja informativa pasos para solución de problemas</li> </ul>	50 minutos
⇒ <b>Entrenamiento en relajación progresiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de relajación tensión/distensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salón y sillas</li> </ul>	10 minutos
⇒ <b>Planificación de actividades agradables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de actividades agradables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoregistro de actividades agradables</li> </ul>	10 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con Identificación de pensamientos intrusivos y con la práctica de detección de pensamiento</li> <li>- Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables</li> <li>- Entrenamiento en control de la IRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento.</li> <li>- Autoregistro planificación actividades agradables</li> <li>- Autorregistro de respiración</li> </ul>	10 minutos

### ***ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN***

La forma de comunicarnos e interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés. El *entrenamiento asertivo* permite reducir ese estrés, enseñando a *defender los derechos de cada uno/a* sin agredir ni ser agredido.

<b>Estilo Agresivo</b>	<b>Estilo pasivo</b>	<b>Estilo Asertivo</b>
<b>Significa:</b> decir lo que	<b>Significa:</b> Evitar decir lo	<b>Significa:</b> Decir lo que

<p>piensas, sientes, quieres u opinas, sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se defienden los propios intereses a costa de ocasionar daños a los demás</li> <li>• Provocan rechazo en los demás, ya que se sienten agredidos y violados sus derechos</li> </ul>	<p>que piensas, sientes, quieres u opinas porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No sabe como manifestarlo.</li> <li>• No crees en tus propios derechos.</li> <li>• Por qué crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.</li> <li>• Por qué tienes miedo a las consecuencias. Nunca obtienes lo que deseas, sintiéndote resentida y resignada.</li> </ul>	<p>piensas, sientes, quieres u opinas, al mismo tiempo que consideras la forma de pensar y de sentir de los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede obtener lo que deseas sin dañar al otro/a.</li> <li>• Se puede actuar a favor de los propios intereses.</li> <li>• Mejora nuestra autoestima.</li> <li>• Mejora nuestras relaciones interpersonales.</li> </ul>
---	---	--

### AUTO REGISTRO DE ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN

#### SITUACION

*Ej. Mi pareja llega tarde a casa y no me aviso de su tardanza*

---



---



---

**EL PROBLEMA ES QUE:**

*Ej. No aviso que iba a llegar tarde*

---

---

---

**ESTA SITUACIÓN ME HACE SENTIR.....**

*Ej. de mal genio, con rabia, desconfiada*

---

---

---

**ESTA SITUACION ME HACE PENSAR**

*Ej. Que no valgo nada, que no me tiene en cuenta, que me ignora*

---

---

---

---

**MI SOLICITUD ES:**

*Ej. Que cuente conmigo, que no me ignore, que me avise cuando va tardar*

---

---

---

**EN QUE MOMENTO ES ADECUADO DECIRLO**

*Ej. Al otro día, cuando esté tranquilo, cuando tenga tiempo de escucharme atentamente*

---

---

---

**EN QUE LUGAR ES ADECUADO DECIRLO**

*Ej. En un espacio tranquilo que estén los dos*

---

---

---

**¿QUÉ RESULTADO HE OBTENIDO?**

*Ej. Me escucho, llegamos a negociación de cómo actuar en la próxima situación similar*

---

---

---

**APRENDIENDO A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS**

**Solucionar Problemas** es una actividad que debemos llevar a cabo a lo largo de nuestra vida. Resolverlos adecuadamente facilita una apropiada **Competencia Social**, pero la dificultad en solucionarlos puede incrementar el estrés, los sentimientos de tristeza, incluso de desesperación.

“ES POSIBLE APRENDER LA HABILIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS”.

**PASOS A SEGUIR EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:****1. Orientación hacia el Problema**

- Aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible *enfrentarlas de manera eficaz*.
- Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurran, evitar responder de *manera impulsiva* y evitar *no hacer nada* para enfrentarlas.

## 2. Definición y Formulación del Problema

- Es necesario buscar *toda la información posible*: ¿Qué sucede?, ¿Quién está implicado?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?.
- Describir el problema y formularlo en términos *específicos, concretos y familiares*.
- Establecer una *Meta Realista* de Solución del Problema “¿Qué quiero lograr?”, evitando metas inalcanzables.

## 3. Generación de Soluciones Alternativas

- Proponer todas las *Soluciones Alternativas* que sean posibles, sin juzgar su validez.
- A mayor número de alternativas, más posibilidad de encontrar la *Solución Adecuada* entre ellas.
- **TODAS LAS OPCIONES SON VÁLIDAS**, en este momento lo importante es la *cantidad*, no la calidad de las alternativas.

## 4. Toma de Decisiones

- Indicar las consecuencias *positivas y las consecuencias negativas* de cada una de las alternativas, así como el *grado de satisfacción* con el resultado, en caso de que esa solución fuera la elegida.
- *Comparar y juzgar* cada una de las alternativas disponibles y elegir la mejor (Mayor número de Ventajas, Menor número de Inconvenientes, y Mayor grado de satisfacción).

## 5. Puesta en Práctica y Verificación de Soluciones

- Poner en práctica la *Solución elegida*.
- *Analizar* si el resultado *logrado* es el *esperado*, en caso contrario, repetir el proceso.
- *Reforzarse a sí misma por un trabajo bien hecho*.

### AUTO-REGISTRO PASO: DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nº Sesión: \_\_\_\_\_

¿QUÉ SUCEDE? ↳	¿QUIÉN ESTA IMPLICADO?	¿DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO?	¿CUÁL ES MI META?



--	--	--	--

### **SESION 6**

#### Objetivos

- Retroalimentar la aplicación de los ejercicios, técnicas y habilidades que se están entrenando a través de la revisión de las tareas para la casa.
- Dar Psicoeducación sobre Solucion de problemas paso 2 y 3, depresión y autoestima autoeficacia
- Ofrecer herramientas para el manejo y regulación afectiva

*Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios, se evalúa primero el ejercicio de la respiración.

- Escala de percepción de transformación. Calificar de 1 a 10 como han percibido que les ha ayudado el tratamiento. De 1 a 10 que tanto ha practicado los ejercicios en casa.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de VP. Se retroalimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes, se refuerza a las mujeres que realizan los ejercicios y están aplicando la técnica y a las que no se insiste en la importancia de realizar los ejercicios para poder tener el control de la activación fisiológica. Por último se destaca la importancia de seguir practicando el ejercicio de la respiración.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Como se han sentido en la realización de estas.

- Se pregunta sobre el autoregistro y reflexion en cuanto a la forma de comunicación, se les pide a las mujeres que compartan lo registrado. A partir de los ejemplos se analiza y retroalimenta de manera participativa como se logra en cada situacion el estilo asertivo.

*Actividad 2: Solucion de problemas*

En grupo, cada participante expone un problema planteado que ha registrado durante la semana. Cada participante debe describir una de las situaciones problemáticas identificadas y tratar de definirla de la manera más completa posible, especificando quién, qué, dónde, cuándo, el por qué y el cómo del problema a trabajar.

Terminado el ejercicio, se procede a la puesta en común, escribiendo en el tablero, el problema trabajado, con el objeto de revisar que haya sido descrito utilizando información relevante y de manera clara y completa.

Posteriormente se recuerdan los tres pasos restantes de la técnica de solución de problemas: generación de alternativas, valoración de cada alternativa y puesta en práctica y evaluación de la alternativa.

El/la terapeuta escribe la misma situación utilizada como ejemplo en el ejercicio anterior. Cada participante debe retomar la situación problemática y tratar de poner en práctica los dos siguientes pasos de la técnica de solución de problemas (alternativas y valoración de cada una de estas). El/la terapeuta supervisa la tarea, asegurando que las participantes generen el mayor número de alternativas posibles, independientemente de su validez. Acto seguido, supervisa y guía la evaluación, en términos de costos, beneficios y grado de satisfacción con cada una de las alternativas generadas, así como de la solución finalmente escogida, tratando de valorar en qué medida logra resolver el problema planteado.

### *Actividad 3 Psicoeducación Componente afectivo – Depresión Autoestima y autoeficacia*

- El afecto puede verse alterado por la violencia conllevando a tristeza constante, sentimientos de culpa, de vergüenza, entre otras manifestaciones que caracterizan un estado depresivo, que a su vez, influye en el afecto y la confianza hacia uno mismo y hacia los demás.

