

**EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN
CIUDAD JUÁREZ**

Priscila Montañez Alvarado

Tesis doctoral

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Dirigido por:

Dra. Rosa M. Raich Escursell

Dra. María Teresa Gutiérrez Rosado

Dr. Oscar A. Esparza del Villar

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Facultad de Psicología



Bellaterra, septiembre de 2013

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
1. MARCO CONCEPTUAL	3
1.1. Definición de violencia doméstica	6
2. PROTOTIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	10
2.1. Violencia física.....	10
2.2. Violencia sexual.....	10
2.3. Violencia psicológica.....	11
2.4. Violencia económica o patriarcal.....	11
2.5. Inicio, desarrollo y mantenimiento de la violencia doméstica.....	12
3. ESTIMACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	17
3.1. Limitaciones para estudiar la prevalencia de la violencia doméstica en México.....	17
3.2. Estimaciones a partir de las encuestas.....	17
4. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	20
4.1 Trastornos de la personalidad.....	20
4.2 Consumo y abuso de alcohol y otras sustancias.....	21
4.3 Influencias culturales.....	22
5. EFECTOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	23
5.1 Consecuencias en la salud física.....	23
5.2 Consecuencias psicopatológicas.....	25
5.3 Sintomatologías específicas.....	25
5.4 Violencia doméstica y feminicidios.....	25
6. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO CONSECUENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	27
6.1 Trastorno de ansiedad	27
6.2 Depresión e idea suicida.....	27
6.3 Cogniciones postraumáticas.....	28
6.4 Baja Autoestima.....	28
6.5 Dificultad para solución de problemas.....	29
7. ETIOLOGIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	30
7.1 Elementos que explican la violencia doméstica.....	30
7.2 Elementos vinculados a la perpetración de la violencia doméstica.....	30
7.3 Características de la relación de pareja.....	31
7.4 Explicaciones socioculturales.....	31
7.5 Historia de violencia en la familia de origen.....	31
7.6 Abuso de alcohol.....	32
7.7 Características de personalidad del maltratador.....	33
8. MODELOS QUE DEFINEN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	35
8.1 Modelo de indefensión aprendida.....	35
8.2 Síndrome de Estocolmo Doméstico.....	35
8.3 Modelo de la Persuasión Cognitiva.....	35
8.4 Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica.....	36

8.5 Modelo Predictivo de la violencia doméstica.....	36
8.6 Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar.....	36
9. TRATAMIENTO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	37
10. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	44
10.1 Definición y conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático.....	44
10.2 Definición del Trastorno de Estrés Postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico y el CIE-10.....	44
10.3 Tipificación del Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de violencia doméstica.....	47
11. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	50
11.1 Tratamiento unicomponente.....	51
11.2 Terapia exposición.....	51
11.3 Terapia cognitiva.....	52
11.4 Técnicas para el manejo de la ansiedad.....	52
11.5 Entrenamiento en inoculación del estrés.....	53
11.6 Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.....	53
12. TRATAMIENTOS CON MÚLTIPLES COMPONENTES.....	53
13. TRATAMIENTO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DE PAZ RINCON.....	54
14. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.....	55
14.1 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de violencia doméstica.....	55
14.2 Modelos que explican el trastorno de estrés postraumático.....	55
14.3 Teoría del aprendizaje.....	55
14.4 Modelos cognitivos.....	56
14.5 Modelo de Bryant y Harvey.....	56
14.6 Teoría del procesamiento emocional.....	56
14.7 Teoría de los sistemas representacionales, esquemático, proposicional, asociativo y analógico (Spaars).....	58
14.8 Modelo Cognitivo del Trastorno de Estrés Postraumático de Ehlers y Clark.....	61
14.9 Teoría de la representación dual de Brewing.....	62
15. PROPUESTA ESPECÍFICA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRÉS PROSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	66
15.1. Propuesta de programa de tratamiento.....	67
15.2. Parte empírica.....	69
15.2.1 Objetivo.....	70
15.2.2 Hipótesis.....	70
16. MÉTODO.....	73
16.1. Diseño.....	73
16.1.1. Variables.....	73
16.1.2. Variable independiente.....	73
16.1.3. Variable dependiente.....	74
16.1.4. Variables extrañas.....	75
16.2 PARTICIPANTES.....	77
16.3 MATERIAL E INSTRUMENTOS.....	79

16.3.1 Entrevistas.....	79
16.3.2 Instrumentos de autoinforme.....	82
16.3.3 Material utilizado durante el tratamiento.....	85
16.4 PROCEDIMIENTO.....	88
16.4.1 Captación de participantes.....	89
16.4.2 Evaluación pretratamiento.....	89
16.4.3 Tratamiento.....	90
16.4.4 Evaluación postratamiento.....	91
16.4.5 Seguimiento.....	91
17. ANÁLISIS DE DATOS.....	92
18. RESULTADOS.....	93
18.1 Variables sociodemográficas de la muestra total.....	94
18.2 Historia y circunstancias de la violencia doméstica.....	99
18.3 EXPECTATIVAS ACERCA DEL TRATAMIENTO.....	101
19. EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	103
19.1 Participación en el tratamiento.....	103
19.1.1 Adherencia al tratamiento.....	103
19.1.2 Asistencia a las sesiones.....	104
19.1.3 Cumplimiento de tareas.....	104
19.1.4 Variables dependientes.....	104
20. RESULTADOS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	106
20.1 Sintomatología del Trastorno de estrés postraumático. Cambios pre- postratamiento.....	107
20.2 Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.....	107
20.3 Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento.....	108
20.4 Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS), puntuación y subescalas.....	111
20.5 Comparación de medidas repetidas de la escala de depresión.....	116
20.6 Autoestima.....	116
20.7 Intervalo de cogniciones postraumáticas. Puntuación total y subescalas.....	118
20.8 Escala de cambio percibido.....	121
21. DISCUSIÓN.....	
21.1 Características sociodemográficas.....	123
21.2 Acerca de la historia de la violencia domestica.....	125
21.3 Psicopatología.....	128
21.4 Tratamiento.....	133
21.4.1 Participación en el tratamiento.....	133
21.4.2 Eficacia de la intervención.....	134
21.4.3 Evaluación del tratamiento por parte de las participantes.....	136
21.5 Respecto a la metodología.....	137
21.6 Limitaciones del estudio y directrices futuras.....	139
22. CONCLUSIONES.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
ANEXOS.....	173

PRESENTACIÓN

Introducción

“Una de cada tres mujeres en el mundo experimentará violencia física y/o sexual por parte de su compañero” (World Health Organization, 2013). Así inicia el documento recién emitido por esta organización, al hacer patente la gravedad de la violencia doméstica en el mundo. En el mismo se afirma que las mujeres que viven bajo este flagelo, son doblemente propensas a experimentar enfermedades mentales, al abuso del alcohol y drogas a diferencia de aquellas que no sufren o han sufrido violencia doméstica. Señala además que el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física y sexual a manos de su pareja, están propensas a sufrir lesiones graves y hasta la muerte a causa de ello. En cuanto a la salud reproductiva, el 16% de las mujeres maltratadas darán vida a bebés con bajo peso al nacer. Precisa además, que el 38% de los asesinatos de mujeres que se reportan en el mundo son cometidos por las parejas de estas mujeres. Se reconoce en este estudio sistematizado, que la violencia contra las mujeres, aunque no es un fenómeno nuevo, ni tampoco lo son las consecuencias para la salud mental, física y reproductiva de las mujeres, es un problema de salud global, que afecta aproximadamente a una tercera parte de esta población.

“La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. Las víctimas de dicha violencia conocen con frecuencia bien a sus autores. La violencia doméstica, en particular, continúa siendo terriblemente común y es aceptada como “normal” en demasiadas sociedades del mundo” (Estudio Multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica, 2005).

Aunque la violencia doméstica es un problema que existe desde tiempos remotos, es hasta hace relativamente poco, que se le empieza a reconocer en la importancia que tiene. Es un problema grave, que afecta física, psicológica y patrimonialmente no sólo a las mujeres que la padecen, sino a su entorno total. Afecta a los hijos, quienes de alguna manera y algunos de ellos, perpetuarán ese patrón de conducta, aqueja a la familia de la víctima y a los gobiernos de cada país. Se convierte, por lo tanto, en un problema grave de salud en todo el mundo, ya que se ha comprobado que, por regla general, a lo largo de sus vidas las víctimas de violencia doméstica o

sexual padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren maltrato (Informe Mundial sobre Violencia, OMS, 2002).

La agresión perpetrada contra la mujer en espacios privados es una característica de violencia de género, y se refiere a la cometida por alguna persona con quien mantiene una interacción cotidiana de tipo íntimo que se produce dentro del ámbito doméstico o fuera del hogar, entendido este espacio no como un lugar físico donde se manifiesta la violencia, sino como la relación cercana existente entre el agresor y la víctima. Para muchas mujeres, el hogar, contrario a las expectativas sociales y personales, puede llegar a ser un lugar donde se experimenta dolor y humillación. La violencia infligida por su pareja es común y adquiere especial dramatismo, pues sus repercusiones son de gran alcance, “se constituye en una patología de la convivencia familiar porque tiene un *efecto cascada* sobre el resto de las personas que forman parte del hogar” (Echeburúa y Amor, 2006). Las manifestaciones suelen no reducirse únicamente a los golpes. Comprende toda una gama de actos psicológicos, físicos y sexualmente coercitivos. En ocasiones puede ser exclusivamente físico y en otras combinados e intencionales: el control, explotación y abuso económico practicados por la pareja actual o de una relación previa. A pesar de la magnitud de este problema, en la actualidad existen pocos tratamientos terapéuticos dirigidos a aliviar las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato. La revisión bibliográfica sobre intervenciones en mujeres víctimas de violencia doméstica realizada por Nadine Wathen y Harriet L. Macmillan (2003), registra el hecho de que actualmente existen pocos estudios que indiquen el beneficio y ni siquiera el daño que puedan producir las intervenciones psicológicas que se efectúan en los refugios para mujeres maltratadas. Por otra parte, existen afirmaciones de que a pesar de que las víctimas de violencia doméstica conforma uno de los grupos que sufren más violencia en el mundo, se reportan pocos estudios acerca de la eficacia de los tratamientos dirigidos a este sector de la población (Miracco, Vetere, Zarankin, Vallejos & Rodríguez, 2008). Son estas consideraciones las que sustentan el objetivo del presente estudio, es decir, validar la eficacia de un programa de intervención para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia doméstica. El tratamiento se ha evaluado en su eficacia para aliviar la sintomatología postraumática y concomitante, como la depresión, ansiedad, autoestima, cogniciones postraumáticas más de variables de adaptación

2. MARCO CONCEPTUAL

Son incuestionables los importantes avances que a través del trabajo de las organizaciones feministas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se han obtenido para el reconocimiento de que la violencia contra las mujeres es un problema grave de salud pública. Los primeros registros que se tienen acerca de iniciativas en búsqueda de soluciones para el problema de la violencia, nace en Londres con la *Convención para la Supresión del Tráfico de Personas y la Explotación de la Prostitución y Otros*, en 1950. En 1974, se crea la *Declaración para la Protección de Mujeres y Niños de Conflictos Emergentes y Armados* (Velzeboer, 2006). Sin embargo, el movimiento social más trascendental inicia cuando se da comienzo al nacimiento de variadas iniciativas internacionales cuyo objetivo es luchar por los derechos humanos y la erradicación de la violencia contra la mujer. Como resultado de estas iniciativas se ha logrado modificar e instaurar leyes promoviendo una cultura de respeto hacia las mujeres.

En 1975 la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU) realizó en México la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer. En 1979 la Asamblea General de la ONU adoptó la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. En 1981 fue ratificada por sólo 20 países, pero representa el inicio de una lucha internacional sin precedentes, que movilizó a los Estados miembros para garantizar los derechos de las mujeres.

Se logra la elaboración y después la *Organización de las Naciones Unidas* acepta la adopción de la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW, 1979). Constituye el resultado de un instrumento legalmente vinculante y considerada por su importancia, como la “Carta de los Derechos Humanos de las Mujeres” (Secretaría de Relaciones Exteriores, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, SRE/UNIFEM/ PNUD, 2006). Ratificada en México en marzo de 1981, la CEDAW compromete a los Estados de la República, a combatir la discriminación contra las mujeres. Durante la Segunda Conferencia de la Mujer celebrada en Copenhague, Dinamarca en 1980, para evaluar el desarrollo del Decenio para la Mujer, y aprobar un Programa de Acción que subrayara aspectos relacionados con el empleo, la salud y la educación. En ese contexto, se afirma por primera vez, que la

violencia hacia las mujeres, incluyendo la violencia doméstica, constituye una violación a sus derechos humanos. Por lo tanto, pasa de ser un problema del ámbito privado, al ámbito público.

No obstante el objetivo de estos empeños, años más tarde se detectaron algunas irregularidades en el cumplimiento de los compromisos, y se elaboran recomendaciones, dando lineamientos generales para precisar la forma en que se constituyen las violaciones a los derechos humanos de las mujeres. Así, la Recomendación número 19, publicada en 1991, innova una definición de violencia hacia la mujer: “La violencia contra las mujeres, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1º. de la Convención” (SRE/UNIFEM/ PNUD, 2006)

La Comisión Interamericana de Mujeres, de la Organización de los Estados Americanos, en 1990 inicia sus propuestas para prevenir la violencia contra las mujeres. Así, la Declaración sobre Erradicación de la Violencia contra la Mujer, fue adoptada como un compromiso por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, de la que se desprende la primera resolución para este problema y a la cual llamaron Protección de la Mujer contra la violencia en 1999.

En 1993 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realizó en Viena la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la cual reconoce que “los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales” (ONU, 1994).

Cabe destacar uno de los proyectos a nivel internacional más connotados: la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*, también conocida como *Convención de Belém do Pará*, reconocida en 1994, en la cual se declara que “toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” (*Convención de Belém do Pará*, 1996).

En 1995, se instaura la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada por la ONU en Beijing, China, donde se adoptaron medidas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer y que resultó ser un suceso con amplias repercusiones en materia de equidad de género. Ha sido de los primeros esfuerzos en cuantificar estadísticamente el problema de la violencia

doméstica (ONU, 1996).

La Declaración del Milenio por su parte, fue aprobada por la ONU en el año 2000. Esta iniciativa retoma las pautas fundamentales de la Declaración de los Derechos Humanos y los esfuerzos de la Convención sobre la Mujer (CEDAW), para la promoción de la igualdad entre sexos y la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer. De esta declaratoria surgen dos programas: el Programa Interamericano sobre la Promoción de los Derechos Humanos de la Mujer y Equidad e Igualdad de Género, planteado por la *Organización de los Estados Americanos* (OEA) y el *Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe*, 1995-2001, planteado por la *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL) (INMUJERES, 2004).

Por su parte, los intentos de México para mejorar las condiciones sociales de las mujeres, nacen del *Consejo Nacional de Población* (CONAPO) y se concretan en 1980, al crear dos iniciativas: el *Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo* y en 1985 creó la *Comisión Nacional de la Mujer*.

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en 1995 establece en 1996 el *Programa Nacional de la Mujer* (PRONAM), (INMUJERES, 2002). En 1998, la Delegación Permanente de México ante la OEA, ratificó la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (*Convención de Belém Do Pará*). En 1999 se creó el *Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar* (PRONAVI). En enero de 2001 se decretó la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, que crea este organismo. A la vez, se instauran otros dos programas: *el Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres*, y *el Programa Mujeres de Jefas de Familia*, con la intención de apoyar a mujeres en pobreza extrema, y que es dependiente la Secretaría de Desarrollo Social, órgano gubernamental de México (INMUJERES, 2002). En el año 2007, se promulga como una normativa, la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, con la intención de atender la violencia contra las mujeres en ese país, y proporciona su propia definición de violencia de género: “la violencia de género es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público” (INMUJERES, 2007).