#### ATRIBUCIONES Y DISTORSIONES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN

##### DE MÍ MISMA

- Las mujeres somos inferiores a los hombres.
- Las mujeres somos responsables de las agresiones recibidas.
- Soy una inútil y no puedo hacer nada para cambiar.
- No puedo equivocarme.
- No tengo derecho a llorar, ni a expresar mis emociones.
- No puedo expresar lo que pienso.



##### DEL MUNDO QUE ME RODEA

- Lo que ocurre en una familia es sólo problema de ellos y no del resto de la sociedad.
- La violencia de pareja sólo ocurre en parejas de clase social baja.

##### DE MI ENTORNO

- Las mujeres somos maltratadas cuando nuestras parejas están bajo los efectos del alcohol.
- Las mujeres debemos evitar los conflictos con nuestras parejas.
- Los violentos no cambian nunca.
- Aunque me golpee no me separo, porque lo quiero.
- Solo hay violencia cuando me golpea.





- La “autoestima” es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida. Nos sentimos listos o tontos, capaces o incapaces, nos gustamos o no.

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 e incapacidad. Esto abarca las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, por ejemplo, "Soy competente/incompetente" con un alto grado de reactividad emocional asociada, por ejemplo, sentimientos de triunfo, desesperación, vergüenza, confianza, y en alguna medida, reflejada en la conducta.

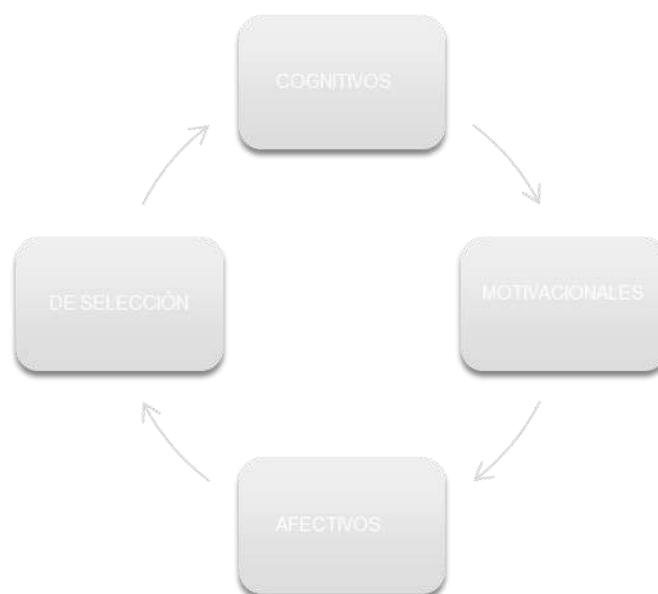
La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar). Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr.

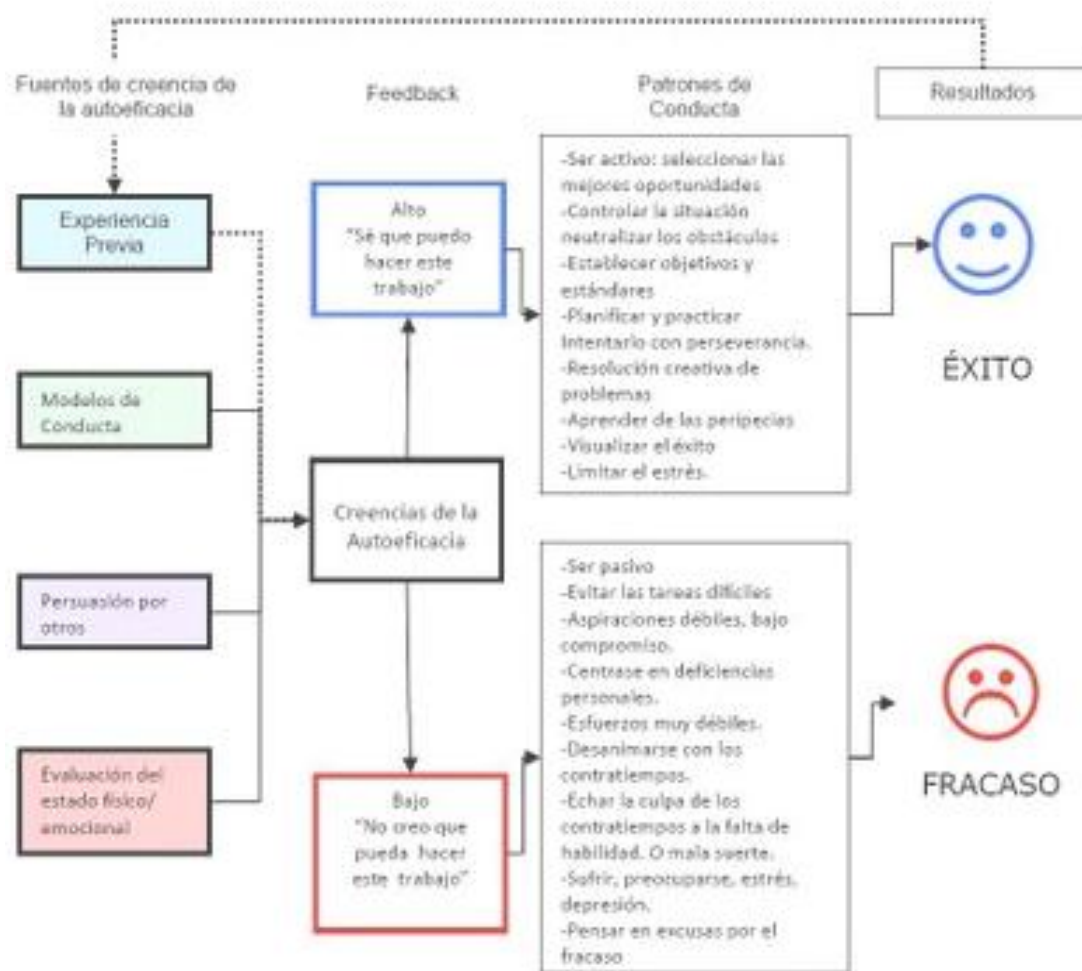
Ésta autovaloración es muy importante, dado que de ella dependen en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida. De este modo, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen auto limitarse y fracasar.

Es por eso que esta ligado a la “Autoeficacia”, la cual es la impresión de que uno es capaz de desempeñarse de cierta forma y de poder alcanzar ciertas metas. Se centra en las creencias sobre la capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras (Bandura, 1986).

Un rendimiento adecuado requiere tanto de la existencia de habilidades como de la creencia por parte del sujeto de que dispone de la eficacia suficiente para utilizarlas", siendo en muchas ocasiones la falta de creencias de autoeficacia la que impide el rendimiento adecuado. Las personas cuando creen con firmeza en sus propias capacidades para resolver situaciones de toma de decisiones complejas, se establecen retos, usan un buen pensamiento analítico Bandura y Wood (1989) y consiguen logros en la ejecución.

#### PROCESOS IMPLICADOS EN LA AUTOEFICACIA





FUENTE: Modelo tomado de Bandura (1989, a y b) y de Kreitner & Kinicki (1997), adaptado por Méndez Benavides para la investigación.

Cognitivo: Bandura (1986, 1999) defiende que el establecimiento de objetivos que el sujeto realiza constantemente está determinado, en gran parte, por las auto-estimaciones de sus capacidades, por lo que las personas evitarán y anularán conductas y acciones que valoren como imposibles de realizar, y por el contrario intentarán realizar aquellas conductas y acciones que se creen capaces de dominar.

Las creencias de autoeficacia de las personas determinan su nivel de motivación, lo que se refleja en la cantidad de esfuerzo y perseverancia que muestran en las tareas y la cantidad de tiempo que persistirán, especialmente cuando aparecen obstáculos difíciles de superar.