1.1. Definición de violencia doméstica:

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es la que se perpetra en contra de la mujer por parte de su esposo o compañero (World report on violence and health, 2002). Sin embargo, uno de los principales desafíos es que en muchas sociedades y culturas todavía se sobreentiende como una cuestión privada, personal (*Engaging Philanthropy to promote gender equality and women's empowerment. Final report*, 2010) y por lo tanto, se tiende a minimizar la magnitud de este problema, y uno de los factores que contribuye a esta disminución, es la falta de acuerdos para definir el concepto.

La violencia doméstica es uno de los problemas sociales más comunes que se produce en todo el mundo, y en casi todas las culturas. Se le reconoce como un problema multicausal, de salud pública y a partir de la resolución de la *Declaración de Viena y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos* en 1994, que se ha reconocido como un atentado contra los derechos humanos de las mujeres que son maltratadas. Sin embargo, la definición del concepto de violencia doméstica aún presenta inconsistencias, debido al hecho de que se le ha minimizado, pues se considera como algo raro y del ámbito personal (Labrador, Paz, de Luis y Fernández-Velazco, 2004). De hecho, al revisar la literatura especializada, se pueden encontrar diferentes vocablos para hablar del mismo fenómeno. Así encontraremos que para hablar de violencia doméstica, también se utilizan términos como violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia conyugal, mujeres maltratadas, violencia contra las mujeres, violencia de pareja. En una revisión bibliográfica y bibliométrica, se encontró que el término violencia doméstica fue el más utilizado dentro de las búsquedas para investigar el maltrato hacia la pareja estable (Rodríguez, López-Cepero y Rodríguez, 2007) Ese mismo artículo, demuestra las múltiples expresiones que se emplean para hablar de un solo tema, sin que hasta el momento exista consenso entre los expertos en este problema. En la búsqueda en el idioma inglés sucede algo parecido. A través de los motores de búsqueda referentes a la violencia de pareja, se puede encontrar el mismo tema, bajo palabras como “intimate partner violence”, “domestic violence”, “spouse abuse”, “base-gender violence, battered women, “partner abuse”, stalking partner abuse entre otros, lo que da una idea de la falta de precisión para el concepto.

En artículos relativamente recientes, encontramos que para definir el vocablo de violencia doméstica, se indica que el perpetrador puede pertenecer al ambiente doméstico de la víctima: la pareja o ex pareja íntima, esposo, miembro de la familia, amigos o conocidos. Incluye amigos o conocidos de la familia, aquellos que mantienen una relación de amistad con la víctima y que la encuentran en un ambiente doméstico. Aun cuando la víctima viva o no en el mismo lugar que el victimario, eso no es crucial para la definición de violencia doméstica, el término se define por la cercanía en la relación entre el perpetrador y el abusado (Flury, Nyberg y Riecher- Rössler, 2010).

La ambigüedad que rodea al término proporciona escasa claridad a este problema (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2003), lo cual impacta a su vez, la manera en que se puedan encontrar formas precisas para su definición, tratamiento e intervención (Alonso, 2007).

A través del tiempo, han surgido diferentes acepciones tratando de encontrar un significado unificado al maltrato de la mujer por su pareja. Sin embargo, ésta dependerá de la disciplina desde la que se esté estudiando. Así se encontrarán diferentes definiciones, si se analiza desde la perspectiva de la Psicología, Sociología, Derecho, por nombrar algunas.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia promulgada por la Cámara de Diputados de México, en 2012, establece que la violencia familiar “es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho”

En cuanto la llamada violencia de género, que también se le conoce como un sinónimo de violencia en contra de las mujeres, pero perpetrada por su pertenencia al sexo femenino. Acorde con esto, en 1993, *La Asamblea General de la Naciones Unidas*, publicó esta definición: “*Todo acto de violencia basada 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 coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”

A partir de este enunciado se marca un nuevo rumbo en la definición de violencia contra las mujeres; ya no basta referirlo como violencia doméstica, su importancia demanda una nueva denominación: violencia de género (Izquierdo, 2007)

La violencia de género entendida como aquella en la que se manifiesta el trato desigual entre hombres y mujeres, donde predomina la dominación de la mujer por el hombre, en la que a la mujer se le ponen obstáculos que impiden el pleno desarrollo de sus capacidades, por su sola condición de género. Esta violencia comprendería la discriminación hacia la mujer en todos los ámbitos en los que desarrolla su vida: laboral, institucional, académico, político, emocional y sexual. El tráfico de mujeres y niñas, prostitución forzada, acoso sexual, discriminación religiosa, prácticas médicas basadas en la pertenencia al género femenino (por ejemplo: la mutilación genital, abortos institucionalizados, etc.). La violencia física, sexual y psicológica llevada a cabo o tolerada por el Estado.

Según el documento elaborado por el *Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2003)*, la violencia doméstica, se define como *“aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima”*.

Por todos estos significados para un solo problema, es que el maltrato hacia la mujer, o la violencia de género perpetrada por la pareja, ex pareja o cónyuge, en una relación cercana se la ha denominado violencia doméstica, violencia conyugal, violencia familiar o intrafamiliar, aunque el significado determinado, no sea el mismo.

Este hecho, ha originado propuestas para precisar el término que no deja claro quién ejerce o quién es víctima de la violencia, y en lugar de utilizar el término de violencia doméstica -aunque muy naturalizado dentro del espacio académico- propone utilizar la expresión de *Violencia del Compañero Íntimo (VIP)*, (Rodríguez et al., 2009). En este mismo artículo muestra

como a partir del 2000 y hasta el 2007, el vocablo VIP ha aumentado en su utilización dentro de los artículos científicos que se ocupan del tema.

Una de las definiciones más socorridas para violencia doméstica, es la proporcionada por Walker en 1999: *“Un patrón de conductas abusivas, que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella”*.

Para este estudio, tomaremos las características señaladas por Alonso (2007), para conceptualizar la definición de violencia doméstica:

1. Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
2. Violencia ejercida por la/el cónyuge o ex cónyuge, pareja de hecho, ex pareja, novio o ex novio, o por cualquier otra persona con quién la víctima esté o haya estado unida por una relación de intimidad.
3. Violencia ejercida con el objetivo de controlar y dominar las conductas de la víctima.
4. Violencia reiterada en el caso de maltrato de tipo psicológico.

Y aunque estamos de acuerdo en la necesidad de un mayor rigor en la definición del vocablo, para efectos de este trabajo, se utilizará el término de violencia doméstica, por seguir siendo éste, el mayormente utilizado por profesionales e investigadores en la búsqueda de referentes sobre el tema. Para este efecto, la mujer será invariablemente la víctima de la violencia, a menos de que se señale lo contrario.

3. PROTOTIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Al igual que en la definición de violencia doméstica, al revisar la literatura acerca de violencia física, nos encontramos con variadas definiciones. Sin embargo, parece existir consenso al considerar que la violencia del hombre hacia su pareja es la manifestación de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, que a la vez funciona como un mecanismo de subordinación femenina ante la dominación masculina (Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald, Keita & Russo, 1995). Todas estas manifestaciones sufridas por las víctimas del maltrato, acarrearán una serie de graves problemas físicos y psicopatológicos para las mujeres que a través de estas agresiones, buscan ser sometidas por su pareja.

Se compilan algunas de ellas, tomadas de Labrador, Paz, de Luis y Fernández-Velasco (2004).

2.1. Violencia física: Cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. Deben considerarse tanto conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). Este tipo de maltrato es el más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal.

2.2. Violencia sexual: Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidación sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por un lado, la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos, por otro, el que con frecuencia se considera es un “deber” u “obligación” realizar este tipo de

conductas con su pareja, aunque no lo deseen, e incluso aunque sean violentamente exigidas, por lo que es poco frecuente que las mujeres consideren y por consiguiente que denuncien, que han padecido violencia sexual por su pareja.

Violencia psicológica: Cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Humillaciones, descalificaciones, o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos, animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplos de este maltrato. También la negación del maltrato, o la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que ella es la responsable del comportamiento del agresor. Quizás por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no por ello es menos importante, y desde luego es el que más frecuentemente aparece.

Cabe hacer notar, que tipificar los tipos de violencia, es una búsqueda más en el intento de buscar precisión en las definiciones. No obstante, los diferentes tipos de maltrato se interrelacionan entre sí. La violencia física no sólo puede producir lesiones en el cuerpo de la víctima; la humillación y sometimiento de la agresión física transgrede los límites de la violencia psicológica, emocional.

Dentro de esta caracterización debe observarse el designado como acoso o hostigamiento sexual (Ruiz, 2008) el cual incluye las conductas de índole sexual no deseado y considerado como ofensivo por la persona a quien se lo infringen. Este tipo de comportamiento se puede observar en los diferentes ámbitos de desarrollo de la mujer: laboral, docente, académico, doméstico, y se produce bajo la protección de una situación de superioridad o compañerismo que afecta el ambiente donde se efectúa, desarrollando ambientes hostiles e intimidatorios.

2.4. Violencia económica o patriarcal: Ruiz (2008) introduce este tipo de maltrato, tomada de la Ley de Atención a la Violencia Intrafamiliar en el Estado de Guanajuato, no considerada en la caracterización anterior, que se define como “todas las medidas tomadas por el

agresor u omisiones que afecten la sobrevivencia de la pareja y la de su descendencia, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal”.

En el año 2010, en el reporte sumario de *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*, se añaden tres tipos de más de violencia doméstica diferentes a los antes expuestos: a) Victimización por acecho, amenazas proferidas por el agresor, que causan temor y preocupación por la propia seguridad a la víctima. b) agresión psicológica, que incluye los insultos, humillaciones y control coercitivo mediante conductas que tienen la intención de monitorear y controlar o amenazar a la pareja y c) control de la salud sexual y reproductiva que incluye el rechazo de la pareja íntima al uso del condón y la coacción de la pareja para que la mujer quede embarazada.

Estas formas de violencia se manifiestan “(...) como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.” Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004).

2.5. Inicio, desarrollo y mantenimiento de la violencia doméstica

El inicio precoz de la violencia doméstica suele perfilarse desde el inicio de la relación de noviazgo de la pareja. Es en esta etapa en que se pueden empezar a manifestar los estereotipos de pareja, donde se puede iniciar el control y sumisión de la mujer por el varón, constituyéndose en un campo fértil para el inicio del maltrato de pareja. Diversos estudios en el mundo han dado cuenta de cómo las pautas de desigualdad y dominación se manifiestan desde las etapas tempranas de las relaciones entre los adolescentes. Es una fase del desarrollo del ser humano, donde se asumen los roles que se esperan de hombres y mujeres. Es en estas etapas donde aparecen los primeros indicios de violencia, que suelen pasar desapercibidos, por la propia inexperiencia característica de esas edades, y la confusión entre lo que las jóvenes puedan llamar “amor” y el interés propio de las relaciones románticas, donde la violencia se llega a interpretar como una expresión de alto grado de interés en ellas. (Johnson, Frattaroli, Campbell, Wright, Pearson-Fields & Cheng, 2005)

En Canadá se efectuó un estudio entre 633 adolescentes entre 12 y 18 años de edad (324 varones y 309 mujeres), de grados séptimo, noveno y undécimo, para examinar la prevalencias y frecuencia de maltrato físico, psicológico y sexual hacia su pareja (Sears, Byers y Price, 2007). Encontraron que el 18% de los adolescentes varones había ejercido maltrato psicológico, un 6% actos de violencia física y psicológica, y otro 6% violencia psicológica y sexual. Un 5% de estos adolescentes llevaron a cabo, los tres tipos de violencia.

En el 2003, el distrito de Columbia, Washington, los Centros para la Prevención y el Control de la Enfermedad de Estados Unidos (Centers Disease Control and Prevention), examinaron a 15, 214 estudiantes de noveno a duodécimo grado de escuelas públicas y privadas, y encontraron que 8,9% y de 8,8% de varones y mujeres, respectivamente, que habían sido objeto de violencia física por parte de su pareja.

En México, en un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM, 2003), se entrevistaron a 26, 042 mujeres en las 32 entidades del país, de las cuales, 1, 122 (4.3% de la muestra) refirieron ser solteras y tener o haber tenido novio. De ellas, el 10.2% declararon tener violencia en las relaciones de noviazgo: 9.4% con violencia psicológica, 4.1% violencia física y el 2.1% violencia sexual (Nota: la sumatoria por tipo de violencia es mayor que la prevalencia referida para este grupo debido a que las adolescentes mencionaron ser víctimas de más de un tipo de violencia). Esta misma encuesta arroja resultados que prueban que todos los tipos de violencia que se producen durante el noviazgo, tienden a duplicarse en frecuencia y gravedad durante la vida de pareja.

La agresión física durante el noviazgo, funciona como factor predictivo de que la violencia tendrá un curso constante en una relación de más largo plazo (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994). Se empieza a consolidar de esta manera, la cronicidad de la violencia; las embestidas pueden parecer leves al inicio, sin embargo, van escalando en sus niveles de agresividad. La violencia sigue una cronicidad cíclica, y cada vez el nivel de violencia aumenta. En cada escalada, el varón está en pleno control de sí mismo y está trabajando para controlar y someter aun más a su víctima.

El ciclo de la violencia: Walker (1979, 1989) estableció su teoría del “Ciclo de la Violencia” (Fig.1) para explicar la razón del porqué muchas mujeres se quedan atrapadas en la relación de maltrato. Este ciclo está integrado por tres fases, que pueden seguir un curso diferente para cada pareja: 1. Acumulación de tensiones, 2. De explosión o agresión y 3. Reconciliación o luna de miel.

Fig. 1. Representación gráfica del “Ciclo de la Violencia, de Walker.



A continuación, la descripción de las fases.

Fase uno: acumulación de tensiones. Ocurrencia de incidentes menores de violencia, como gritos, golpes o empujones, que van generando una acumulación gradual de tensión entre la pareja, y crea temor e inseguridad en la mujer. Esta tiende a justificar el comportamiento de su pareja, comportándose sumisa, mostrándose pasiva y esperando que cambie su situación. En esta primera fase, la mujer puede percibir que tiene algo de control, sin embargo, al sucederse de nuevo las agresiones, se convence de que su situación no tiene salida, por lo que deja de realizar esfuerzos para cambiar su situación, cuestión que es tomada por su agresor como una manera efectiva de someter a su víctima. En este periodo, es posible que la mujer busque que el conflicto se acorte en su aparición, pues de esa manera, pueden protegerse al controlar cuándo ocurrirá de nuevo la agresión.

Fase dos: explosión o agresión: Las tensiones acumuladas de la primera fase, son descargadas de manera explosiva, a través de la violencia física, psicológica y sexual, que se expresa con gran nivel de destructividad, pérdida de control por parte del hombre hacia la mujer, a la que golpea de manera iracunda pretendiendo darle una lección, aparentemente sin intención

de dañarla gravemente, y se detiene solamente cuando cree que la mujer ha aprendido la lección. Ella experimenta incertidumbre e incredulidad ante el enorme daño que le ha infringido su pareja. Esta fase, a pesar de que es la más corta en duración, es en la que se puede causar mayores perjuicios a la mujer. El miedo la paraliza por lo general las primeras 24 horas, dejando pasar varios días antes de buscar ayuda.

Fase tres: reconciliación o luna de miel. A la explosión de violencia aguda, viene un periodo de relativa calma. El hombre se muestra arrepentido, extremadamente obsequioso y amable. Pide perdón y promete que no se repetirá la agresión. Se siente capaz de controlarse, pues considera que ha ido demasiado lejos y que además, ella ha aprendido a hacer o dejar de hacer los comportamientos que suscitaron el maltrato agudo. La mujer, por su parte, cree en las promesas de que las agresiones terminarán. Asume que la agresividad de su pareja se produce por causas externas, como alcoholismo, despido del trabajo o cualquier otro problema, y que las cosas cambiarán.

La ambivalencia afectiva generada a través de las golpizas y después de la conducta cariñosa, producen en la mujer un profundo estado de confusión y distorsión de la realidad. Este desconcierto, le impide tomar alguna decisión; no es capaz de dejar a su agresor, y tampoco tiene bríos para buscar ayuda. Esta fase puede ser más corta o desaparece con el tiempo cuando se recrudecen los períodos de agresión, y el ciclo puede iniciarse de manera gradual o de manera más abrupta.