La autoeficacia percibida por cada ser humano influye de diferente manera en los patrones de pensamiento y reacciones emocionales de las personas afectando al nivel de estrés y depresión que experimentan ante situaciones amenazadoras, sin embargo se puede ejercer cierto control sobre los pensamientos. Las personas que creen

imposible manejar situaciones complejas perciben su entorno de forma amenazante, meditan excesivamente sobre sus deficiencias magnificando la gravedad de las posibles amenazas y preocupándose por las cosas que rara vez suceden, llegando a desanimarse de tal manera que perjudican su nivel de funcionamiento (Lazarus, y Flokman, 1984). Por el contrario las personas que creen poder controlar las posibles situaciones amenazantes no se alteran, aunque estén sometidas a los mismos agentes estresantes. Por lo tanto, la principal fuente de angustia no es la frecuencia de los pensamientos perturbadores, sino que la persona perciba una imposibilidad para bloquearlos.

El nivel de autoeficacia percibida influye sobre los tipos de actividades, así como sobre los entornos que escojan las personas, actuando como determinante del nivel de rendimiento. Es decir según la percepción de autoeficacia se escogieran algunas metas que alcanzar y otras no.

Evaluar y transformar

Se entrega a cada participante la hoja informativo sobre autoestima para que sea leído y comentado en grupo.

Se explica a las participantes que cada persona se valora a sí misma en función de la evaluación que hace de sí misma en diferentes áreas, como son el área social, laboral, familiar, de pareja, corporal y global. Por consiguiente, al hablar de autoestima vamos a tener en cuenta estas mismas áreas. Se les explica que el área social abarca los sentimientos de uno misma en cuanto a la amistad, sus habilidades sociales, la aceptación social y el nivel de satisfacción en la relación con el otro. El área laboral hace referencia a la evaluación de una misma a través de la propia aptitud, éxito, funcionamiento y satisfacción laboral. La autoestima familiar y de pareja refleja los propios sentimientos como miembro de una familia, y la valoración que se lleva a cabo sobre el desempeño y satisfacción del rol de madre y esposa. La imagen corporal es la combinación del aspecto y las capacidades físicas, incluyendo la valoración de la propia salud, y la autoestima global es la valoración general de una misma, basándose en la evaluación de todas estas áreas y de los logros y éxitos alcanzados en la vida.

Se pide a las participantes que rellenen un inventario en el que aparecen todas las áreas mencionadas, para que especifiquen aspectos positivos y negativos de sí mismas.

Una vez finalizada la tarea se anima a las participantes a compartir con el grupo los aspectos señalados. La terapeuta supervisa el ejercicio, asegurando que la descripción

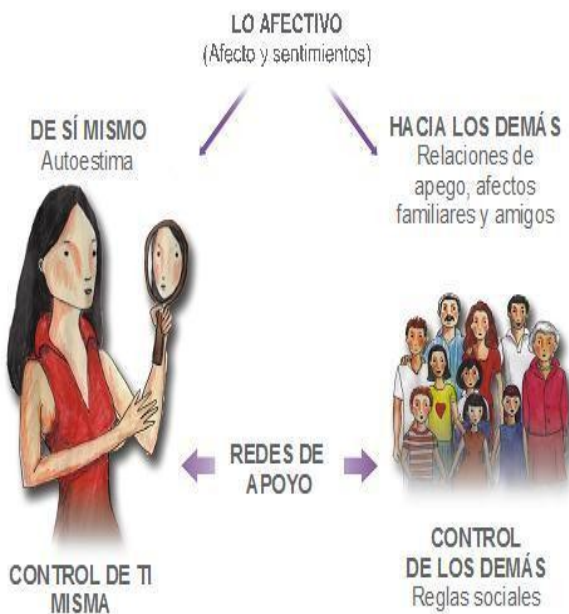
de los aspectos negativos no se ha llevado a cabo utilizando un lenguaje generalizador y peyorativo, y enfatiza en la importancia de focalizar la atención en los aspectos positivos.

**LO AFECTIVO**

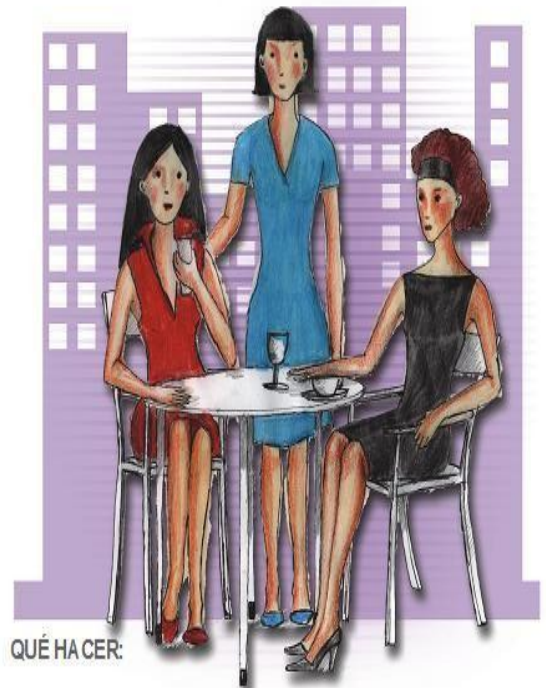
EN EL AFECTO Y LOS SENTIMIENTOS DEBEMOS APRENDER A:

- Conocer nuestros sentimientos: nos ayuda a brindar lo mejor de cada uno y a sentirnos seguros.
- No es sano guardar los sentimientos y luego descargarlos en otras personas.
- Es necesario desarrollar un criterio acerca de cuándo es oportuno expresarlos y cómo hacerlo.
- Mediante la expresión de sentimientos estamos creando relaciones más sólidas y duraderas con los demás.

**“RECUERDA QUE A MAYOR AUTOESTIMA, MAYOR CONTROL DE TI MISMA Y NO DE LOS DEMÁS”**



**COMBATIENDO LA DEPRESIÓN**



**QUÉ HACER:**

- Realiza actividades que te distraigan.
  - Aumenta las actividades agradables.
  - Aumenta las actividades grupales y disminuye las individuales.
  - Házte regalos, dáte gusto.
  - Busca el sentido gracioso a las situaciones siempre que comiences a sentirte mal.
  - Evita el aislamiento (sentirte sola).
  - Discute los pensamientos que te hacen sentir mal.
  - Afronta adecuadamente los sentimientos de culpa.
- Si sientes que la situación se escapa de tus manos, busca ayuda terapéutica para que te ayuden en la búsqueda de alternativas para sentirte mejor.**



*Actividad 4. Asignación de tareas*

- Seguir  
identificando los aspectos positivos y negativos de cada una de las áreas
- Tratar  
de poner en práctica la decisión tomada para la solución de problemas o realizar el ejercicio con otro problema.
- Práctica  
de la respiración y relajación progresiva

**RESUMEN SEXTA SESION**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Saludo y reflexión sobre las tareas</b>	- Saludo y revisar la semana anterior - Reflexión sobre que actividades agradables se desarrollaron en la semana - Reflexión sobre la práctica de respiración - Realizar valoración de cambio percibido por las mujeres - Reflexión sobre el ejercicio registrado sobre comunicación asertiva	- Autoregistros de situaciones y reacciones	35 minutos
⇒ <b>Técnica solución de problemas</b>	- Habilidades para los pasos 3 y 4 de solución de problemas	- Hoja de registro – pasos solución de problemas	30 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	- Componente afectivo – Depresión Autoestima y autoeficacia	- Tablero - Hoja informativa sobre la depresión y autoestima	15 minutos
⇒ <b>Autoconocimiento</b>	- Identificar aspectos positivos y negativos en diferentes áreas, como son el área social, laboral, familiar, de pareja, corporal y global	- Hoja de trabajo	20 minutos
⇒ <b>Entrenamiento en relajación progresiva</b>	- Entrenamiento de relajación tensión/distensión	- Salón y sillas	5 minutos
⇒ <b>Planificación</b>		- Autoregistro de	

<b>de actividades agradables</b>	- Lista de actividades agradables	actividades agradables	10 minutos
<b>⇒ Asignación de tareas para casa</b>	- Continuar con identificación de aspectos positivos y negativos en cada una de las áreas - Continuar con identificación y definición de problemas a solucionar. - Planificar cuando se pueden realizar las actividades agradables	- Hojas de autorregistro de detención de pensamiento. - Autoregistro planificación actividades agradables - Autorregistro de respiración	5 minutos

### AUTO REGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

---



---



---



---



---

¿QUÉ SOLUCIONES ALTERNATIVAS EXISTEN PARA EL PROBLEMA?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN DE CADA ALTERNATIVA:

ALTERNATIVA	ASPECTO POSITIVO	ASPECTO NEGATIVO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

1. Grado satisfacción (0-10): \_\_\_\_\_ 2. Grado de satisfacción (0-10): \_\_\_\_\_  
 3. Grado de satisfacción (0-10): \_\_\_\_\_ 4. Grado satisfacción (0-10): \_\_\_\_\_  
 5. Grado de satisfacción (0-10): \_\_\_\_\_

ELECCIÓN DE LA MEJOR ALTERNATIVA Y PUESTA EN PRÁCTICA:

---



---



---

¿HE LOGRADO EL RESULTAD QUE ESPERABA?

---



---

### INVENTARIO DE AUTOESTIMA

- Piense en usted misma y señale los aspectos positivos y negativos respecto a cada una de las siguientes áreas.
- A continuación ordene las áreas a las que concede más importancia o que le resultan más preocupantes. Para ello ponga el número correspondiente en la casilla de la primera columna.

ÁREAS A EXPLORAR		ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<input type="checkbox"/>	ÁREA SOCIAL (Cómo se relaciona con los demás, amigos /as, compañeros/as de trabajo...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	ÁREA LABORAL (rendimiento en el trabajo y labores domésticas)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	ÁREA FAMILIAR Y DE PAREJA (Cómo se relaciona con los familiares, cuidado de	+ + + +	- - - -

	los hijos/as)		
<input type="checkbox"/>	<b>ASPECTO FÍSICO Y SALUD</b> (Descripción de altura, peso, partes específicas del cuerpo, fuerza, resistencia física...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>FUNCIONAMIENTO MENTAL</b> (Capacidad de aprender y crear, cultura general, intuición, áreas de conocimiento específicas...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>AUTOESTIMA GLOBAL</b>	+ + + +	- - - -

**VALORACION DEL CAMBIO PERCIBIDO**

Por favor diligencia esta escala de valoracion, en donde el 1 representa nada, los numeros en el medio van representando el nivel de gusto o el grado de logro alcanzado hasta el 10 que es el maximo.

1. Califica de 1 a 10 que tanto el tratamiento te ha ayudado

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

2. Califica de 1 a 10 que tanto te han parecido los temas tratados utiles para tu situacion actual

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

3. De 1 a 10 que tanto has practicado los ejercicios en casa.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

## SESION 7

### Objetivos

- Retroalimentar la aplicación de los ejercicios, técnicas y habilidades que se están entrenando a través de la revisión de las tareas para la casa.
- Promover la asertividad y la solución de problemas
- Dar Psicoeducación sobre estrés postraumático y procesamiento del trauma
- Entrenar en la tecnica de exposicion imaginaria y procesamiento cognitivo y emocional del trauma

### *Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios, se evalúa primero el ejercicio de la respiración.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de VP. Se retroalimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Como se han sentido en la realización de estas.

- Se pregunta sobre el autoregistro y reflexion en cuanto al estilo de comunicación asertivo, las mujeres compartan experiencias de la semana en donde hayan tenido este estilo y los resultados obtenidos, asi mimso, expresenen que momentos no pudieron lograrlo y realizar una reflexion grupal en como se podria lograr la proxima vez que se enfrente a una situación similar.

- Se pregunta sobre el quinto paso de solución de problemas, si implementaron lo analizado en la sesion pasada con el problema definido o si hicieron la definicion de otro problema. A partir de los ejemplos se analiza y retroalimenta de manera participativa,

también se reflexiona en los casos que no se haya llevado a práctica las soluciones, en cuanto a pensamientos y sentimientos relacionados con éste.

#### Actividad 2. Psicoeducación estrés postraumático y técnica de exposición

- Se explica que en esta sesión y en las siguientes se va a trabajar una de las consecuencias de la violencia de pareja, el estrés postraumático y aprenderán una técnica que ayudara al procesamiento emocional del mismo.

Las reacciones que pueden tener las personas que han vivido alguna situación o hecho traumático son:

- Temor y ansiedad
- Reexperimentación del trauma, es decir tiende a recordar imágenes del momento traumático, las cuales se aparecen en cualquier momento en la mente.
- Problemas de concentración
- Sensación en todo momento de alerta, agitación, se dificulta estar tranquilo o descansar.
- Evitas de manera física, emocional o cognitivamente a personas, lugares o cosas que te recuerdan la situación vivida.
- Sensación todo el tiempo de amenaza.
- Sentimientos de vergüenza y/o culpa
- Rabia o ira
- Emociones que pueden afectar la autoimagen – autoestima – autoeficacia
- En algunas ocasiones puedes alejarte de las personas o actividades que se solían realizar. Probablemente se disminuye el interés por el acercamiento afectivo o relaciones sexuales

En conclusión son niveles de ansiedad altos, ya que estas recordando el pasado en momentos que no están dispuestos para eso y que por ende nos conlleva a pensamientos y emociones negativas. Algunas ocasiones las personas aumentan el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

En la cotidianidad, cuando nos sucede cualquiera de estas estas sensaciones, pensamientos, imágenes y recuerdos nuestro cerebro y cuerpo quiere evadirlas para no sentirnos mal, sin embargo, al evadirlas sin realizar un ejercicio de procesamiento nuestro cerebro y cuerpo no comprende que esa situación ya no se está presentando y por lo tanto

no puede disminuir su estado de ansiedad; es por eso, importante y necesario confrontar dichas memorias, lo cual posibilita a que podamos disminuir los niveles de malestar y es por esto que en las siguientes sesiones trabajaremos para el procesamiento de dichos eventos traumáticos, para que las imágenes fragmentadas y caóticas sea sustituida por la memoria verbal, de manera que pueda poner nombre a los sentimientos, a las emociones y, por tanto, pueda integrarla en lo que es su historia biográfica, con todas las aportaciones negativas que tenga.

Otros objetivos que persigue esta técnica son: a) aprender que la ansiedad y sus síntomas pueden ser controlados con técnicas de afrontamiento enseñadas, b) aprender que las consecuencias catastróficas anticipadas a la situación que produce ansiedad no ocurren y c) romper la asociación entre situaciones o estímulo y ansiedad, y a responder de un modo distinto a la situación.

### *Actividad 3: Técnica de exposición*

- Con ayuda de la terapeuta cada participante diseña el contenido de las escenas a las que se va a exponer en imaginación. Se entrega a cada una de las mujeres una hoja de registro para que enlisten varios incidentes o hechos que han sido perturbadores y al frente midan el grado de ansiedad que les genera esa situación, valorándola en una escala de 0 a 100. Por tanto, cada participante enuncia y valora en términos de malestar provocado seis situaciones de malos tratos distintas, incluyendo el episodio de violencia que mayor malestar les genera.
- A continuación, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer en primer lugar (que tenga un grado de malestar moderado). Se pide a las participantes que escriban la situación que han escogido. Se les entrega la hoja para su registro. Se le explica que debe ser lo más detallada y cercana a la realidad posible. El incidente se debe describir en tiempo presente y debe incluir características sensoriales (qué vieron, oyeron, etc.), además de lo que pensaron y sintieron en ese momento, los sentimientos de los que se avergüenzan, los sentimientos de venganza, de odio, etc.
- Cada participante lee su relato en voz alta y se graba en una cinta para que se pueda exponer a él a lo largo de la semana. Se presta mucha atención a la reacción emocional experimentada por las participantes y en caso de que sea excesiva se interrumpe el



ejercicio. Es importante reforzarlas por el trabajo realizado y promover el apoyo grupal ante una tarea tan dolorosa.

- Se les pide que escuchen la grabación al menos dos veces, mejor con los ojos cerrados e identifiquen si recuerdan algún aspecto que no hayan mencionado y recordaron al escucharlo sobre cómo se sintieron, que pensaban, percepciones de olores, sabores, colores, y cómo sentían su cuerpo. Cuando terminen de escucharlo amplían la información en la hoja de registro y califican el grado de malestar que sienten en ese momento.
- Se realiza retroalimentación positiva del esfuerzo que han realizado al confrontar ese incidente, proveiendo el soporte y tranquilidad necesaria.
- Se les pide que expresen sus sentimientos y pensamientos ante el hecho \*la reflexión se enmarca en que la mujer comprenda sus reacciones y comportamiento ante el trauma, se pregunta sobre aquellos aspectos o respuestas emocionales que parecen significativos.