Walker (1979) advierte que este patrón cíclico de violencia puede aplicarse a muchas mujeres maltratadas, aunque no a todas. Al igual, la frecuencia y lapso de inicio y fin de cada fase, variarán en cada una y dentro de la misma relación de pareja. No obstante, las mujeres maltratadas, anhelan que la violencia termine, y poder seguir en su relación. Es cuando el ciclo de violencia se repite con un tiempo cada vez más corto entre cada una de las fases, cuando la mujer empieza a perder la confianza en las promesas de su pareja, pues empieza a darse cuenta realmente del maltrato y degradación al que está siendo sometida.

Aunque la teoría de El Ciclo de la Violencia ha resaltado de manera prominente y sin paralelo con alguna otra propuesta dentro de la investigación de mujeres maltratadas, se debe hacer notar que comparte aproximaciones con la teoría de la desesperanza aprendida de

Seligman (1975) en cuanto a tratar de explicar el vínculo tan arraigado entre una mujer víctima de violencia doméstica y su agresor, aunque pocos investigadores mencionan estas semejanzas (Wynn, 1997). El concepto de la desesperanza aprendida sostiene que la repetición de un estímulo aversivo que un individuo perciba que no puede anticipar y por lo tanto, tampoco controlar en su ocurrencia y situación, lo llevarán a creer que no tiene capacidad para manejar esa situación desagradable. Es de esta manera en que se puede equiparar a la percepción de desánimo generada en las víctimas por el maltrato de su pareja, pues en su historia personal de violencia, en la mayoría de los casos, se cuenta con un largo recorrido de agresiones sufridas desde la infancia. Esta situación “(...) obliga a volver los ojos hacia una larga cadena de agresiones y de intentos inútiles por detener la violencia, que han ido minando las fuerzas y los poderes personales para seguir haciendo intentos de salir de esa violencia” (Quirós, 2003).

Esta situación no es fácil de enfrentar por las mujeres violentadas; las puede llevar a tolerar la situación de violencia por años, antes de comenzar a cuestionar la situación de agresión en que viven. Puede pasar un buen tiempo antes de buscar ayuda, o tomar la decisión de abandonar a su pareja. El temor a las consecuencias, la ignorancia, la falta de información sobre las posibilidades reales de conseguir apoyo, el estigma que persigue a la mujer victimada y la culpa que subyace en ese sentimiento, la llevan a aislarse y seguir con el patrón de violencia que es parte de sus vidas. En un estudio efectuado en el País Vasco, con una muestra de 212 mujeres víctimas de violencia doméstica (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2001) encontraron que la duración media que las mujeres toleran el maltrato es alrededor de 13 años.

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) arroja cifras que revelan que en México apenas 24.1 % de las mujeres que alguna vez tuvieron pareja, y apenas el 9.5% de las mujeres casadas o unidas, y han denunciado el maltrato o han solicitado asistencia para el mismo.

3. ESTIMACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

3.1. Limitaciones para estudiar la prevalencia de la violencia doméstica en México.

El problema del maltrato en México es un problema de graves dimensiones que afecta a una gran parte de la población femenina. Sin embargo, los datos arrojados por las encuestas oficiales, no alcanzan a reflejar la realidad (Alonso, 2007). Se debe hacer notar además, que la investigación acerca de la violencia en contra de la mujer en México es muy reciente y ha avanzado más en la descripción del problema que en su explicación (Castro y Cacique, 2008).

Un ejemplo de esta situación es el hecho de que el gobierno del Distrito Federal promulgó, apenas en 1996, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, mientras que el gobierno federal aprobó las Reformas a los Códigos Civil y Penal de la República Mexicana en 1997. Estas acciones reconocen de manera muy tardía la violencia dentro de las familias como un problema público, aunque son un primer paso para su prevención y control (Venguer, Fawcett, Vernon y Pick, 1998).

En el caso de México, la Secretaría de Salud junto con el Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo en el año 2002 la primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.

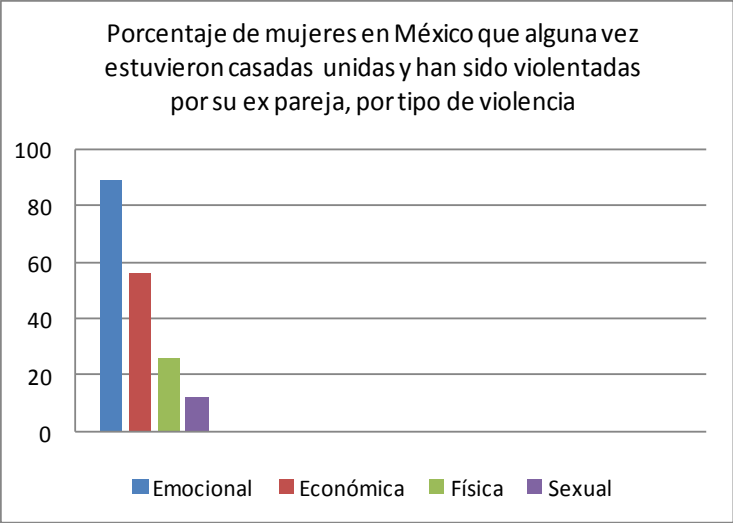
3.2. Estimaciones a partir de las encuestas. La prevalencia de los diferentes tipos de maltrato hacia la mujer en Estados Unidos de América, ha sido documentada a través de *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (2010), una encuesta que recopila información acerca de las experiencias de violencia de pareja, violencia sexual y acoso entre ciudadanos y ciudadanas residentes e inmigrantes, llevada a cabo en 50 estados de la Unión Americana. De los 18,049 entrevistados, 9,086 fueron mujeres mayores de 18 años, de habla inglesa y castellana. De los resultados de esas mujeres, más de la mitad de las entrevistadas, el 51.1% han experimentado el maltrato en forma de violación sexual por su pareja, y dos tercios, el 66.2% han sido acosadas por su actual pareja. Los resultados arrojados fueron que más de una mujer por cada tres, es decir, el 35.6%, ha experimentado abusos como violación sexual,

violencia física y/o acoso por alguna de las parejas íntimas en su vida. Este porcentaje cambia en cuanto a haber experimentado sólo violencia física severa (puñetazos o golpes con objetos duros, palizas o recibir golpes con objetos lanzados contra ellas), el 24.3% o 1 de cada cuatro mujeres, reporta haber vivido estas agresiones.

En México la *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011), registra un total de 24, 566 381 mujeres casadas o unidas de 12 y más años en el territorio nacional, de la cuales 11, 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, cifra de un alto índice de violencia de género, al representar cerca de la mitad de las entrevistadas. Resulta un tanto complicado diferenciar entre unas y otras formas de agresión, porque si bien pueden ocurrir en diferentes momentos, y eventualmente de manera aislada, lo más común es que se experimenten combinadas; sin embargo, para poder diferenciarlas y anotar sus alcances en forma organizada, se conceptualizan cuatro tipos de violencia al interior del hogar.

En primer término, está la **violencia física**, la cual entraña el uso intencional de la fuerza o de un arma para perjudicar la integridad corporal, en un intento de intimidar y controlar a la mujer; se produce en diferentes magnitudes, todas potencialmente peligrosas porque pueden ir desde una bofetada o empujones hasta lesiones que causan la muerte de la víctima. Según datos de esta misma encuesta, las casadas o unidas del país agredidas físicamente por su pareja a lo largo de su relación ascienden a 2, 842, 309, es decir, 25.8% de todas las violentadas; aunque cabe destacar que este grupo también pudo ser blanco de otro tipo de agresión. La más representativa es la **emocional**, pues a nivel nacional son un total de 9, 826, 235 las casadas o unidas víctimas de estos abusos por parte de su pareja en el transcurso de su relación, es decir, 89.2%, pudiendo estas mismas mujeres haber reportado otros tipos de agresiones. Los resultados arrojados también permiten dar cuenta que del total de mujeres de 15 años y más, una de cada dos declaró haber padecido violencia durante el último año, perpetrada por la pareja con la cual conviven. Así mismo 42.4% de las mujeres dijo haber tenido alguna forma de violencia emocional; 24.5% violencia física y 7.3% violencia sexual. La información muestra también, que se ha dado un incremento de 2.9 puntos porcentuales en la prevalencia total de violencia en la pareja, al pasar de 43.2% en 2006 a 46.1% en 2011. Es preciso señalar que la mayoría de las mujeres no denuncia el **abuso físico o sexual** ejercido por su pareja o esposo: 64.6% de las

divorciadas, 70.7% de las solteras y 75.1% de las casadas o en unión libre no lo hicieron y tampoco buscaron alguna instancia de apoyo. Las mujeres de 15 años y más que declararon ser víctimas de violencia en el medio laboral durante los últimos 12 meses, representan 20.6 por ciento. Por último, durante el año 2011 fallecieron 2, 693 mujeres por homicidio, las cuales representan 20.6% del total de muertes violentas de las mujeres.



4. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las causas de la violencia doméstica son multivariadas. Para tratar de entender qué o cómo se origina la violencia doméstica, es necesario empezar a estudiar los factores que la producen desde los aspectos más importantes que conforman a quien la produce y a quién la padece. Responder a la pregunta de por qué los hombres presentan conductas agresivas en el entorno íntimo, donde se presupone habría un ambiente de paz y ternura, no es fácil. Sin embargo, los hombres violentos contra su pareja, comparten una serie de rasgos en común.

Dutton (2007) resumió las distintas tipologías proponiendo un modelo bidimensional: Impulsivos vs. Instrumentales y Subcontrolados vs. Hipercontrolados. Los individuos clasificados como instrumentales recurren a la violencia severa, para obtener beneficios concretos, se caracterizan por estilos de personalidad antisocial, narcisista o agresiva/sádica; los impulsivos se caracterizan por una personalidad abusiva que comprende: estilo de apego temeroso, puntuación alta en organización borderline, ira crónica y síntomas traumáticos y se comportan de forma violenta para liberar la tensión acumulada. Los individuos hipercontrolados tienden a negar su ira, lo los lleva a experimentar resentimiento y frustración crónica hasta que algún evento los hace descargar su profunda irritación de manera inadecuada. Por otra parte, los sujetos subcontrolados se comportan de forma violenta frecuentemente (Twed y Dutton, 1998; Dutton, 2006, 2007).

4.1. Trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad constituyen una de las principales psicopatologías que se han encontrado con mayor frecuencia en los hombres agresores (Sarasua et. al., 2006). Parece darse mayor prevalencia de personalidad antisocial, algún tipo de trastorno de la personalidad y depresión mayor, pero no otras psicopatologías como por ejemplo, la esquizofrenia (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2009). Se ha constatado que la gran mayoría de los hombres violentos proceden de ambientes en los que fueron víctimas o testigos de violencia.

4.2 Consumo y abuso de alcohol y otras sustancias.

Se ha comprobado la relación estrecha entre el consumo de alcohol y la violencia ocasionada por la pareja. Las pruebas indican que dicho consumo incrementa la frecuencia y la gravedad de los actos de violencia doméstica (Estudio Multipaís de la Organización Mundial de la Salud sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, 2005)

Se han registrado una serie de factores que inciden en el desarrollo de una personalidad violenta: supervisión inadecuada, abuso y negligencia por parte de los padres, exposición a violencia intrafamiliar, abuso de drogas y alcohol en los padres o quienes fungen como cuidadores, entre otros (Arango, 2011).

Aunque el abuso del alcohol no se puede considerar como causa suficiente para explicar la conducta violenta de los agresores (Sarusa et.al., 2006; Matud, 2009), y aunque existan evidencias empíricas de una asociación significativa entre el alcoholismo y el maltrato hacia la mujer, su relación causal, no está lo suficientemente estudiada (Girón, 2011).

En España, Alberdi y Matas (2002) encuentran que el 37 % de los maltratadores de mujeres que se encontraban viviendo en casas de acogida, habían cometido la agresión cuando se encontraban bajo el influjo del alcohol. Por otra parte, en Inglaterra (Humphreys, Thiara y Regan, 2005) en un informe final sobre violencia doméstica y abuso de sustancias, registraron que las mujeres víctimas de violencia doméstica, que requirieron los servicios de asistencia social, referían que en un 35 % de los casos el agresor era bebedor o estaba bajo los efectos del alcohol. En Estados Unidos, Kyriacou et. al., (1999) en un estudio sobre víctimas de maltrato por su pareja y que acudían a servicios de urgencias informaron que en un 63,7 % de los casos los hombres estaban bajo los efectos del alcohol en el momento de llevar a cabo la agresión. En México (Rodríguez, 2006) las prevalencias registradas sobre consumo de alcohol por maltratadores fluctuaban entre un 14 y un 26 %.

A pesar de las opiniones acerca de las consecuencias que acarrea el consumo de alcohol por hombres perpetradores de violencia doméstica, la evidencia es que las mujeres que viven con alcohólicos corren un mayor riesgo de sufrir violencia por parte de su pareja, y que los hombres

bajo la influencia del consumo de alcohol, infligen daños más severos al momento de llevar a cabo la agresión (Johnson, 1996)

4.3. Influencias culturales:

Los aspectos culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de la violencia doméstica, se relacionan de manera muy profunda con la ideología y las creencias que se vinculan a aspectos tradicionales de cada región. Esas son las referencias que ofrecen los estudios llevados a cabo en países como Bangladesh, Cambodia, India, México, Nigeria, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y Zimbawe, donde se tiene la opinión muy arraigada de que golpear a la esposa, forma parte de los derechos del hombre, cuando tiene que castigar algún comportamiento que el varón considere inadecuado por parte de “su” mujer (World Report on Violence and Health, 2002).

En el documento “Violencia Doméstica”, emitido por el Ministerio de Sanidad Española (2003), se reconocen ciertas actitudes socioculturales que llevan a perpetuar el maltrato hacia la mujer. Entre ellas se mencionan algunas: las desigualdades de género, las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre; la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer; los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social, que explican en parte la violencia infligida a la mujer. “La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos”

Por otra parte, en el informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México (2002), se evidencia la percepción subjetiva que la propia mujer mexicana tiene sobre las razones para experimentar la violencia de su pareja, está asociada al modo que ella vive este maltrato, así como a sus umbrales de tolerancia. Además, se considera que los roles de género en sí mismos desiguales y los modos de relación prescritos por la moral dominante no avalan necesariamente la violencia, pero con frecuencia la hacen tolerable y con ello contribuyen a su naturalización.

5. EFECTOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Uno de los logros más importante de los últimos años ha sido reconocer desde múltiples ámbitos disciplinares, que la violencia es un problema de salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad (WHO, 2002; Marijke, 2004; OMS, 2005) (Véase fig. 2.)

Fig. 2. Rutas y consecuencias de la violencia doméstica en la salud. World Health Organization (WHO), 2013.



Existen múltiples vías por las cuales la violencia de pareja puede conducir a resultados adversos para la salud. Este esquema resalta los tres mecanismos clave y vías principales que pueden explicar muchos de estos resultados. Pueden resultar problemas de salud mental y del uso de sustancias directamente por cualquiera de los tres mecanismos, lo que podría, a su vez, aumentar los riesgos para la salud. Sin embargo, los problemas de salud mental y uso de sustancias no son necesariamente una condición previa para los problemas subsiguientes de salud, y no siempre se resultan en condiciones adversas para la misma. World Health Organization (WHO), 2013

5.1. Consecuencias en la salud física.

Es frecuente que en las mujeres que han sido víctimas de violencia perpetrada por su pareja, se reporten problemas de salud mental, angustia emocional -identificada ésta mediante síntomas como el llanto fácil, incapacidad del disfrute de la vida, fatiga y pensamientos suicidas- en niveles mucho más altos que aquellas que no habían sido víctimas de violencia doméstica (OMS, 2005). Se ha considerado al maltrato como uno de los factores que más contribuyen a la

muerte, discapacidad y enfermedad entre las mujeres que la padecen. (Spangaro, Zwi, & Poulos, 2009).

En México, según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), se reconocen las graves consecuencias en la salud de las mujeres víctimas de violencia doméstica, y aunque no se recaban de manera sistematizada, si dan cuenta de una serie de síntomas y síndromes que se observan como consecuencia del maltrato (Tabla 1.)

Tabla 1. Consecuencias de la salud de la violencia doméstica en México. ENDIREH (2011).

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras • Fracturas • Cortadas • Pérdidas dentales • Inmovilidad física • Abortos • Partos prematuros 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático • Síndrome de la mujer maltratada • Depresión • Ansiedad • Angustia • Problemas de autoestima • Suicidio

El impacto de la violencia doméstica pone en verdadero riesgo la integridad tanto física como emocional de las mujeres agravando la experiencia traumática, pues las agresiones pueden manifestarse desde las expresiones más brutales de fuerza física, escalando en su expresión hasta llegar a las amenazas con armas, con las consecuencias graves y en ocasiones irreparables, que estos embates producen (ENDIREH, 2011). El impacto de tal violencia va mucho más allá del daño inmediato ya que afecta varios aspectos de la salud futura de las mujeres (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010).

En su estudio sobre los costos económicos que representan las lesiones y enfermedades consecuencia de la violencia contra la mujer en la Ciudad de México, Lozano (1997), reportó que el maltrato contra la mujer fue la tercera causa en importancia de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en esa ciudad, después de la diabetes y las afecciones perinatales, pero más importante que los accidentes vehiculares, las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, la osteoartritis, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebro vasculares y la neumonía.

5.2. Consecuencias psicopatológicas:

La experiencia de violencia doméstica es una variable de riesgo asociada al desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos emocionales. Los trastornos mentales como la depresión, fobias, estrés postraumático, entre otros, se manifiestan como consecuencia de la violencia (Silva, Falbo, Figueiroa & Cabral, 2010). Las consecuencias psicológicas de la violencia, se consideran más frecuentes y más graves que las físicas (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010).

5.3. Sintomatologías específicas.

En el aspecto psicológico, la violencia doméstica puede ocasionar trastornos como el estrés postraumático (TEPT), trastornos de ansiedad, depresivos, del sueño, disociativos, alimentarios, disfunciones sexuales, problemas de autoestima, culpabilización, sentimientos vergüenza y abuso de sustancias (Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón, Troncoso, y Vidal, 2010). Se ha encontrado además que las mujeres que mantienen relaciones violentas suelen presentar sentimientos de indefensión y los intentos de suicidio son cinco veces mayor que en mujeres que no tienen experiencias de maltrato (Lila, 2010).

5.4. Violencia doméstica y feminicidios.

“Aunque las mujeres también pueden agredir a sus parejas masculinas, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres. De las expresiones más brutales e irreparables de la violencia doméstica es el asesinato de la mujer a manos de su marido. Los datos acerca del asesinato por violencia en la pareja, abarcan un número extenso de países (Krug et al, 2003)

En un reporte presentado por United Nations (2009), se describe un estudio realizado en 11 países por la Organización Mundial de la Salud, avalado con estadísticas del Banco Mundial, donde se registra que la mitad de todas las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por su esposo o pareja actual o anterior, y que las mujeres entre 15 y 44 años de edad corren mayores riesgos de ser violadas o maltratadas en casa, que de sufrir cáncer, accidentes de vehículos, guerra y malaria.

Se define al feminicidio como la acción desencadenada por motivaciones misóginas, que incluyen violencia sexual y que tienen por objetivo el exterminio de la víctima. (.referencia!)

6. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

En el reporte “Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence” publicado recientemente por World Health Organization (2013), realizado mediante encuestas a mujeres de 185 países, menciona que el trastorno de estrés postraumático, entre otros muchas enfermedades, está estrechamente vinculado a la violencia doméstica.

Diversos estudios señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente manifestado por las víctimas de violencia doméstica (Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón, Troncoso y Vidal, 2010). Estas mismas investigadoras realizaron un estudio con 42 mujeres maltratadas, donde encontraron que la prevalencia de la sintomatología de estrés postraumático se presentaba en 66,7% de ellas, un 45,5% presentaba TEPT, y un 26,2% reunía los criterios de subsíndrome de estrés postraumático.

6.1. Trastorno de ansiedad

Compartir la vida con una pareja violenta, tiene profundo impacto en la salud de la mujer, lo que sobrelleva al riesgo de desarrollar enfermedades que se manifiestan en un inmediato y largo plazo en las mujeres. En un estudio llevado a cabo por Amar y Ocampo (2012), en mujeres maltratadas, se encontró que las manifestaciones somáticas de la ansiedad, dieron como resultado puntuaciones altas. En otro estudio realizado por Blasco, Sánchez y Martínez, (2010), cuyo objetivo fue evaluar en 91 mujeres víctimas de maltrato el curso de la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el comportamiento suicida durante un período de tres años de seguimiento, encontraron una estrecha relación entre la violencia física y psicológica y pensamientos e intentos suicidas.

6.2. Depresión e ideación suicida

Numerosos estudios y revisiones bibliográficas han identificado a la violencia interpersonal –de la que forma parte la violencia doméstica- como la causa más determinante de psicopatología, donde se incluyen tres de los desórdenes psiquiátricos más comunes: depresión,

ansiedad y abuso de sustancias (Cerdá, DiGangi, Galea & Koenen, 2012). Así mismo, un estudio realizado en una cohorte de mujeres, encontró que entre los diferentes tipos de violencia, la violencia de pareja íntima, fue la variable predictora más fuerte para la depresión en las adultas (Taft & Watson, 2008).

Se cree que el estrés producido por el trauma de la violencia en la pareja, es el principal mecanismo que coadyuva a explicar el porqué puede causar depresión e intentos de suicidio. La exposición a eventos traumáticos puede producir estrés, temor y aislamiento, el cual, a su vez, lleva a la depresión y conducta suicida (Hyde, Mezulis & Abramson, 2008). En un estudio realizado por Bifulco y colaboradores (2006), se hizo un seguimiento 154 mujeres, a las cuales se estudió a través de nueve años, durante los cuales encontró que la exposición a la violencia y otros traumas durante la niñez, es otro factor que juega un papel importante como una variable predictora de sufrir violencia y depresión en la vida adulta.

6.3. Cogniciones postraumáticas

Para Blanco y colaboradores (2010), el trastorno de estrés postraumático se posibilita través de la comparación y confrontación cognitiva entre el “antes” y “después” de la experiencia traumática. La exposición al trauma que supone la experiencia de violencia doméstica, abruma de manera importante la concepción que la mujer tiene de sí misma, de los demás y del mundo en que vive. “Esta sacudida impetuosa en el mundo de las creencias se ve inevitablemente acompañada de reacciones emocionales intensas. A las tres emociones tradicionalmente manejadas en el DSM-III y DSMIV (temor, desesperanza y horror intensos), las aproximaciones cognitivas añaden ira, culpa, tristeza, vergüenza y aversión” (Dalglish, 2004, tomado de Blanco, 2010).

6.4. Baja Autoestima

Las consecuencias clínicas negativas del maltrato de pareja, son documentadas en múltiples estudios, y entre éstos factores que son afectados por la violencia, se encuentra la autoestima.

En un estudio de 212 mujeres víctimas de violencia doméstica, realizado en Madrid, por Labrador et al. (2010), se encontró que un 73,8% de la muestra presentó baja autoestima, lo cual

se considera un elevado porcentaje. Los autores explican los resultados en la afectación de la estima por la autocrítica de estas mujeres, que al no sentirse capaces de romper el ciclo de la violencia, se sienten culpables y fracasadas. Además, la violencia emocional a través de los mensajes reiterados de parte del agresor, de que son inútiles y que no sirven para nada, “anula su capacidad para tomar decisiones” (p. 104), proveyéndolas de una baja creencia de sí mismas. Esta concepción puede verse confirmada a través de los hallazgos de que las mujeres que experimentan abusos físicos y emocionales en su vida diaria, suelen desarrollar una respuesta de estrés cuando son atacadas (Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004).

6.5. Dificultad para la solución de problemas

Se considera que el impacto que se produce en las mujeres al vivir en una relación de abuso, puede ocasionar una percepción negativa acerca de sus propias habilidades para la solución de problemas que se le presenten. En este proceso, le surgen dudas acerca de si ella es la causa del abuso al que es sometida, en lugar de responsabilizar a su agresor por su conducta, lo que la lleva a creer que ella es inadecuada e incompetente (McBride, 2001). “El déficit en la capacidad de solución de problemas se deriva de esta pérdida progresiva de autoestima y de los síntomas tanto del TEPT como de la depresión, que impiden a la víctima ejercer respuestas racionales adecuadas para hacer frente a su situación” (Rincón, 2003).

7. ETIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Describir los orígenes de la violencia doméstica es complicado. Es un fenómeno del cual a pesar de la enorme cantidad de estudios y creciente interés que actualmente se ha desarrollado, todavía no es posible adjudicarle descripción y significado precisos. Su importancia y la magnitud del problema, se ha visto menguada al tratar de reducir su explicación al ámbito individual, a su origen en trastornos mentales o rasgos psicológicos de ambos sexos, inclusive, al formular la consideración de que las mujeres maltratadas son masoquistas, al sentirse atraídas y encontrar placer en una relación de abuso (Alonso, 2007; Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velasco, 2004; Rincón, 2003).

Todas estas teorías explican en parte la singularidad de este problema de salud, sin embargo, no bastan para explicar la multicausalidad que plantea la violencia doméstica. En este sentido adquiere relevancia lo señalado por Rhodes y Baranoff McKenzie (1998, citado en Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005): “Ninguna teoría de forma única es capaz de aportar el grado de comprensión que buscamos”.

En seguida, se explicarán los elementos que aunque con las limitaciones antes señaladas, se considera dan origen a la violencia doméstica, para después continuar con los modelos que tratan de explicarla.

7.1. Elementos que explican la violencia doméstica

En el estudio de Escudero, Polo, López y Aguilar (2005), donde se analizaron grupos de discusión con mujeres víctimas de violencia doméstica, se estudiaron las diversas formulaciones y teorías que tratan de explicar el porqué del abuso hacia las mujeres. Se abordan a continuación algunos de los aspectos tratados en la investigación antes señalada.

7.2. Elementos vinculados a la perpetración de la violencia doméstica

Intentar explicar el mantenimiento de la violencia doméstica es algo complejo, pues en su origen y perpetración se encuentran múltiples factores, como componentes personales, sociales y culturales (Labrador et al., 2004). Por otra parte, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encuentran relación entre el bajo nivel de ingresos, al señalar que las características económicas

de las clases sociales más bajas, como la insuficiencia de recursos educativos, sociales y económicos, podría convertirse en una fuente de estrés que posibilita la aparición de conductas violentas.

7.3. Características de la relación de pareja

La violencia dentro de la relación de pareja es un hecho que obviamente genera la violencia doméstica, sin embargo, no explica el porqué de su mantenimiento (Rosenbaum & O'Leary, 1989). Por su parte, Labrador et al. (2004), afirman que aquellas parejas donde la relación se caracteriza por sus interacciones negativas, con más conflicto que otras, tienen más riesgo de experimentar violencia doméstica a diferencia de las que no tienen ese tipo de relación. En este sentido, Stith & Rosen (1992) sostienen que la manifestación de la violencia en la pareja, se relaciona con la calidad esa relación, y que puede manifestarse en momento de alta tensión familiar.

No obstante, aun cuando diversas teorías tratan de explicar el vínculo entre la relación de pareja y la violencia doméstica, sigue siendo difícil explicar si es la agresión a la pareja la que genera tensión o si la tensión dentro de la pareja es la que genera violencia doméstica (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

7.4. Explicaciones socioculturales

Los estereotipos sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres, el entramado social, cuyos arraigados patrones culturales legitiman un inequitativo poder al fomentar la creencia de la posición superior del varón respecto a la mujer y, por ende, el dominio de los unos sobre las otras, así como las vivencias que día tras día alientan estas conductas, han contribuido a que se originen y perpetúen modelos de coacción y violencia contra ellas, ejercidos en mayor o menor medida a lo largo de la historia (ENDIREH,2013).

7.5. Historia de violencia en la familia de origen

El antecedente de maltrato en la familia de origen, es un elemento asociado a la agresión que el hombre produce a su familia (Jaffe, Wolfe, Telford & Austin, 1986). Además, existe evidencia considerable que indica que los hombres que provienen de familias donde existe

mayor rigidez en los roles de género, son más propensos a convertirse en adultos agresores que aquellos que provienen de hogares donde los roles son más igualitarios (Gwartney-Gibbs, Stockard & Brohmer, 1983). De esta manera, a través de la educación, la naturalización del maltrato se va asumiendo por los miembros más jóvenes de la familia como un medio legítimo de resolver problemas e imponer disciplina (Traverso, 2000). Estos resultados, sostienen el argumento de Rincón (2003) de que “la violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la definen como un recurso válido para resolver conflictos”.

Sin embargo, aunque pueda ser innegable la influencia de la experiencia infantil en la adultez, habrá que anotar que para otros autores, como Riggs, Caufield & Street (2000) el ser expuesto o ser víctima de violencia durante la niñez, puede considerarse un factor de riesgo, pero no un determinante a ultranza para la perpetración del maltrato a la pareja.

7.6. Abuso de alcohol

El vínculo entre la ingesta de alcohol y violencia doméstica ha sido el tema central de un buen número de estudios en países como los Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Suiza (Fonseca et al., 2009). Estos autores documentan los datos de un estudio llevado a cabo en ocho ciudades de Latinoamérica: Salvador y Río de Janeiro de Brasil, Santiago de Chile, El Salvador, Caracas y Venezuela, donde se encontró que el 68% de los agresores habían bebido alcohol antes de agredir a sus esposas y parejas. Estos mismos autores realizaron su propia encuesta a 7, 939 hogares brasileños, de los cuales en el 33.5% hubo reportes de violencia doméstica que involucraron a agresores intoxicados con alcohol. Los tipos de violencia más frecuentemente reportados que involucraban el uso del alcohol fueron: peleas entre los habitantes del domicilio (81.8%), amenazas proferidas a gritos (70.9%), amenazas de asalto (39.5) y destrucción de enseres domésticos (38.7%).

Los episodios de violencia doméstica en donde se involucra el abuso del alcohol tienden a ser más severos e incrementan la posibilidad de que se produzcan de otras formas de violencia (Klostermann & Fals-Stewart, 2006).

Por otra parte, se ha encontrado que los episodios de violencia doméstica donde se relaciona el abuso del alcohol y que es atestiguado por niños, además de producirles sufrimiento,

también se añade la posibilidad de que reproduzcan la conducta violencia durante su adultez (Fonseca et. al., 2009).

7.7. Características de personalidad del maltratador

“El hombre violento, es una persona de valores tradicionales que ha internalizado profundamente un ideal de hombre como modelo incuestionable a seguir” afirma Javier Medina (2006) basado en su experiencia clínica, en la que cuenta el haber estudiado a hombres denunciados por el maltrato para con sus parejas. A través de la observación de estos agresores, pudo observar que las actitudes violentas podrían explicarse mediante los postulados del aprendizaje social durante la infancia y adolescencia, ya que el hecho de que un niño atestigüe actos violentos, impactarán profundamente en su formación. Así el niño naturalizará la violencia en su adultez como un medio para solucionar problemas, y la podrá utilizar contra la esposa o pareja, cuando considere que ella está desobedeciéndole o actuando de manera incorrecta y atenta contra su condición de hombre, según el ideal de masculinidad que él mismo se ha forjado. En palabras de Michael Kaufman (1999) “(...) la violencia se convierte en un mecanismo compensatorio. Es la forma de restablecer el equilibrio masculino, de afirmarse a sí mismo y afirmarles a otros las credenciales masculinas de uno”. Este autor, explica la violencia de los hombres contra las mujeres como producto de una tríada: la violencia de hombres contra los propios hombres, contra sí mismos y contra las mujeres. Kaufman, resalta la importancia del aprendizaje del niño –aunque sin concederle un determinante totalitario en su formación- , inserto en una sociedad basada en estructuras patriarcales de autoridad, dominación y control que se permean a través de todos los ámbitos en que el ser humano se desenvuelve: sociales, económicos, políticos, ideológicos y de las relaciones con el medio natural.