#### *Actividad 4. Ejercicio de Respiración*

Se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición sentada. Durante la respiración la terapeuta enfatiza en la importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales y visualizar cómo al inspirar los pulmones se llenan de aire, oxigenado y puro, que recorre el organismo, y al espirar se eliminan todas las impurezas, tensiones y angustias que pudiéramos estar acumulando.

#### *Actividad 5. Asignación tareas*

- Escuchar la grabación - Autoexposición en imaginación, durante 20 minutos, al menos dos veces a la semana. Continuar con la identificación de pensamientos y sentimientos e identificar que lugares, personas, actividades evita a raíz del incidente.
- Practicar la respiración
- Práctica de actividades agradables

**RESUMEN SESION 7**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas -Identificar la aplicación de la comunicación asertiva y solución de problemas y promover su uso.	Hoja de trabajo y registro	40 Minutos
Psicoeducación	-Estrés postraumático -Técnica de Exposición.	Hojas informativas	10 minutos
Exposición	-Entrenamiento en la técnica de exposición en imaginación a un episodio de Maltrato	Hoja de trabajo Una Grabadora por participante	45 Minutos
Procesamiento exposición	- Procesamiento exposición	Hoja de trabajo	15 minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	❖ Ninguno	5 Minutos
Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	❖ Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Viva ❖ Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos

**HOJA DE TRABAJO**  
**EVENTOS TRAUMATICOS / INCIDENTES DE MALTRATO**

EVENTO / INCIDENTE	GRADO DE MALESTAR 0 A 100



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**AUTO REGISTRO DE EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN A LA SITUACIÓN VIVIDA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

	FECHA	HORA		ANSIEDAD (0 – 100)			COMENTARIOS
		Inicio	Fin	Antes	Durante	Después	
<b>EXPOSICIÓN A LA SITUACIÓN N°</b>							

<b>EXPOSICIÓN A LA SITUACIÓN N°</b>							
---	--	--	--	--	--	--	--

**EVITACION**

<i>LUGARES</i>
<i>PERSONAS</i>

<i>ACTIVIDADES</i>

## SESION 8

### Objetivos

- Entrenar en la técnica de exposición imaginaria y procesamiento cognitivo y emocional del trauma
- Dar Psicoeducación sobre autoeficacia
- Brindar herramientas que aportan a la proyección futura y autoeficacia
- Control de los niveles de activación

*Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios, se evalúa primero el ejercicio de la respiración.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de VP. Se retroalimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Como se han sentido en la realización de estas.

*Actividad 2. Entrenamiento y procesamiento de exposicion imaginaria del trauma*

- Se pregunta a las mujeres como les fue con el ejercicio de escuchar la grabación, discusion en el marco de la siguientes preguntas:

Qué significa para ti que esto haya pasado?

Qué dice esto acerca de ti?

Desde cuando lo empezaste a ver de esa manera?

Cómo te sientes cuando piensas de esa manera?

Como te hace sentir pensar de ti misma de esa manera?

Identificar pensamientos y sentimientos de culpa y vergüenza para realizar ejercicio de reevaluación.

Así mismo, se pone en comun las situaciones que este incidente ha hecho que se eviten perosnas, lugares o actividades. Esto es para hacer conscientes otras consecuencias y se explica la importancia que tambien realicen exposicion en vivo de estos, siempre y cuando, no sea un riesgo para ellas.

- Se solicita que relaten el incidente que calificaron con el mas alto nivel de malestar en la lista que se realizo en la sesion anterior, de la forma mas detallada posible en cuanto a descripcion de la situación, los pensamientos, sentimientos en forma presente (utilizando la hoja de registro).

- Se graba y luego que la escuchen varias veces se realiza el procesamiento de este incidente.

*Actividad 2. Psicoeducacion autoeficacia e imagen corporal*

- Se realiza el ejercicio “El espejo mágico del tiempo”, el cuál tiene como propósito reflexionar en la importancia y necesidad de proyectarse hacia el futuro, para que en el



presente se realicen o busquen actividades y acciones que estén dirigidas a alcanzar esos planes.

- Se retoma el concepto de autoeficacia y el primer paso que se realizó en la sesión 6 en cuanto a autoconocer en cuanto a lo positivo, negativo, competencias y habilidades para encaminar los planes vocacionales, profesionales y personales hacia lo que nos gusta y somos buenos y tratando de mejorar las debilidades.

Se explica que la automotivación consiste en proponerse objetivos personales (metas concretas, precisas y exigentes), y que a su vez el camino para alcanzar estas sea un aprendizaje de sus logros o sus fracasos o fortalezas y debilidades.

La autoeficacia se da cuando se conoce la meta y se conocen las capacidades y habilidades para lograrla.

#### *Actividad 3. Ejercicio de Respiración*

Se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición sentada. Durante la respiración la terapeuta enfatiza en la importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales y visualizar cómo al inspirar los pulmones se llenan de aire, oxigenado y puro, que recorre el organismo, y al espirar se eliminan todas las impurezas, tensiones y angustias que pudiéramos estar acumulando.

#### *Actividad 4. Asignación tareas*

- Escuchar la grabación - Autoexposición en imaginación, durante 20 minutos, al menos dos veces a la semana. Identificar que lugares, personas, actividades evita a raíz del incidente.
- Practicar la respiración
- Diligenciar la hoja de trabajo de “autoeficacia” y se les explica que a partir de los dos ejercicios que se han realizado de descubrir lo positivo y lo negativo en cada una de las áreas y de estos planes que les gustaría alcanzar a 10 años (mediano plazo) se debe diligenciar las metas en cada una de las áreas y las acciones que se den empezar a realizar para alcanzarlas.

## **RESUMEN SESION 8**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana, actividades agradables, respiración.	Salón	5 Minutos
Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento -Entrenamiento en la técnica de exposición en imaginación a otro episodio de Maltrato y procesamiento	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	70 Minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Psicoeducación	- Explicación y reflexión sobre autoeficacia y proyección hacia el futuro	Hojas del trabajo	35 minutos
Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	-Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida -Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos

### EL ESPEJO MAGICO DEL TIEMPO

Estas caminando por un lugar muy tranquilo y de repente te encuentras con un espejo con un aspecto muy bonito y único en el mundo, por lo tanto, te da curiosidad y te acercas a verlo. Cuando ves tu reflejo en el mismo te das cuenta que es mágico, pues cuando te miras en este espejo, ¡ves reflejada tu imagen tal y como será dentro de 10 años!

1. ¿Qué siento ante el espejo? ¿Me da miedo o me produce esperanza?

---

---

---

---

---

2. ¿Tu reflejo es nítido o borroso? ¿Tienes bien claro cuál es tu sueño de desarrollo personal?

---

---

---

---

---

3. ¿Cómo te gustaría que fuese tu vida dentro de 10 años?

---

---

---

---

---

4. ¿A quiénes les gustaría encontrar cerca dentro de 10 años?

---

---

---

---

---

5. ¿Qué aspectos de mi vida actual me bloquean el camino para ser aquello que deseo?

---

---

---

---

---

6. ¿Qué puedo hacer para superar los obstáculos en mi camino hacia lo que quiero ser?

---

---

---

---

---

7. ¿Qué aspectos de su vida desearías que hubiesen desaparecido para dentro de 10 años?

---

---

---

---

---

8. ¿Cómo se ve tu imagen corporal?

---

---

---

---

---

#### AUTOEFICACIA

Imaginate que metas te gustaria alcanzar en 5 años en cada una de las áreas descritas a continuación y plantea que acciones debes comenzar a realizar en el tiempo presente para encaminar tu vida a alcanzar esos deseos y logros que quieres alcanzar.