Por otra parte, Ruiz (2002), señala los reportes de diversos estudios realizados en diversos países de la Comunidad Europea y en los Estados Unidos, donde se puede determinar que la causa de la violencia doméstica se produce debido a los rasgos de personalidad del agresor y no de los del carácter o las acciones de la mujer. El temple del hombre violento se caracteriza por sus rasgos patológicos: son impulsivos e inseguros , tienden a mostrar rasgos de paranoia, gran facilidad para culpabilizar de sus errores a los demás, agresividad, mienten frecuentemente para

reforzar su autoestima, su carácter es depresivo y dentro de su hogar, actúan controlando toda la vida de la mujer.

Por su parte, López (1996), encuentra que los hombres que son violentos con sus parejas, comparten ciertos rasgos de personalidad: frecuentemente albergan sentimientos de inferioridad, por lo cual para reforzar su autoestima dañada, por lo cual suelen abusar del alcohol y otras sustancias. De esta manera, cualquier intento de independencia por parte de la pareja, lo asume como un cuestionamiento a su autoridad que trata de controlar mediante las agresiones, que a su vez, le hacen albergar un sentimiento altamente satisfactorio de poder, al percibir el miedo que infunde en la pareja, y que repite cada vez que se percibe amenazado por *su* mujer.

Para Echeburúa (2006), la dependencia emocional constituye un rasgo muy frecuente en los hombres violentos. A esta dependencia le añade la dificultad para expresar a sentimientos, sean positivos o negativos, que de alguna manera aísla socialmente al varón; su pareja se convierte entonces en su única fuente de afecto, con lo cual desarrolla una actitud de vigilancia estrecha, celos y control irracionales.

8. MODELOS QUE DEFINEN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

De las preguntas más inquietantes que surgen al estudiar acerca del maltrato hacia la mujer, pueden ser las que surgen al tratar de comprender el porqué las mujeres permanecen al lado de quien las agrede y porqué de la agresión. Este cuestionamiento -entre muchos otros-, ha dado lugar al desarrollo de modelos teóricos que intentan dar respuesta a este problema de salud, haciendo énfasis en diferentes factores, valores, causas o rasgos de personalidad. Se nombran enseguida algunos los más relevantes en la literatura.

8.1. Modelo de indefensión aprendida:

El modelo de indefensión aprendida fue desarrollado por Seligman (1975) como una manera de explicar la depresión. Este autor sostiene que cuando un ser humano experimenta situaciones emocionales altamente negativas que no puede evitar porque se percibe sin control sobre ellas, el miedo y la desolación que le producen se convierten en un estado de ánimo de abatimiento y ambigüedad, que generalizará reaccionando con tristeza y con miedo a todo acontecimiento doloroso que suceda en su entorno. Esta indefensión se traduce a la violencia doméstica cuando una mujer recibe repetidamente muestras de odio durante la agresión, para después verse obsequiada con muestras de arrepentimiento. La falta de congruencia en el comportamiento del agresor, somete a la víctima de la violencia en una ambigüedad emocional que la lleva a percibirse como indefensa ante esta situación.

8.2. Síndrome de Estocolmo Doméstico

El término nace como una propuesta teórica de Montero (2001), al tratar de explicar el vínculo paradójico que se forma entre la víctima de violencia doméstica y su agresor. De esta manera, al igual que entre la víctimas de un secuestro y su captor podría desarrollarse un lazo afectivo al defender las razones para la captura, en el maltrato a la mujer, ésta asume las razones de su agresor para llevar a cabo su conducta violenta, aceptando sus periodos de arrepentimiento, generando de esta manera, la persistencia del ciclo de violencia.

8.3. Modelo de la Persuasión Coercitiva

Este modelo establece que el agresor genera una serie de estrategias de manipulación emocional, como la persuasión coercitiva con la finalidad de prolongar el control sobre su víctima (Escudero et al., 2005). Entre las tácticas de manipulación ambiental y emocional que utiliza el agresor, se encuentran el aislamiento, el control de la información, debilitamiento psicofísico y sobre todo la activación emocional del miedo, la culpa y la ansiedad, con aplicación selectiva de premios y castigos, se genera una dinámica de emociones en las que el miedo genera parálisis de acción a la víctima, mientras la culpa y la vergüenza llevan a la mujer a ocultarse y retraerse, generando con esto, la situación de aislamiento social que favorece el mantenimiento de la violencia.

8.4 Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica

En este modelo desarrollado por Stith y Rosen (1992), se analizan las causas de la relación de pareja violenta, mediante factores multicausales que interactúan entre sí, para explicar el origen de la violencia familiar. Los factores referidos son: los elementos de vulnerabilidad de la familia y del individuo, el estrés situacional, los recursos individuales familiares y sociales para afrontar la situación estresante de violencia y el contexto sociocultural en que se manifiesta la agresión, todos los cuales, afectan la percepción y definición de la violencia, que daría lugar a un conjunto de normas en donde se aceptaría la manifestación de la violencia y la subordinación de la mujer ante el hombre. Una vez que los actos violentos resultan satisfactorios para los objetivos del agresor, su perpetración se vuelve factible de utilizar repetidas veces.

8.5. Modelo Predictivo de la violencia doméstica

Estas autoras, Stith y Farley (1993), proponen un Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica, cuyo planteamiento retoma las bases de la teoría del aprendizaje social y el aporte de sus propias investigaciones. En este modelo, la agresión provendría de una variable exógena, que consiste en el haber sido testigo de violencia marital durante la infancia, y cinco endógenas: alto nivel de estrés e insatisfacción en la relación de pareja, actitud de aceptación o no de la violencia de pareja, nivel de igualdad en el rol sexual, nivel de alcoholismo y nivel de autoestima. La

combinación de la variable exógena con las cinco variables endógenas se convierte en predictora del comportamiento agresivo.

8.6. Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar

Para Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) el origen de la violencia se explica a través de los mecanismos psicológicos que impulsan al agresor a conducirse violentamente. Los autores de este modelo, afirman que la base de la agresión se manifiesta mediante los siguientes componentes: actitudes de hostilidad, estado emocional de ira, repertorio pobre de conductas y trastorno de la personalidad, factores precipitantes, vulnerabilidad de la víctima y reforzamiento de las conductas violenta previas. Al conjuntarse estos factores puede ocasionar dos tipos de conductas violentas: a) la violencia expresiva, que se entiende como la agresión impulsada por la ira y la falta de control de los impulsos y de las expresiones de emoción y b) la violencia instrumental, que se manifiesta ante un intenso sentimiento de insatisfacción y a través de la planificación de la conducta violenta, y sin que ésta desarrolle sentimientos de culpa.

TRATAMIENTOS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia contra las mujeres no es un asunto reciente. Existen datos que identifican agresiones hacia las mujeres desde tiempos remotos. Sin embargo, es a partir de la década de los 70's, y a través de las luchas de organizaciones feministas principalmente, que este problema se convierte en foco de atención para múltiples disciplinas. De ser un asunto que se consideraba como una cuestión privada, pasa a ser considerada como un problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos de las mujeres que la padecen.

Esta violencia cada vez más se reconoce como un fenómeno asociado a una morbilidad y mortalidad significativa, especialmente entre las mujeres, y sin embargo, los beneficios de las estrategias de intervención en el tratamiento a las mujeres no son claras, debido principalmente a la falta de investigación con diseños de medición adecuados para medir los resultados de las mismas (Wathen & MacMillan, 2003).

Por otra parte, la situación de violencia, ocasiona que las mujeres maltratadas se sientan avergonzadas, culpables y con muchas dudas acerca de lo que debe hacer, lo que dificulta que busquen ayuda para su problema (Labrador, Rincón y Fernández-Velazco, 2004), aunado a el factor de que las características que adquiere la violencia doméstica son únicas en su tipo, ya que muchos de los estudios al respecto, toman sus muestras de mujeres en búsqueda urgente de ayuda, sería inaceptable retrasar la atención en búsqueda de un grupo control (Abel, 2000) lo que daría lugar al desarrollo de investigaciones con mayor rigor metodológico.

Y aunque es frecuente la aparición de nuevos tratamientos para víctimas de violencia doméstica, estos brindan sólo líneas de intervención, y no tratamientos que se describan estructuradamente, por lo que la investigación empírica sobre la eficacia de esos procedimientos genera enormes problemas metodológicos (Alonso, 2007). En la tabla 2, se resumen los tratamientos específicos para víctimas de violencia doméstica.

Tabla 2: Resumen de tratamientos para mujeres víctimas de violencia doméstica.

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	FOCO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS	LIMITACIONES
Cox y Stoltenberg (1991)	50 mujeres de centros de acogida	6	5 módulos de intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva • Asertividad y habilidades de comunicación • Solución de problemas • Asesoría profesional • Percepción del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de autoestima • Locus de control • Asertividad • Hostilidad • Ansiedad • Depresión • Madurez profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo en nivel de autoestima y reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y nivel de hostilidad en el grupo experimental en comparación con el grupo control. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se mide el efecto de la intervención en el TEPT. • Muestra formada únicamente por mujeres en casa de acogida. • Ausencia de asignación aleatoria. • Ausencia de seguimientos.
Holiman y Schilit (1991)	12 mujeres físicamente maltratadas	10	3 módulos de intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de pensamientos desadaptativos • Expresión adecuada de emociones • Grupo de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Ira • Nivel de satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa del nivel de ira y mejora del nivel de satisfacción, pero no de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención no estandarizada. • No centra el cambio terapéutico en el TEPT. • Ausencia de un grupo control. • Reducido tamaño muestral. • Ausencia de seguimientos a medio y largo plazo
Tutty, Bidgood y Rothery (1993)	76 mujeres	10-12	Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Locus de control • Autoestima • Actitudes hacia el matrimonio y la familia • Nivel de estrés percibido • Severidad del maltrato • Estrategias para el manejo de conflictos • Funcionamiento marital • Apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa en autoestima, locus de control y funcionamiento marital y reducción del nivel de estrés percibido y actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia al postratamiento y seguimiento a 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención no estandarizada. • No centra el cambio terapéutico en el TEPT. • Ausencia de seguimientos a largo plazo. • Ausencia de un grupo control.

<p>Mancoske, Standifer y Cauley (1994)</p>	<p>20 mujeres 8</p>	<p>Compararon dos modalidades terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervención en crisis + grupo de apoyo orientado al conflicto. Intervención en crisis + grupo de apoyo de orientación feminista 	<ul style="list-style-type: none"> Autoestima Autoeficacia Actitudes hacia el feminismo 	<ul style="list-style-type: none"> Únicamente las participantes que recibieron grupo de apoyo orientado al conflicto mejoraron su nivel de autoestima y autoeficacia al postratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervención no estandarizada. No centra el cambio terapéutico en el TEPT. Ausencia de seguimientos a largo plazo. Ausencia de un grupo control. Reducido tamaño muestral.
<p>Echeburúa et. al. (1996)</p>	<p>62 mujeres 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programa cognitivo conductual: Expresión emocional Reevaluación cognitiva Habilidades de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> TEPT Autoestima Depresión Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción significativa de la sintomatología de TEPT, depresiva y ansiosa y mejora de la autoestima al postratamiento y seguimiento a 3, 6 y 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de un grupo control. Reducido tamaño muestral.
<p>Schlee, Heyman y O'Leary (1998)</p>	<p>74 parejas con problema de malos tratos 14</p>	<p>Compararon dos modalidades terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo mixto de parejas para el control de la ira y comunicación Grupo separado por sexos para el aprendizaje de autocontrol en los hombres y mejora de autoestima y asertividad en las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción marital Miedo al agresor Depresión Maltrato psicológico y físico 	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa en todas las medidas evaluadas tanto en las mujeres con TEPT como sin TEPT, sin que se encontraran diferencias entre las dos condiciones experimentales. 	<ul style="list-style-type: none"> No centra el cambio terapéutico en el TEPT. Ausencia de seguimientos a largo plazo. Ausencia de un grupo control. Muestra formada únicamente por parejas con malos tratos de gravedad moderada.
<p>Colosetti y Thyer (2000)</p>	<p>5 mujeres físicamente maltratadas en prisión 6-8</p>	<p>Entrenamiento en relajación (placebo) + DRMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Conductas de evitación Pensamientos intrusivos 	<ul style="list-style-type: none"> Únicamente una de las mujeres mejoró en ansiedad y pensamientos intrusivos tras la aplicación de la DRMO. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducido tamaño muestral. Muestra formada únicamente por mujeres en prisión. Ausencia de seguimientos a largo plazo. Ausencia de un grupo control.

Labrador y Rincón (2002)	9 mujeres	8	<p>Programa cognitivo conductual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • Depresión • Autoestima • Nivel de inadaptación • Cogniciones postraumáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. Mejora significativa de la sintomatología concomitante • El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de seguimientos a largo plazo. • Reducido tamaño muestral.
Rincón y Labrador (2004)	18 mujeres	8	<p>Programa cognitivo conductual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • Depresión • Autoestima • Nivel de inadaptación • Cogniciones postraumáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de seguimientos a largo plazo. • Reducido tamaño muestral.
Kubany et al. (2004)	125 mujeres	8-11	<p>Programa cognitivo conductual :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración cognitiva • Respiración • Exposición • Aprendizaje de habilidades de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • Vergüenza • Depresión • Autoestima • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de seguimientos a largo plazo. • Muestra formada únicamente por mujeres separadas del agresor.

Labrador y Alonso (2005)	20 mujeres	8	<p>Programa cognitivo conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • Ansiedad • Depresión • Autoestima • Nivel de inadaptación • Cogniciones postraumáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa de sintomatología del TEPT y concomitante, al postratamiento y seguimiento al mes y tres meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de seguimientos a largo plazo. • Reducido tamaño muestral.
Arinero (2006)	78 mujeres	8	<p>Programa cognitivo conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología postraumática • Depresión • Ansiedad • Autoestima • Consumo de alcohol • Sintomatología psicopatológica • Expresión de la ira 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 las variables, excepto en la ira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un grupo control.

<p>Alonso (2007)</p>	<p>103</p>	<p>8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidad grupal. • Psicoeducación. • Control de activación. • Terapia cognitiva y terapia. <ul style="list-style-type: none"> -Mejora del estado de animo -Mejora de la autoestima -Mejora de las habilidades de comunicación • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología de TEPT • Sintomatología concomitante • Adaptación • Adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en síntomas de TEPT <ul style="list-style-type: none"> - • Reexperimentación <ul style="list-style-type: none"> -Evitación -Hiperactivación -Depresión -Ansiedad -Autoestima -Nivel de adaptación -Cogniciones postraumáticas • Se mantiene la mejora al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado tamaño muestral de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas • No aleatorización de participantes • Aplicación de algunos instrumentos de evaluación validados con muestras norteamericanas o españolas, a otras poblaciones. • Haber aplicado la intervención únicamente a mujeres maltratadas que piden ayuda en servicios gratuitos.
-----------------------------	------------	----------	---	--	--	--

Fuente: Tomado de Rincón (2004) y Alonso (2007), y actualizado por la autora de la tesis.

10. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

10.1. Definición y conceptualización del TEPT

Los síntomas específicos que aparecen después de una experiencia sumamente estresante y traumática se agrupan en torno a el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que se incluye por primera vez como entidad nosológica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, APA, 1980). No obstante, los síntomas que lo describen, ya habían sido referidos desde tiempo atrás, y a pesar de que “la influencia de lo traumático en la historia de la psiquiatría ha sido muy grande, llama la atención que el concepto de trastorno de estrés postraumático haya tardado tanto en ser aceptado por todos” (Calcedo, 2000). Este mismo autor refiere que la primera descripción científica referente al TEPT, surgió a través del médico John Erich Erichsen al detallar las lesiones de las víctimas de accidentes ferroviarios, ante lo cual defendió la presencia de una enfermedad legítima y distinta a la histeria y la simulación. En la búsqueda de entendimiento acerca de este cuadro clínico, se le ha llamado con diferentes nombres, como el de neurosis traumática, utilizado por el neurólogo alemán Hermmann Oppenheim en 1989 (Calcedo, 2000). Actualmente, se puede afirmar que “un suceso traumático genera el trastorno de estrés postraumático cuando el acontecimiento supera en una persona el umbral para el trauma e interfiere negativamente en su vida cotidiana” (Echeburúa, Corral y Amor, 2011).