ÁREAS A EXPLORAR		ACCIONES	METAS
<input type="checkbox"/>	<b>ÁREA SOCIAL</b> (Cómo se relaciona con los demás, amigos /as, compañeros/as de trabajo...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>ÁREA LABORAL</b> (rendimiento en el trabajo y labores domésticas)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>ÁREA FAMILIAR Y DE PAREJA</b> (Cómo se relaciona con los familiares, cuidado de los hijos/as)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>ASPECTO FÍSICO Y SALUD</b> (Descripción de altura, peso, partes específicas del cuerpo, fuerza, resistencia física...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>FUNCIONAMIENTO MENTAL</b> (Capacidad de aprender y crear, cultura general, intuición, áreas de conocimiento específicas...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>AUTOESTIMA GLOBAL</b>	+ + +	- - -

		+	-
--	--	---	---

## SESION 9

### Objetivos

- Entrenar en la técnica de exposición imaginaria y procesamiento cognitivo y emocional del trauma
- Promover la autoeficacia y orientar hacia la proyección hacia el futuro
- Dar Psicoeducación sobre riesgo, autocuidado, plan de seguridad
- Promover los derechos humanos y equidad
- Control de los niveles de activación

### *Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue la semana anterior, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios, se evalúa primero el ejercicio de la respiración.

- Reflexión sobre la práctica de respiración

La/El terapeuta recuerda de la importancia de continuar con el ejercicio del control de la respiración y le pregunta a cada participante si a parte de la practica en casa del ejercicio lo han utilizado en alguna situación específica, no necesariamente en situaciones de VP. Se retroalimenta las diferentes situaciones expresadas por las participantes.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Como se han sentido en la realización de estas.

- Se promueve la participación de todas las mujeres de presentar sus metas y acciones que deben comenzar a realizar en cada una de las áreas y se reflexiona y motiva sobre esto.

### *Actividad 2. Entrenamiento y procesamiento de exposición imaginaria del trauma*

- Se pregunta a las mujeres como les fue con el ejercicio de escuchar la grabación, discusión en el marco de las siguientes preguntas:

Qué significa para ti que esto haya pasado?

Qué dice esto acerca de ti?

Desde cuando lo empezaste a ver de esa manera?

Cómo te sientes cuando piensas de esa manera?

Como te hace sentir pensar de ti misma de esa manera?

Identificar pensamientos y sentimientos de culpa y vergüenza

Así mismo, se pone en común las situaciones que este incidente ha hecho que se eviten personas, lugares o actividades. Esto es para hacer conscientes otras consecuencias y se explica la importancia que también realicen exposición en vivo de estos, siempre y cuando, no sea un riesgo para ellas.

- Se evalúa cuanto a disminuido el grado de malestar y teniendo en cuenta esto se decide si se continúa trabajando con el mismo incidente o se le solicita a la mujer continuar el mismo ejercicio con el siguiente incidente de la lista identificada en la sesión 7.

En caso de que sea el mismo la mujer debe escuchar su grabación las veces que sea necesaria durante 20 minutos y tratar de identificar nuevos pensamientos y sentimientos al respecto. En los otros casos en que la mujer continúa con el siguiente relato se les entrega el formato de autoregistro para la descripción del incidente, para su grabación y escucha.

### Actividad 3. Psicoeducación del riesgo, autocuidado, plan de seguridad

Se explica que el comportamiento humano es complejo, ya que depende de multitud de factores causales y de sus interacciones, por tanto, predecir la actuación del otro es difícil, sin embargo, el conocimiento sobre los factores desencadenantes y moduladores que provocan la conducta, en este caso violenta, permite conocer factores de riesgo que es necesario reconocer para la autoprotección. En este sentido, no hablamos de predicción, sino más bien de una valoración del riesgo.

La valoración del riesgo hace referencia a valorar factores, es decir características, asociadas con un incremento de la probabilidad de que suceda un determinado

comportamiento, por ejemplo, las personalidad, de estados psicopatològicos, de tipo sociolaboral, actitudes, etc.

Diferentes investigaciones sobre la violencia de pareja han evidenciado unos riesgos en los agresores que pueden aumentar el riesgo que se presente un comportamiento violento, alguno de estos se pueden mostrar en el siguiente cuadro desde varios niveles:

	Características del agresor que evidencia riesgo para que se de la violencia de pareja			
	SOCIAL	COMUNITARIO	GRUPAL	INDIVIDUAL
AGRESOR	Cultura Valores sociales Ideologìa Creencias sociales	Trabajo Nivel educativo Estreis laboral/vital Violencia contra familiares (no-parejas) Ingresos econoimicos Detenciones anteriores Edad	Víctima infantil de abusos Acoso Problemas satisfacciòn pareja Separaciòn pareja Control sobre la pareja Celos Abuso emocional o verbal Historial de agresiones sobre la pareja	Abuso drogas ilegales Odio/hostilidad Actitudes que disculpan la violencia contra las mujeres Ideologìa tradicional en roles sexuales Depresioìn Abuso de alcohol Relaciones sexuales forzadas

Factores de riesgo de violencia contra la pareja descritos a partir del metaanàlisis de Stith (2004) citado por Echeburrua, Fernandez y De Corral (2009)

Además de conocer que esto son factores de riesgo, es necesario, así como hemos hecho el ejercicio de reconocer en ustedes mismas los cambios fisiològicos, comportamentales, actitudinales ante las emociones y los factores que las estresan; realicen el mismo ejercicio observando y evaluando estos mismo aspectos en ellos, pues este conocimiento es lo que las va a ayudar identificar los riesgos y los momentos en el que hay que llevar a cabo algún plan de protecciòn o seguridad.

Así mimos, el riesgo se puede clasificar en grados alto, medio y bajo, los cuales exige un tipo determinado de respuesta urgente e inmediata o una que permita mas plazo para su



respuesta. Para cualquiera de las dos situaciones es necesario realizar un plan de seguridad o autocuidado. Con las mujeres en discusión participativa se llegarían a acuerdos de cuales actos se clasificarían en cada uno de estos grados.

Los aspectos que se deben tener en cuenta para el plan son:

- Hijos
- Documentos que son esenciales en caso que toque salir de emergencia tanto suyos como de sus hijos
- Lugar a donde pueden llegar
- Personas a las que pueden acudir, de confianza
- Entidades y/o autoridades a las que puede acudir
- Rutas de evacuación del hogar

Actividad 4. Asignación de tareas

- Escuchar la grabación - Autoexposición en imaginación, durante 20 minutos, al menos dos veces a la semana. Identificar que lugares, personas, actividades evita a raíz del incidente.
- Practicar la respiración
- Llevar a cabo acciones identificadas en el ejercicio de autoeficacia

### RESUMEN SESION 9

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
Apertura de la Sesión	-Revisión de lo acontecido durante la semana, actividades agradables, respiración.	Salón	5 Minutos
Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento -Entrenamiento en la técnica	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	70 Minutos

	de exposición en imaginación a otro episodio de Maltrato y procesamiento		
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Psicoeducación	- Explicación y reflexión sobre el riesgo, autocuidado, plan de seguridad	Hojas del trabajo	35 minutos
Asignación de Tareas para Casa	-Autoexposición en imaginación. -Registro de Situaciones Evitadas	- Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida - Auto-registro de Situaciones Evitadas	5 Minutos

## SESION 10

Objetivos:

- Entrenar en la técnica de exposición imaginaria y procesamiento cognitivo y emocional del trauma
- Prevención de recaídas
- Promover los derechos humanos y equidad

*Actividad 1: Saludo y reflexión sobre las tareas asignadas.*

- Saludo.

Sentados en semi círculo se saludan a las participantes y se les pregunta cómo les fue durante la semana, y se le pregunta una a una sobre la realización de los ejercicios.

- Se pregunta sobre qué actividades agradables se ha realizado durante la semana, en que momentos y con quienes. Como se han sentido en la realización de estas.

- Se promueve la participación de todas las mujeres para contar sobre que acciones comenzaron a realizar para las metas propuestas. Se reflexiona sobre estas y se motiva para emprenderlas sino lo han hecho o continuar en la práctica de las mismas.

#### *Actividad 2. Entrenamiento y procesamiento de exposición imaginaria del trauma*

- Se pregunta a las mujeres como les fue con el ejercicio de escuchar la grabación, discusión en el marco de las siguientes preguntas:

Qué significa para ti que esto haya pasado?

Qué dice esto acerca de ti?

Desde cuando lo empezaste a ver de esa manera?

Cómo te sientes cuando piensas de esa manera?

Como te hace sentir pensar de ti misma de esa manera?