10.2. Definición del TEPT según el Manual Diagnóstico y Estadístico y el CIE-10

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), el TEPT se manifiesta cuando una persona ha experimentado o bien conoce a través de familiares o de otras personas, de amenazas para sí mismo o para otros, y que representan un peligro real para la integridad física o la vida y la respuesta a este riesgo inminente, es de horror, desesperanza y temor intenso. Se consideran tres aspectos fundamentales en este cuadro clínico: la reexperimentación del evento traumático, que se manifiesta a través de recuerdos intrusivos, retrospectivos e involuntarios, pesadillas e

imágenes; la evitación conductual y cognitiva de las situaciones o lugares que asocian al evento traumático y la hiperactivación fisiológica, que se manifiesta en forma de problemas de concentración, irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño. Estos síntomas producen problemas en la funcionalidad del individuo, ya que obstaculiza sus actividades cotidianas, presentando un abatimiento en su vida social, laboral y familiar. Por otra parte, aunque no muy frecuentes, puede haber la aparición de *flashbacks*, que aunque muy breves, pueden asociarse a la hipervigilancia y malestar prolongados. (APA, 2002). Aunque los pensamientos intrusivos y los *flashbacks* son parte del trauma, hay una diferencia entre ellos: el pensamiento intrusivo es un recuerdo recurrente y muy vívido mientras que los flashbacks pueden contener imágenes, personas, olores, sonidos, luces, etcétera, y tener la percepción de que el evento traumático estuviese sucediendo ahora mismo. La imprevisibilidad de su ocurrencia, producen en el individuo una sensación de terror (Echeburúa et al, 2011).

Por otra parte, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), afirma que el trastorno de estrés postraumático, se produce como una reacción tardía o diferida a un evento estresante o a una situación extraordinariamente amenazante o catastrófica como catástrofes naturales, o producidas por el hombre, ser testigo de la muerte violenta de alguien, ser víctima de tortura, etc., y que aunque puedan ser breves o duraderas generan por sí mismas malestar generalizado en casi todo el mundo. Las características típicas del TEPT son el volver a experimentar el trauma en forma de reviviscencias o sueños en los que persiste una sensación de embotamiento emocional, de desapego a los demás, de pérdida por el gusto de cosas que anteriormente si se disfrutaban, hipervigilancia, reacciones intensa de sobresalto e insomnio. Puede experimentarse ansiedad, depresión e ideación suicida. (OMS, 1993).

Por otra parte, en la revisión de la literatura, encontramos criterios divergentes en cuanto a la utilización de los dos manuales antes citados. Por ejemplo Bados, (2005) encuentra que entre las dos clasificaciones, el grado de concordancia es bajo. En este mismo documento, puntualiza acerca de los hallazgos de Andrews, Slade y Peters (1999), en el que afirman que sólo el 35% de los casos con un diagnóstico positivo basado en una de estas clasificaciones, tuvo un diagnóstico positivo en ambas clasificaciones. Echeburúa et al. (2011) sugieren que

la alta comorbilidad del TEPT, puede deberse a la imprecisión tanto de la definición misma del trastorno, como la vaguedad de las fronteras que delimitan al TEPT con otras entidades nosológicas. Sin embargo, para diagnosticar el TEPT, el DSM-IV-TR incluye tres grupos de síntomas: reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación, a diferencia del CIE-10, (Véase Tabla 2) que aunque también incluye tres criterios, sólo los dos primeros, es decir, la reexperimentación y evitación, coinciden con el DSM-IV-TR. El CIE-10, difiere en el tercer síntoma que se refiere a la amnesia, mismo que se encuentra incluido dentro del criterio de hiperactivación en el DSM-IV-TR.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 1992)

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR	Criterios diagnósticos de CIE-10
<p>A). La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un suceso que implica la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas. 2. La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror. <p>A) El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. 2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso. 3. Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo. 4. Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. 5. Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. <p>A) Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se</p>	<p>A) El diagnóstico debe de realizarse dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. También puede hacerse en un tiempo posterior si las manifestaciones clínicas son típicas y no es verosímil ningún otro diagnóstico alternativo.</p> <p>B) Evocaciones o representaciones del acontecimiento traumático en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.</p>

<p>ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al trauma. 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma. 3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma. 4. Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas. 	
<ol style="list-style-type: none"> 5. Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás. 6. Limitación de la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse). 7. Sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, desconfianza en la capacidad para realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una vida larga). <p>B) Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma) que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño. 2. Irritabilidad o explosiones de ira 3. Dificultades de concentración. 4. Hipervigilancia 5. Respuesta de alarma exagerada. <p>C) La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.</p> <p>D) El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agudo: si la duración de los síntomas es inferior a tres meses - Crónico: si la duración de los síntomas es de tres meses o más. <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con inicio tardío: si el inicio de los síntomas se produce al menos seis meses después del evento estresante.</p>	<p>A) Suele haber desapego emocional, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma, pero no son esenciales para el diagnóstico.</p> <p>D) Los síntomas vegetativos, trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen al diagnóstico pero no son de importancia capital para el mismo.</p> <p><i>Incluye:</i> Neurosis traumática</p>

10.3. Tipificación del TEPT en víctimas de violencia doméstica

En la búsqueda de factores de riesgo para trastornos mentales producidos por la violencia física en la relación de pareja, Golding (1999) realizó un metanálisis en el cual el

TEPT figura como uno de los trastornos estudiados. De los once estudios que esta investigadora analizó, encontró que el 31 al 84.4% de las mujeres sobrevivientes al maltrato, cumplieron con los criterios para el TEPT con una prevalencia media ponderada del 63.8%.

Por otra parte, diversos estudios han señalado que el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica (Aguirre et al., 2010) Tramayne (2012) a su vez, en un metanálisis acerca de la violencia doméstica como factor de riesgo para desarrollar TEPT, documenta un estudio elaborado por el *National Violence against Women Survey* (NVAWS, 2004) en el que participaron 380 mujeres maltratadas. Se encontró que la violencia física, el abuso psicológico y el acoso, están relacionados con la sintomatología del TEPT.

Y aunque específicamente, los expertos consideran que el trastorno de estrés postraumático (TEPT), es el diagnóstico más adecuado para muchas de las mujeres víctimas de violencia doméstica (Brown, 1993; Walker, 2009) en la actualidad algunos investigadores y clínicos que abordan este tema como su objeto de estudio definen el maltrato a la mujer como “un trauma complejo”, ya que a las víctimas se les agrede de manera intencional, de manera prolongada y repetidamente, experiencia que se vive de manera muy diferente a la violencia ocasional y sin intencionalidad concreta. Las mujeres violentadas, además de la agresión por parte de su pareja, suelen experimentar condiciones de sujeción extrema, abuso sexual en la infancia y en la adultez, lo que las lleva a presentar síntomas que no encuadrarían de manera precisa dentro de los criterios que el DSM-IV contempla para el TEPT. El daño psicológico –entendido este como las lesiones psíquicas agudas desarrolladas por la experiencia de un evento violento, y las secuelas emocionales que le siguen al mismo (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011)- producido por la percepción de imposibilidad de escapar generado por la exposición prolongada a la violencia y el control coercitivo del agresor desarrolla en la víctima un trastorno conocido como trastorno de estrés postraumático complejo (CPTSD) también conocido como trastorno de estrés extremo (*Disorder of Extreme Stress*) que se manifiesta a través de problemas a nivel somático, cognitivo, afectivo, conductual y relacional (Alonso 2007). Un estudio de campo llevado a cabo por el DSM-IV y realizado por Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola (2005) con 400 individuos

víctimas de trauma interpersonal prolongado, y que en ese momento buscaban ayuda terapéutica, encontraron que éstos sufrían una alta incidencia de problemas con la regulación de afectos e impulsos, memoria y atención, autopercepción, relaciones interpersonales, somatización y sistemas de creencias. Para estos autores, los hallazgos de su estudio, plantean cuestionamientos sobre la naturaleza tridimensional del trastorno de estrés postraumático, así como la comorbilidad del mismo, por lo que recomiendan una exploración más profunda acerca de lo que constituye un tratamiento eficaz del espectro de la psicopatología postraumática.

11. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En el metanálisis anteriormente mencionado realizado por Jaqueline Golding (1999), se estima la prevalencia del TEPT alrededor del 60%, aunque la sintomatología concomitante es aun más alta. Por otra parte, en la investigación llevada a cabo por Aguirre et al. (2010) y por Rincón, Labrador, Arinero y Crespo (2004) en mujeres víctimas de violencia doméstica, encontraron que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) fue una de las psicopatologías más desarrolladas.

No obstante los diversos estudios que se han llevado a cabo y que demuestran la importancia de estudiar este trastorno en esta población específica, existe poca información sobre las metodologías eficaces en intervención para mujeres maltratadas debido a la escasez de investigaciones empíricas (Schlee et al, 1998; Whaten & McMillan, 2003; Alonso, 2007).

Las intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual, son las que han sido llevadas a cabo de manera más rigurosa (Báguena, 2001). En este mismo sentido, el *National Center for Posttraumatic Stress Disorder* (2012) recomienda como tratamientos eficaces la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia de procesamiento cognitivo (TPC), terapia de exposición prolongada (EP), la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y como una opción de tratamiento farmacológico, los medicamentos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

A continuación se señalarán los tratamientos que se utilizan en la actualidad.

11. 1. Tratamientos unicomponente

Se describen a continuación.

11.2. Terapia exposición

La terapia exposición es parte de los tratamientos cognitivo-conductuales, que han mostrado ser eficaces en la reducción de algunos de los síntomas del estrés postraumático (Foa & Meadows, 1997; Báguena, 2001; Rincón, 2003; Echeburúa, 2010). Tiene como característica la confrontación del paciente a los estímulos de miedo y ansiedad producidos por el suceso traumático, en donde se la exposición puede llevarse a cabo en vivo o en la imaginación, la intensidad puede ser breve o prolongada y la activación que la confrontación produzca será alta o baja (Báguena, 2001; Foa & Meadows, 1997). Al exponerse a las imágenes en un entorno relativamente seguro, bajo el control del terapeuta, surgen los recuerdos que se verbalizan como si estuviesen ocurriendo en el presente “(...) facilitando la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la memoria emocional, en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de la memoria verbal” (Echeburúa, Corral y Amor, 2011). Se promueve de esta manera, el procesamiento emocional del trauma (Bados, 2005), la modificación de los pensamientos distorsionados, asimilados de tal manera que se pueda tener control de ellos, y que la víctima pueda recuperarse al experimentar alivio y control sobre sus síntomas. Báguena (2001), lo puntualiza de la siguiente manera: “La exposición daría lugar a la mejora a causa de dos procesos distintos pero relacionados. Primero existe habituación de la ansiedad. Segundo, existe el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza”. Durante la terapia de exposición el paciente es instruido para que recuerde y genere internamente los detalles del evento traumático, “como si estuviera sucediendo ahora”. Esto posibilita el emparejamiento temporal de la representación interna del trauma con la fase actual de consolidación. Enfocarse en la información traumática ayuda a generar emociones personalmente significativas como las relacionadas con las emociones de miedo, ansiedad, impotencia y

pérdida del sentido de la confianza en uno mismo y los demás (Foa, Ehlers, Clark & Tolin, 1995; Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995).

11.3. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva (TC) fue creada por Aaron T. Beck en 1976. Uno de sus fundamentos consiste en delimitar la configuración psicológica de la depresión y las distorsiones cognitivas que se desprenden de la misma (Bados, 2011). Bajo el supuesto básico de que las respuestas patológicas se originan a través de los pensamientos distorsionados que se desprenden de la interpretación del suceso, más que del propio suceso, el objetivo de la TC es identificar el origen de ese patrón de pensamientos y cambiarlos por otro más adaptativo (Báguena, 2001; Bados, 2005). Además, los tratamientos basados en la TC, incluyen técnicas de afrontamiento cognitivo, utilizadas para modificar cogniciones que impidan el progreso del tratamiento. Estas técnicas generan una reestructuración cognitiva a través de la aplicación de solución de problemas, que a su vez, actúa sobre los pensamientos automáticos y las distorsiones que tienen que ver con las emociones negativas relacionadas al trauma, como la amenaza constante, culpa e ira entre otros (Echeburúa, 2010).

Sin embargo, aún cuando la TC ha sido reconocida en su cabal importancia para dar respuesta al trauma, la investigación respecto a su aplicación para el tratamiento del TEPT es todavía escasa (Báguena, 2001; Alonso, 2007). No obstante, Alonso (2007) después de la revisión de la revisión de estudios donde se utilizó la terapia de conducta y la terapia exposición, concluyó que ambas técnicas son eficaces en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, cuando menos en los tratamientos a corto plazo, aunque reconoce que los resultados de la eficacia a medio y largo plazo, todavía no son concluyentes.

11.4. Técnicas para el manejo de la ansiedad

El incremento en los niveles de activación tiene funciones adaptativas y desadaptativas. En su forma desadaptativa, origina un incremento en los niveles de activación de forma intensa, duradera o reiterada, puede producir efectos perjudiciales para la salud a corto o mediano plazo (Labrador, 2011). Para contrarrestar la ansiedad generada por la

activación, se han diseñado diversas técnicas para brindar al paciente habilidades que le permitan controlarla (Rincón, 2003). De las técnicas a las que más se recurre, se encuentran el entrenamiento en inoculación del estrés, entrenamiento en relajación, biofeedback, dialogo autoguiado, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de distracción cognitiva. Dentro de todas las anteriormente mencionadas la inoculación en estrés (EIE) ha sido la más utilizada (Báguena, 2001)

11.5. Entrenamiento en inoculación del estrés

El propósito del entrenamiento en inoculación del estrés (EIE), es la de dotar a los pacientes con los recursos necesarios para manejar los agentes estresores de la vida diaria, así como las reacciones desadaptativas generadas a raíz de los eventos traumáticos (Bados, 2005), aunque su eficacia se ha estudiado básicamente en mujeres víctimas de agresión sexual, existen estudios que defienden el EIE como una técnica efectiva en el tratamiento del TEPT, cuando menos a corto plazo, a largo plazo, la terapia exposición es aparentemente más eficaz(Alonso, 2007).

11.6. Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO), desarrollada por Shapiro (1995) para aliviar los síntomas del TEPT, es una técnica variante de la exposición en imaginación, donde se empareja un ítem que produzca ansiedad con la inducción de movimientos oculares, y de donde se espera que la ansiedad disminuya tras la primera presentación (Báguena, 2001; Labrador, 2011). Debe hacerse notar, que no obstante que su procedimiento ha sido validado empíricamente por la APA (Chambles & Hollon, 1998) existe debate acerca de su eficacia, pues no cuenta con otro soporte empírico diferente a los estudios realizados por Shapiro (Alonso, 2007; Báguena, 2005) lo que al parecer, dificulta las explicaciones teóricas de el proceso de la DRMO. Sin embargo, existen informaciones brindadas por Joseph Wolpe y Janet Abrams en un estudio de caso en 1991, de su eficacia.

12. Tratamientos con múltiples componentes

En años recientes la búsqueda de técnicas eficaces en la intervención para el tratamiento del TEPT, ha llevado a los investigadores a la utilización de cierta combinación de técnicas con la intención de encontrar un tratamiento más adecuado para el trastorno antes mencionado (Rincón, 2003; Alonso, 2007)

13. Tratamiento para víctimas de violencia doméstica (Paz Rincón 2003)

Rincón (2003) desarrolla la implementación de un tratamiento psicológico que ayude a mejorar los síntomas que sufren las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica, que redunde a corto plazo en la mejora de su calidad de vida, paliando en parte las consecuencias de haber vivido de manera crónica bajo condiciones de alto estrés emocional. En este sentido, el tratamiento desarrollado y evaluado empíricamente para trabajar con víctimas de violencia doméstica, que además tengan trastorno de estrés postraumático, se considera el más adecuado para trabajar con este grupo de la población.

A través de la revisión bibliográfica diversos autores pone de manifiesto los múltiples daños que causa el vivir bajo violencia cotidiana, sobre todo cuando se experimenta en el hogar, ese entorno donde se supone que los seres humanos podrían tener la posibilidad encontrar seguridad y estabilidad emocional.

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es el desorden de mayor prevalencia asociado a la violencia de pareja (V.P.) causante de otras alteraciones graves que lastiman la autoestima, que generan ansiedad y depresión y por lo tanto, afectan la capacidad de las mujeres de percibirse a sí mismas como seres con posibilidades de recuperarse, de establecer mecanismos de recuperación para ellas y sus hijos.

14. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

14.1 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de violencia doméstica.

Más de un tercio de todas las mujeres en el mundo son víctimas de violencia física o sexual, lo que supone un problema de salud global de proporciones epidémicas, dijo el jueves la Organización Mundial de la Salud en un informe publicado recientemente.

El TEPT no sólo es el trastorno de mayor prevalencia entre las víctimas de violencia doméstica, también es la categoría diagnóstica que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas en estas personas, aunque puedan presentar síntomas de otros trastornos (Labrador et al., 2006)

14.2 Modelos que explican el trastorno de estrés postraumático.

Se presentan enseguida algunos de los principales modelos teóricos que se han desarrollado en la búsqueda de explicaciones para el trastorno de estrés postraumático.

14.3. Teoría del aprendizaje

El condicionamiento clásico y el operante son los procesos de aprendizaje por los cuales se puede explicar la adquisición y el mantenimiento de los síntomas del estrés postraumático (Rincón, 2003; Alonso, 2007). Para el condicionamiento clásico el evento traumático se convierte en el estímulo incondicionado (EI) que produce la respuesta incondicionada (RI), es decir los sentimientos de temor extremo, ansiedad e indefensión. De este modo, el trauma se asocia con el recuerdo traumático y con los diferentes estímulos que se encuentran en el preciso momento del evento traumático, que a su vez, se convierte en estímulos condicionados (EC), lo cual genera que cada vez que se el sujeto se encuentre en presencia de estos estímulos, ya sea por evocación, narración o visualización, provocará una respuesta de miedo y ansiedad, es decir una respuesta condicionada (RC).

Por otra parte, el condicionamiento operante explicaría los síntomas de evitación y mantenimiento del TEPT a través del tiempo, aún cuando no suceda ningún otro evento estresante. Es la generalización de los estímulos y de condicionamiento de orden superior, los que darán lugar a nuevos estímulos que provoquen las respuestas de temor intenso y ansiedad en las víctimas. Se explican de esta manera, que los síntomas de ansiedad y temor sean entendidos como una respuesta emocional condicionada (Alonso, 2007).

14.4. Modelos cognitivos

Los procesos cognitivos que se generan al experimentar los efectos de un evento traumático. Desempeñan un papel importante cuando el sujeto interpreta y otorga un significado a los sucesos. De esta manera, si el individuo se atribuye la responsabilidad de lo ocurrido, puede agravarse el cuadro clínico. Sucede lo contrario cuando las atribuciones del individuo son externas (Caballo et al., 2011).

14.5. Modelo de Bryant y Harvey.

Bryant y Harvey (2000) proponen que en la respuesta específica de cada individuo a un evento traumático, influirá en la posibilidad de desarrollar el TEPT. Entre estos factores se cuenta los antecedentes psiquiátricos, niveles altos de activación, estrategias de afrontamiento evitativas, sesgos atencionales e interpretativos distorsionados, estilo de atribución interno y estable, como los elementos que pueden predisponer al sujeto. Estos autores explican la aparición del trastorno de estrés postraumático y el estrés postraumático agudo mediante la inclusión de la dimensión temporal en la reacción al trauma.

14.6. Teoría del procesamiento emocional

El desarrollo de una estructura patológica del miedo originada por un evento traumático, es la propuesta de la teoría del procesamiento emocional (Foa & Kozak, 1986) como una explicación a la aparición del TEPT. Dentro de los postulados de esta teoría, se explica cómo esta estructura de miedo, a través de la reexperimentación, da lugar a la

representación sobre los estímulos, respuestas y sus significados (Foa, Steketee & Rothbaum , 1989).

Esta estructura o formación de la red de miedo, instalada en la memoria a largo plazo, contiene tres elementos: información estimular sobre el evento traumático, información sobre las reacciones fisiológicas, conductuales y cognitivas sobre el suceso traumático y la última que contiene información que asocia a las dos anteriores entre sí. Esta red puede activarse ante cualquier estímulo relacionado al evento traumático, aunque con contenidos inexactos, ya que el miedo normal se distingue de las estructuras cognitivas del miedo patológico en que éstas contienen elementos erróneos que pueden originar una percepción de amenaza real, aun cuando realmente no sea así. Se activa de esta manera la red de miedo, y consecuentemente los síntomas de reexperimentación. Además, con esta activación, también se da marcha a los intentos de evitar y eliminar el temor, produciendo los síntomas de evitación del TEPT.

Cuando existe una estructura generalizada de miedo, éste podrá activarse con estímulos específicos, produciendo una “fuerte explosión de activación” (Echeburúa et al., 2011) y una reexperimentación del evento traumático. El individuo se verá entonces conminado a evitar las posibilidades de tener contacto con los estímulos que asocie al evento traumático. Por lo tanto, la víctima, al experimentar malestar y miedo intenso, posibilita la cronificación de los síntomas del TEPT al obstaculizar la confrontación prolongada con las situaciones que evoquen la situación traumática.

Para lograr la superación de los elementos patológicos de la red de miedo, la teoría del procesamiento emocional de Foa y Kozac (1986) propone que la intervención terapéutica contenga estas dos condiciones: primero, activar la red de miedo de tal manera que se vuelva accesible y segundo, proporcionar información novedosa que modifique la red de miedo y logre integrar elementos incompatibles a las estructuras de memoria preexistentes, de tal manera que la estructura de memoria posibilite ser modificada. Los procedimientos de exposición prolongada, se constituyen a criterio de los autores antes citados, la intervención terapéutica más adecuada. El procedimiento de exposición prodigado en un ambiente asistido provocará por una parte, la activación de la red de miedo presente en la memoria traumática,

la habituación al temor y por consiguiente surge la experiencia del temor ya corregida. Esta corrección se posibilita al provocar una amenaza que se percibe como real en ese momento por la víctima, pero no coincide con la existencia de una amenaza actual. Esto permite la expresión de los efectos de la intervención de exposición, es decir, la reducción significativa de los síntomas relacionados con el trauma, como la reexperimentación, evitación, disociación, embotamiento y memorias del trauma emocionalmente muy cargadas (Foa, Molnar & Cashman, 1995)

14.7. Teoría de los sistemas representacionales, esquemático, proposicional, asociativo y analógico (SPAARS)

Dalgleish en 1999, propone esta teoría multirepresentacional, en la cual postula que las emociones funcionan como procesos adaptativos, que reorganizan el sistema cognitivo, es decir, que son las responsables de que el sistema cognitivo tenga la posibilidad de encontrar herramientas para solucionar problemas planteados por el medio interno o externo. De esta manera, tendrá recursos para reconfigurar el sistema cognitivo si el módulo del miedo le plantea una situación de amenaza inmediata o futura. Es decir que podrá utilizar la reconfiguración del sistema cognitivo para encontrar las soluciones para la sobrevivencia en su medio. Sin embargo la propia naturaleza adaptativa del sistema emocional, puede originar grandes problemas si se experimenta un evento traumático.

Este modelo se integra por cuatro niveles o formatos explícitos de representación mental, con dos rutas específicas de generación de emociones. La primera, es una ruta controlada, a la cual le corresponden los primeros tres niveles, y la segunda es automática, a la que corresponde el último nivel o formato de representación. Se describen a continuación.

1. Nivel de representación analógico, que guarda las memorias e información en forma de imágenes visuales, auditivas, olfativas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.

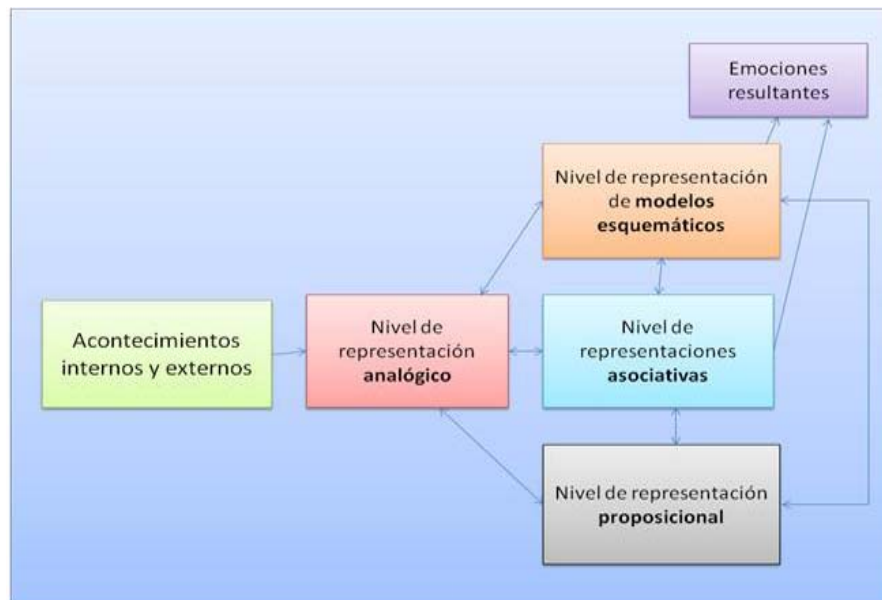
2. Nivel de representación proposicional, codifica la información verbal representada a través de creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, sin que esta forma pertenezca a un lenguaje en específico. Este formato es análogo al de la memoria verbalmente

accesible, planteado por Brewin et al., (1996) en su teoría de la representación dual (Alonso, 2007).

3. Nivel de representación de modelos esquemáticos, es una representación de alto orden, es decir, es superior al del nivel analógico y proposicional. Aquí se integra la información que resulta de estos dos últimos niveles. Este nivel representa el conocimiento abstracto, ya que provee al sujeto del sentido de sí mismo, de la realidad que lo rodea y de su significado. Guarda además, relación entre las metas del individuo y la jerarquía que éste le proporciona, y que le posibilitan la planeación de sus acciones, manteniendo el sentido de sí mismo y de su conexión con la realidad.

4. Nivel de representaciones asociativas, desde aquí, se generarán las emociones automáticas, que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos y es semejante al de las redes de miedo, donde sucede la asociación de acontecimientos y emociones que se han generado repetidamente.

Figura 3. Arquitectura básica de la Teoría SPAARS (Dalglish, 1999).



Ante un suceso traumático, el nivel de modelos esquemáticos realizará su evaluación, procesando esta información recibida como información a menazante, produciendo miedo

intenso. Del mismo modo, cuando es representada en los niveles analógico, proposicional y de modelo esquemático, da lugar a la manifestación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. No obstante, los modelos esquemáticos que se posean de sí mismo y del mundo, intentarán cotejar la información ocasionada por el suceso traumático, encontrándola incompatible, debido a la discrepancia existente. Estas valoraciones ambiguas ocasionarán la constante reactivación del módulo del miedo, dando lugar a los síntomas de reexperimentación, que a su vez, generarán el deseo en el individuo de escapar de estos estímulos intrusivos, produciendo los síntomas de evitación. De esta misma manera, al tratar de evitar la confrontación con estímulos que le recuerden el evento traumático, se incrementará el aislamiento social, evitando cualquier interacción de tipo social. Los síntomas de hiperactivación son consecuencia de dos factores: primero, por la activación constante del módulo de miedo, que produce en el individuo hipervigilancia y sobresalto prolongado y segundo, porque los recursos cognitivos disponibles se utilizan en la evaluación de la información no integrada, por lo cual no están siendo aprovechados en la mediación de otras emociones que dan lugar a las explosiones de ira, como el enojo intenso, o la irritabilidad.

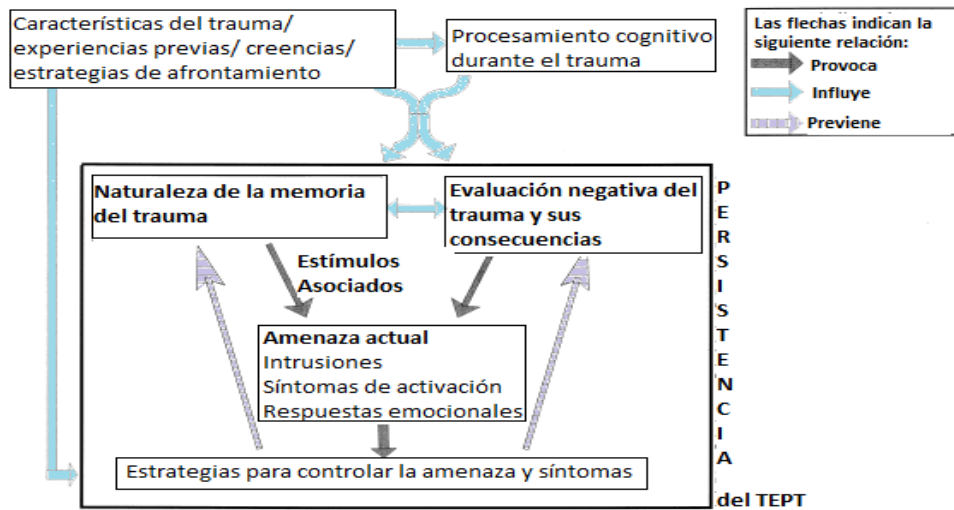
La reacción psicológica de cada individuo a un suceso traumático, está marcada por las diferencias en los modelos esquemáticos de sí mismo y el mundo (Dalglish, 1999). De tal manera que los individuos con creencias rígidas sobre el mundo y sí mismo, es decir que poseen un modelo esquemático supervalorado, tendrán mayores problemas para integrar la información relacionada con el suceso traumático y su modelo preexistente, lo cual posibilitará en mayor medida el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. En los individuos cuyo modelo de mundo y de sí mismos es más flexible este proceso se presenta de manera opuesta, pues después de experimentar un evento traumático, poseen la capacidad de adaptar la información incongruente con la ya preexistente, lo cual posibilitará, que tras las reacciones postraumáticas iniciales, éstas irán desapareciendo a medida que la integración de la nueva información sea elaborada dentro de los modelos esquemáticos previos.

Dagleish (1999) señala a la terapia exposición como el tipo de intervención adecuado para disminuir los síntomas del TEPT, a través de dos mecanismos implicados. Primero, es que, en un ambiente seguro y asistido por un terapeuta, se conduzca al individuo a través de la reexperimentación del suceso traumático, y de esta manera posibilitar la conceptualización del evento traumático como algo anómalo e inusual, favoreciendo la integración de nuevos modelos esquemáticos, donde sus creencias acerca del mundo y de sí mismo son legítimas, producidas en un mundo seguro y controlable. En segundo lugar, la exposición posibilita la disminución de las conexiones establecidas entre la información relacionada con el evento traumático y las respuestas de miedo generadas a través de las representaciones asociativas, incrementando las probabilidades del individuo de integrar la información traumática en la memoria. De esta manera, y si el sujeto experimentó una reducción del miedo en la sesión de exposición, se favorecerá la disminución de la respuesta de temor.

14.8. Modelo Cognitivo del Trastorno de Estrés Postraumático de Ehlers y Clark

El modelo de Ehlers y Clark (2000) propone la teoría de su modelo cognitivo, mediante la cual explican que aun cuando el TEPT es una reacción común a los eventos traumáticos, algunas personas si logran recuperarse en corto tiempo. Sin embargo, existen otras que se ven sobrepasadas en su respuesta ante el estrés, de tal manera que experimentan en ocasiones por años- una sensación persistente de grave amenaza en sus vidas. Esta sensación de amenaza surge, según Ehlers y Clark (2000) primero, como una consecuencia de evaluaciones excesivamente negativas del trauma y sus secuelas, que llegan a generalizarse a otras áreas de la vida, desarrollando además conductas de evitación que contribuyen a la permanencia del TEPT; por otra parte, por una alteración de la memoria autobiográfica caracterizada por la falta de contextualización acerca del punto en el tiempo en el que ocurre (figura 7.12)

Figura 5. Modelo Cognitivo del TEPT. Ehlers & Clark (2000).