Identificar pensamientos y sentimientos de culpa y vergüenza

Así mismo, se pone en común las situaciones que este incidente ha hecho que se eviten personas, lugares o actividades. Esto es para hacer conscientes otras consecuencias y se explica la importancia que también realicen exposición en vivo de estos, siempre y cuando, no sea un riesgo para ellas.

#### Actividad 3. Prevención de Recaidas – fortalecimiento de habilidades y técnicas

- Se le entrega una hoja de trabajo a las mujeres donde se encuentra una lista de formas de expresarse y ellas deben clasificar que tipo de comunicación es con su respectiva argumentación (agresiva, pasiva o asertiva).

- Se les solicita a las mujeres escribir en una hoja de papel una situación interpersonal problemática en el ámbito familiar. Luego el terapeuta los recoge y las entrega a cada mujer una situación que no haya escrito ella, quien debe decir como resolvería la situación. Luego cada mujer expone sus ideas y se realiza una reflexión de cada una de las situaciones, resaltando las formas asertivas de desarrollar el problema.

- Se les entrega dos lecturas sobre la relación y cómo se va iniciando la violencia en las mismas a las mujeres y luego se realiza una reflexión grupal sobre estas.

- Se realizan una serie de preguntas sobre situaciones para que las mujeres deben respondan sobre las habilidades o técnicas que deben implementar. Se realiza un resumen de las técnicas y habilidades que aprendieron para aplicar en sus vidas.

¿Qué pueden hacer cuando tenga o vivan alguna de las siguientes situaciones?

- Se encuentra realizando una actividad tranquila y de repente llega a su mente una imagen de un incidente de violencia que han tenido en el pasado
- Se encuentra haciendo una tarea o labor específica y llega a su mente pensamiento autocríticos como “es que no puedo”, “soy una tonta”
- No le gusta algo que su pareja hace en la casa, como fumar en la habitación, llegar tarde sin avisar.
- La pareja le hablo mal y usted le dio ira
- No quieres pelear, pero no te gusta cómo te están diciendo las cosas.
- La pareja está teniendo unas actitudes muy groseras, que me llevan a pensar que va a tener un momento de violencia.
- No tienes ganas de hacer nada, ni de pararte de la cama
- Pensamientos de incapacidad, de que no puede lograr algo
- Momentos de mucha ansiedad o estrés

Al final se hace un resumen de las técnicas y habilidades aprendidas y se les entrega la lista.

#### Actividad 4. Cierre

- Expresión sobre cómo les pareció, cómo se sienten y piensan del tratamiento, cómo creen que esto les puede ayudar en sus vidas, cómo se sienten para continuar con las metas y sueños. Se aplica el cuestionario de satisfacción del tratamiento.

- Expresión de agradecimientos por darse este tiempo para ellas y motivarlas para que sigan pensando en sus motivaciones y en sí mismas.

**RESUMEN SESION 10**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Apertura de la Sesión	-Revisión de las acciones emprendidas para lograr las metas.	Salón	15 Minutos
Exposición	- Revisión del autoregistro de autoexposición en casa y reflexiones sobre el procesamiento	-Hoja de trabajo -Una Grabadora por participante	20 Minutos
Control del Nivel Activación	-Entrenamiento en Técnica de Respiración	- Sillas	5 Minutos
Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios prácticos para fortalecer habilidades de comunicación, solución de problemas e identificación de las características de las relaciones sanas</li> <li>- Resumen de habilidades y técnicas aprendidas</li> </ul>	Hojas del trabajo	60 minutos
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expresión sobre el proceso realizado, cómo se sienten en la preparación para continuar.</li> <li>-Aplicación cuestionario de satisfacción con el tratamiento</li> <li>- Acuerdo para la próxima sesión aplicación de instrumentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Auto-registro de Tareas de Exposición al relato de la Situación Vivida</li> <li>-Auto-registro de Situaciones Evitadas</li> </ul>	15 Minutos

--	--	--	--

### EJEMPLOS DE ESTILOS DE COMUNICACIÓN

DECLARACIÓN	ESTILO DE COMUNICACION	ALTERNATIVA
Tu eres inmaduro		
Lo que dices no es algo bueno		
No sabes de lo que estas hablando		
No estoy interesada.		
Tu deberías (sentir o pensar o actuar de cierta manera)		
No estoy disponible para hacer eso		
Cállate		
No me importas		
Pienso que eres insensible		
Eso que dices es doloroso / o poco amable		
No merezco que me hables de esa manera		
Te he dicho que no estoy interesada en tener una relación contigo		
Yo pienso que eres un mentiroso		

Eres igual que tu madre / padre		
Yo apreciaría que tu dejaras de ej: hacer ruido o de fumar en la habitación		
Soy una boba, como no fui capaz ...		
Yo apreciaría que no me hables de esa manera		

## **HOJA DE RESPUESTA**

### **1. Declaraciones de acusación**

Tu eres inmaduro  
No sabes de lo que estas hablando  
Eres igual que tu madre / padre

### **2. Ordenes**

Cállate  
Vete

### **3. Imponer lo que el otro quiere**

Tu deberías (sentir o pensar o actuar de cierta manera)  
Tu no deberías (sentir o pensar o actuar de cierta manera)

### **4. Declaraciones agresivas hacia sí mismo**

Soy una boba, como no fui capaz ...

### **5. Declaraciones del “yo” que enmascaran agresividad**

Yo pienso que eres egoísta  
Yo pienso que eres un mentiroso  
Pienso que eres insensible

### **6. Declaraciones de desprecio o falta de respeto total**

No me importas  
No te respeto  
Te odio

### **7. Respuestas asertivas**

No merezco que me hables de esa manera  
Lo que dices no es algo bueno  
Eso que dices es doloroso / o poco amable  
Yo apreciaría que no me hables de esa manera

**8. Maneras asertivas de decir “no”**

No estoy interesada.  
 No estoy disponible para hacer eso  
 Te he dicho que no estoy interesada en tener una relación contigo

**9. solicitar asertivamente algo**

Yo apreciaría que tu dejaras de ej: hacer ruido o de fumar en la habitación  
 Yo apreciaría que no tomaras prestado mis pertenencias sin mi permiso

**LECTURA Y ANALISIS**

Lo que vas a leer es una parte de un documento técnico sobre la violencia de pareja de los autores Lavilla, S; Gaspar A; Aranda, A (2011); con el propósito de que en grupo se analice con los nuevos aprendizajes que has obtenido en el programa de tratamiento.

**EL PRIMER ENCUENTRO.**

*Chico conoce a chica. Él es un hombre normal, atento, galante, cariñoso... Y tras la primera cita, vienen otros encuentros, llamadas, muchos detalles y atenciones... ¿Quién no se enamoraría de alguien así? Alguien que te adora, te mimas y se gana tu corazón con promesas. Estás viviendo una luna de miel.*

*Una mujer busca en la relación: una persona con la que compartir su vida, un compañero, una familia, cubrir unas necesidades de carácter afectivo y social, el sentir y vivir el amor, la pasión... Estas expectativas, generalizables para todos en una relación de pareja, se tornan en situaciones de violencia poco a poco y de forma gradual e inesperada.*

*Cualquier situación, por trivial que parezca, puede llegar a provocar una reacción exagerada y con violencia (gritos, empujones, insultos, amenazas, etc.), que puede generar sorpresa e incredulidad en la mujer, mediatizando su capacidad de respuesta y llevándola a la justificación. En otras ocasiones la mujer si intenta confrontar esa situación. Pero con el paso del tiempo, la mujer constata que sus respuestas no son efectivas para frenar la violencia, y aún así decide continuar con la relación en pos de las expectativas depositadas en el vínculo afectivo creado.*

*Esto le llevara a justificar y minimizar muchas situaciones, a perdonarlas apoyada en las promesas de cambio y en la escasa capacidad que él muestra para asumir su responsabilidad en las situaciones provocadas.*

*¿Se trata, pues, de una pelea de pareja? El problema no es la discusión, si no como se resuelve. En esta dinámica es importante recordar que la interacción es desigual entre ambos miembros de la pareja. Lo que puede parecer una pelea normal son las primeras*



*manifestaciones de una dinámica de violencia-aceptación-sumisión. Esto implica una legitimización de la violencia para él y una aceptación de la misma para ella.*

*Si observamos las estadísticas, muchas de las relaciones maltratantes se inician en edades tempranas (adolescencia y juventud), en las que el exclusivismo de la relación de pareja sobre otras relaciones sociales es muy marcado, lo que puede llevar a un aislamiento social y a un centrarse solo en la pareja. Las emociones también son muy marcadas y viscerales, y no solo las positivas (amor, pasión), si no también las negativas (enfados, celos), lo que va a permitir una naturalización y aceptación de situaciones de control y violencia en pos de ese amor.*

*En los relatos, las mujeres indican que esas atenciones, esas llamadas de teléfono,... adulan y gustan, se sienten queridas e incluso son deseables. No son tomadas, en un principio, como manifestaciones de control, de celos o de violencia psicológica.*

*Por otro lado, la búsqueda del amor es uno de los temas y aspectos mas buscados, significativos y magnificados en cualquier relación afectiva, violenta o no. ¿Que importancia tiene el amor en sí mismo para cualquier persona? ¿Por amor se perdona todo? En las idealizaciones mas tradicionales (príncipe azul, media naranja) las situaciones de violencia se naturalizan e invisibilizan, aceptándolas como una normalidad que terminan mermando las capacidades de autonomía y de reacción de la mujer.*

### **QUE TE QUIERAN BIEN.**

*No podemos olvidar tampoco que estamos hablando de relaciones afectivas bidireccionales a las que se llega a través de una aproximación y cortejo. La violencia puede aparecer ya en el noviazgo, pero, como ya hemos dicho, partirá de situaciones aparentemente normales y que poco a poco mostrarán la dinámica futura. Estaríamos hablando del filo de la navaja, de esa línea difusa que separa lo normal de lo patológico. En nuestra cultura, dentro del proceso de cortejo, están socialmente admitidas las conductas de celos, de control de la pareja, centrarse en la pareja, actitudes machistas, preguntas, detalles,... En una relación igualitaria no van más allá, pero en una relación asimétrica ¿dónde acaba la atención y empieza el control? ¿Dónde acaban las peticiones y sugerencias y empiezan las exigencias? ¿Dónde acaba el juego de los celos y empieza el afán de posesión?*

*En el noviazgo puede aparecer una violencia, no necesariamente física, si no verbal y psicológica a través de exigencias, desvalorizaciones, humillaciones y desprecios que la agredida minimiza y acepta, y que no percibe como violencia, ya que no acepta fácilmente la contradicción de que la persona que le dice que le quiere también le daña. Muchas de ellas consideran que si entonces les hubiesen pegado no habrían seguido con él.*

*En ocasiones, ya en el noviazgo ellos se mostraron agresivos con otras personas “pero entonces no lo era conmigo”. No consideran a estas primeras agresiones como maltrato ya que eso les estigmatiza y margina. Ante estas primeras agresiones a veces aparece la sorpresa, y con esta, la incapacidad de responder por no saber como hacerlo. Poco a poco se aceptan sin ser consciente de ello.*

*Cuando se habla de ideales con ellas, se observa que en general creen en las relaciones idílicas, de cuento de hadas. Todas hablan también de aspectos más realistas como la comprensión, la comunicación, la complicidad, el respeto... cosa que no tienen en su relación, aunque las buscan continuamente, basándose en algo que no les permitirá alcanzarlo fácilmente. Consideran las discusiones como negativas, por lo que las evitan, que tienen que compartirlo todo, que la individualidad mata la relación... Su idea de familia es la tradicional y estereotipada, con roles y funciones muy diferenciadas, rígidas e inintercambiables.*

*En ocasiones el matrimonio permite salir de situaciones problemáticas que en ese momento existían en la familia de origen. En general prestan más atención al aspecto cuantitativo que a los otros, por lo que la separación es una idea que les cuesta plantearse de forma seria, ya que supone enfrentarse a muchas de sus ideas y creencias básicas respecto al matrimonio y la familia. Por otro lado, hasta no hace mucho, la sociedad estigmatizaba a las que no estaban casadas o elegían otras opciones menos valoradas, por lo que muchas ven el matrimonio y la pareja como la única posibilidad para su vida. El tener una familia sigue siendo hoy en día un objetivo básico para hombre y mujeres, pero sigue considerándose como vital para muchas mujeres.*

*A veces son conscientes de la existencia de problemas, de que algo no va bien, pero creen que en el momento en que se casen, se establezca la relación o tengan un hijo, ellos cambiarán, y es una tarea suya intentar ayudarles. Continúan manteniendo la relación sobre la base de unas expectativas y creencias de futuro que son difíciles de lograr. Sin embargo en muchas ocasiones durante el embarazo pueden aparecer las primeras y más fuertes agresiones. Algunos trabajos indican que en este momento la mujer se convierte en la víctima perfecta. Las teorías que lo explicarían son variadas: que temen ser desplazados, que la mujer es más vulnerable y por que en ese momento existen menos posibilidades de abandono dado el embarazo.*

*También se establece una dependencia entre ambos que marcará la relación. La dependencia, en el caso de la mujer será afectiva, psicológica, social, y, si la convivencia se ha establecido, también puede ser económica.*

*Hoy en día existe también el mandato de ser capaz de mantener una independencia personal... pero asociada a las ideas anteriormente mencionadas, lo que genera un conflicto personal en la mujer.*

### **LISTA DE TÉCNICAS Y HABILIDADES APRENDIDAS**

<b>CONOCIMIENTOS / TÉCNICAS / HABILIDADES</b>	<b>¿PARA QUE?</b>
Conocimiento sobre la violencia de pareja	Entender que tipos de violencias existen, cómo se da, las causas, las consecuencias, posibilitar la comprensión para no permitir más la violencia
Respiración	Control de la activación fisiológica del cuerpo cuando tenemos ansiedad, estrés, ira
Relajación	Control de la activación fisiológica del cuerpo

	cuando tenemos ansiedad, estrés, ira
Reestructuración cognitiva	Evalúa y reflexiona sobre los pensamientos y creencias Identificar pensamientos que conllevan a culpa y vergüenza
Detección del pensamiento	Proceso en el que detenemos los pensamientos que nos activan respuestas de ansiedad u otros sentimientos, pero que no son favorables puesto que ya no están sucediendo
Autocontrol y expresión emocional	Reconocimiento de las emociones Reconocimiento de los cambios fisiológicos del cuerpo que nos indican emociones Control de la ira Identificación de sentimientos de culpa o vergüenza que me hace permitir la violencia.
Programación de actividades agradables	Nos ayuda a retomar los espacios de diversión o conocimientos diferentes a los cotidianos y nos ayudan a relajarnos y a controlar momentos de depresión
Autoconocimiento y programación de metas	Nos permite mantener un nivel sano la autoestima y ser mas autoeficaces
Autocuidado – plan de seguridad	Nos permite estar mas atento a las situaciones de riesgo y poder tomar acción rápida hacia mi seguridad y la de mis hijos
Exposición	Nos permite no evitar los incidentes y hacer frente a las situaciones  Permite la habilidad de acceder a los aspectos del trauma como son la situación, los pensamientos, las emociones y las sensaciones sensoriales para comprenderlas y procesarlas emocionalmente con el propósito de disminuir el malestar que genera en cuanto a depresión, ira, ansiedad, estrés, entre otras.

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

(Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos Interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o por mejorar. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una x la respuesta elegida.

- ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?  
Excelente \_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Malo\_\_\_\_
- ¿Encontró la clase de ayuda y servicio que buscaba?

No \_\_\_\_\_ Si, parcialmente \_\_\_\_\_ Si, en general \_\_\_\_\_ Si, Totalmente \_\_\_\_\_

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente \_\_\_\_\_ En general \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

4. ¿Si una amiga necesitara una ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

No \_\_\_\_\_ Probablemente no \_\_\_\_\_ Probablemente sí \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

5. ¿En qué medida está satisfecha con el tipo de ayuda recibida?

Muchísimo \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho \_\_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_

7. ¿En General, en qué medida está satisfecha con el servicio recibido?

Mucho \_\_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_

8. ¿Si tuviera que buscar ayuda otra vez, volvería a acudir a nuestra fundación?

No \_\_\_\_\_ Probablemente no \_\_\_\_\_ Probablemente sí \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