Se antepone de esta manera, el sistema de creencias que elabora de manera inadecuada el recuerdo del trauma, propiciando la reexperimentación y su respuesta, ante estímulos y situaciones relacionadas al evento traumático, extremando la probabilidad de la persistencia del TEPT.

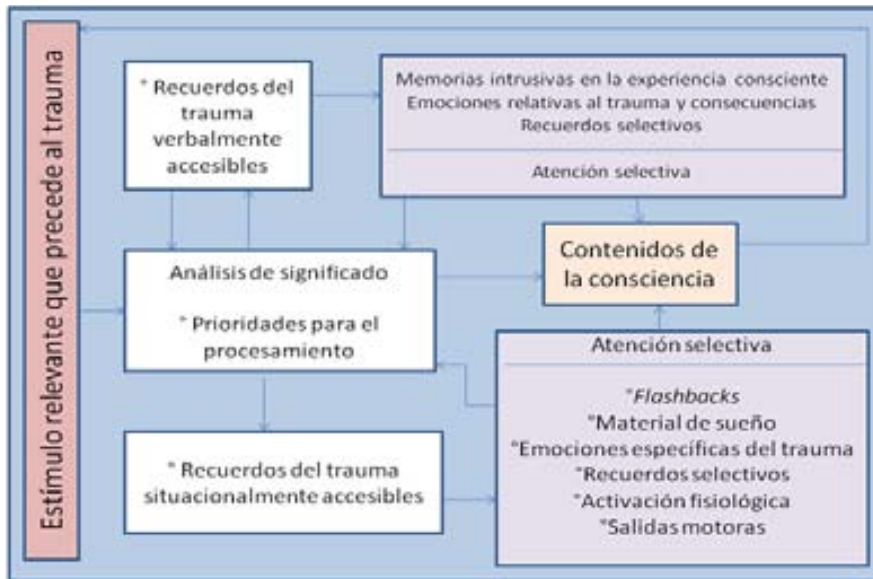
14.9. Teoría de la representación dual de Brewin

Esta teoría desarrollada por Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) se considera como una de las más sólidas desde el punto de vista científico en la explicación del TEPT (Alonso, 2007). Establece que existe un sistema de memoria múltiple, en la cual la experiencia de un suceso traumático, ya sea único o repetido, se instalará en la memoria de manera dual, a través de dos tipos de representaciones a través de las cuales se manifiestan los síntomas del TEPT (figura 7.1.3):

1. La *memoria verbalmente accesible (VAM)*. Se conforma por el conjunto de experiencias traumáticas, y se caracteriza porque éstas pueden ser deliberadamente recuperables, con información muy detallada, aunque solo recoge la parte que se reúne en el campo de atención, en los aspectos sensoriales y reacciones fisiológicas, con el intento de conceder un significado en el sentido

de constructos y categorías verbales. Debido a la ansiedad experimentada a través del evento traumático, estos recuerdos aumentan la selectividad atencional del individuo, disminuyendo a sí, su capacidad de memoria a corto plazo. Es decir, que a medida que pasa el tiempo, se establecerán recuerdos más genéricos, que no contarán con tanto detalle como los anteriores.

Figura 6. Teoría de la Representación Dual de Brewin et al. (1996).



1. La *memoria situacionalmente accesible (SAM)*, por su parte, se conforma por el conjunto de representaciones emanadas del procesamiento automático del trauma, por lo cual, la memoria almacena con poca precisión la información ocurrida durante el evento traumático. A esta información se puede acceder mediante la evocación interna o estímulos externos en que las características físicas o el significado atribuido sea similar al de la experiencia traumática. Este es el nivel que se relaciona con los *flashbacks*, pues la experiencia se representa en forma de códigos analógicos que reproducen el evento traumático en forma de pesadillas y a través de respuestas emocionales agudas en los individuos. Dichos códigos formarían parte de una integración del evento traumático, conteniendo tres tipos de información: estímulo, de significado y sobre el estado de consciencia del individuo durante la situación traumática.

Es decir, que al momento del suceso traumático, estas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible, son codificadas paralelamente, dando lugar a la fenomenología del trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, estas representaciones se hacen consientes cuando se presentan síntomas como impulsos a nivel motor, activación emocional, imágenes intrusivas espontáneas o disociación. Cuando ha transcurrido tiempo después del trauma, se produce una transferencia entre ambas memorias SAM y VAM, con la consecuente integración de los constructos preexistentes, llevando a la superación de los *flashbacks* mediante la integración de ambas memorias autobiográficas.

Brewin (2003) sostiene que el TEPT es un trastorno psicológica y neurobiológicamente distinto a otros. En su relación de la neuropsicología y la teoría de la representación dual, relaciona los postulados de su teoría con los resultados de la neurociencia cognitiva, concentrándose específicamente en las funciones de la amígdala y el hipocampo.

En el sistema SAM -que considera evolutivamente muy primitivo- destaca la importancia de las vías subcorticales que transmiten muy rápidamente la información traumática hasta la amígdala en donde se lleva a cabo la activación de las respuestas de miedo. Esta vía es “rápida y sucia” (Brewin, 2003), en el sentido de que la información viaja rápidamente, pero es analizada de manera muy cruda. Los recuerdos originados de esta manera son indelebles, sin embargo, pueden ser reemplazados por la creación de nuevas memorias, relacionadas con sistemas corticales superiores. En la memoria SAM, existe poca discriminación de los detalles o del contexto. Una vez que una combinación particular de estímulos se asocia con una respuesta de miedo, un patrón de baja respuesta, recreará el miedo cuando se vuelva a encontrar en situaciones similares a las que produjeron esa respuesta. En el TEPT, los factores desencadenantes de la respuesta de miedo, son relativamente no específicos, por lo que una sobreviviente de tortura, al ver un programa de televisión que contenga escenas de agresión e indefensión, será estímulo suficiente para detonar *flashbacks* y emociones primarias (Brewin, 2003). En contraste, la memoria VAM, es mucho más compleja. Las mismas señales son almacenadas y pasadas a través de la corteza cerebral, cuya evolución es mucho más reciente. Esta información es analizada con mayor detalle y es procesada en el hipocampo, y si es adecuadamente procesada, lentamente será transferida a la memoria

autobiográfica de largo alcance. El procesamiento de la información en el hipocampo, da lugar a la integración de representaciones de la experiencia de un modo coherente, ubicada en un contexto espacial y temporal adecuado. No obstante, la información puede llegar a la amígdala por otras rutas, independientemente del hipocampo. Esta memoria producida por vías alternas, no estará disponible de manera deliberada, como tampoco podrá ser localizada dentro de un contexto temporal espacial más amplio.

Brewin (2001) propone que para disminuir las consecuencias del suceso traumático, habrá que integrar de manera consciente la memoria VAM con las creencias preexistentes y los esquemas que se tengan del mundo, de los demás y de sí mismo, cambiándolas para finalmente construir juicios más adecuados sobre esos mismos esquemas. Además Brewin et al. (1996) consideran que se necesitará activar la memoria SAM, mediante la exposición a los momentos más intensos del trauma, previniendo de esta manera la reactivación automática de esas memorias traumáticas.

Estos autores además sugieren la intervención en el TEPT mediante la integración de los dos sistemas de representación de la experiencia traumática y ayudar a la transferencia entre los dos tipos de memorias. Para lograr esta acción, sugieren una combinación de dos técnicas específicas: es preciso aplicar técnicas cognitivas que favorezcan la reevaluación de los sentimientos que se han originado a través de la experiencia del trauma, es decir, de la culpa, desesperanza e indefensión. En combinación, también recomiendan las técnicas de exposición centradas principalmente en las lagunas del trauma, para lograr la desaparición gradual del miedo generado por el evento traumático y conseguir la verbalización de las experiencias traumáticas (Brewin, 2001).

15. PROPUESTA ESPECÍFICA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRÉS PROSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Está bien documentado el hecho de que la violencia contra las mujeres tiene un alto impacto en la salud física mental de las mujeres maltratadas. Asimismo, continua siendo un problema grave de salud pública, que acarrea consecuencias a corto y largo plazo en la salud mental de las mujeres que son víctimas de ello (Blasco-Ros et al., 2010; Aguirre, 2010). Por otra parte, investigaciones desde 1991 han demostrado consistentemente que el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico que mejor puede predecir el conjunto de síntomas que presentan las mujeres maltratadas (Woods, 2005; Golding, 1999; Echeburúa et al., 1997; Gleason, 1993). Además del padecimiento del TEPT, las mujeres maltratadas suelen manifestar síntomas de otros trastornos, como depresión, baja autoestima, cogniciones postraumáticas e inadecuado nivel de adaptación a la vida cotidiana, asociados a la cronificación y repetición de la violencia. Un factor importante en el sostenimiento de estos síntomas, es el hecho de que la violencia se genere en un ambiente que idealmente debería significar seguridad y protección y que se produzca manos de la persona que se esperaría mayor confianza y afecto (Alonso, 2007).

Por otra parte, aunque ha aumentado el interés en el tema, aún son escasas las investigaciones sobre tratamientos que evalúen el TEPT en víctimas de violencia doméstica (Alonso, 2007; Rincón, 2003) y en los existentes, se encuentra escasa validez interna y falta de estandarización de los programas aplicados, falta de grupo de control y falta de resultados sobre la eficacia empírica de esas intervenciones (Alonso, 2007).

Son estas consideraciones las que llevan a reflexionar acerca de la necesidad de la aplicación de intervenciones con métodos más rigurosos dirigidas a la evaluación y alivio de las características de la sintomatología postraumática y concomitante de este grupo de población.

Por tal razón, el objetivo de este trabajo, es evaluar el programa de intervención terapéutica para estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica diseñado por Paz Rincón (2003) destinado específicamente a considerar el desarrollo del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica. El diseño incluye técnicas de

exposición, técnicas cognitivas y considera las necesidades de adaptación al medio al que se ven expuestas estas mujeres. La autora de este modelo, se fundamenta principalmente en un modelo teórico sólido basado en la Teoría de la Representación Dual de Brewin, al considerarlo el más adecuado para abordar específicamente al TEPT.

15.1. Propuesta de programa de tratamiento:

La idea de llevar a cabo este programa de tratamiento surge principalmente, por la inexistente evaluación empírica de tratamientos de intervención para el estrés postraumático en los centros de atención que atienden mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez, aun cuando esta región sea reconocida a nivel mundial por la violencia social que impacta inevitablemente a las mujeres de la ciudad, y que conduce a la necesidad inminente de intervenciones de este tipo. Cabe hacer notar, que en las asociaciones e instituciones dedicadas a brindar atención terapéutica a las mujeres que experimentan este tipo de problemas, no cuentan con programas de intervención que se rijan por el rigor metodológico que las oriente a conocer el resultado preciso del tipo de intervención psicológica que ofrecen. Al conocer las características y los resultados del programa de Rincón (2003) y después los resultados del estudio de Alonso (2007) para mujeres víctimas de maltrato doméstico, en los cuales hubo mejorías en variables que miden la autoestima, depresión, cogniciones postraumáticas e inadaptación a la vida cotidiana, se consideró adecuado evaluar la eficacia de ese programa de intervención en la sintomatología postraumática de las mujeres juarenses, con la finalidad de paliar las graves consecuencias que estas mujeres experimentan a través del maltrato. En ambas intervenciones hubo remisión considerable de los síntomas del TEPT, así como una mejoría considerable en los síntomas concomitantes.

Para Rincón (2003) surgió la necesidad de implementar un programa de tratamiento terapéutico, considerando que la violencia doméstica se diferencia de otro tipo de eventos traumáticos al ocurrir en el hogar, lugar donde se supone que las personas encontrarían seguridad y protección, lo que somete a las víctimas a una desestructuración de su visión del mundo como un lugar organizado y seguro. Asimismo, cuestionó la utilización del uso exclusivo de las técnicas de exposición como herramienta eficaz, ya que las mujeres que experimentan violencia, no sólo se ven sometidas al aislamiento por parte de su pareja, sino

también se tiene la necesidad de reestructurar la visión que estas mujeres tienen de sí mismas y de su entorno. Además, esta autora considera la necesidad de brindar las herramientas necesarias que ayuden a reorganizar una nueva red de contactos y recursos, mismos que a merced de la violencia, se ven casi nulificados. De esta manera, desarrolla un programa terapéutico basado en los resultados experimentales de intervenciones terapéuticas que considerasen el TEPT en las víctimas de violencia doméstica, sostenido por un marco teórico sólido que aborda específicamente el trastorno de estrés postraumático.

El programa que se evalúa en esta investigación está formulado bajo el formato de tratamiento grupal, que provee de las ventajas para el tipo de víctimas a tratar, ya que permite a las mujeres darse cuenta que no son las únicas en experimentar los malos tratos, que existen otras muchas mujeres en similar situación, y que sus reacciones emocionales son compartidas a través de la experiencia de las demás. Además, la terapia grupal les ayuda a crear nuevas redes de apoyo, o aumentar las que ya tenían en sus referentes. El programa de tratamiento consta de cuatro componentes:

1. Psicoeducación, que a través de obtener información acerca del ciclo de la violencia, permite que la mujer comprenda que es la experiencia de violencia que está viviendo, y establezca un marco de referencia para conducir sus acciones y reacciones al confrontar los actos violentos. Explica también el programa de intervención y sus objetivos terapéuticos.
2. Entrenamiento en control de la activación, se explica y se entrena a las participantes en la técnica de control de la respiración, con el objetivo de reducir la hiperactivación fisiológica que presentan las mujeres víctimas de maltrato, disminuyendo su nivel de irritabilidad y respuestas de alarma. Se consigue de la misma forma, mejorar la calidad del sueño y su capacidad de concentración.
3. Terapia cognitiva, se emplea la detención de pensamiento, reevaluación cognitiva y entrenamiento en solución de problemas, con el objetivo de trabajar en las emociones secundarias, como la culpa, las relacionadas con baja autoestima e indefensión, desesperanza que se producen a través de la experiencia de maltrato. El cuarto y último componente es la terapia exposición. Basada en la recomendación que Brewin et al. (1996) extiende en cuanto a seguir su orden y aplicación, es decir, incluir en el tratamiento para el TEPT, la terapia cognitiva primero y

después la terapia exposición. Respetar este orden de aplicación imposibilita que las emociones negativas secundarias, como la culpa o desesperanza, suscitadas durante la evaluación consciente del trauma bloqueen la habituación al miedo y dificulten el reprocesamiento verbal de las memorias traumáticas durante la terapia exposición. Por lo tanto, las técnicas cognitivas serán utilizadas antes de la terapia exposición, para tratar las emociones negativas secundarias.

Es de esta manera, que se propone la validación en población mexicana, de este programa de intervención llevado a cabo originalmente en población española, con el objetivo fundamental de mitigar las secuelas producidas a nivel psicológico por los efectos que la violencia doméstica ha dejado en estas mujeres. Por lo tanto, se busca aminorar el trastorno de estrés postraumático y su sintomatología concomitante, además de lograr su reincorporación de manera funcional a la vida cotidiana al disminuir la sensación de malestar subjetivo producido por la violencia insertada en sus vidas.

15.2. PARTE EMPÍRICA

El objetivo general de este estudio se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

15.2.1. Objetivos

1. Instaurar un programa de intervención en modalidad grupal, para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático y sintomatología concomitante en mujeres víctimas de violencia doméstica.

2. Evaluar al postratamiento, los cambios experimentados en la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante, es decir, en depresión, autoestima, niveles de inadaptación, cogniciones postraumáticas y cambio percibido en las mujeres víctimas de violencia doméstica al terminar la intervención terapéutica.

3. Evaluar en los seguimientos llevados a cabo al mes, tres, sexto mes de terminada la intervención, los cambios experimentados por las mujeres víctimas de violencia doméstica en sintomatología postraumática y sintomatología concomitante, es decir, en depresión, autoestima, niveles de inadaptación, cogniciones postraumáticas y cambio percibido

15.2.2. Hipótesis

Las hipótesis son:

Hipótesis I: Si el tratamiento resulta más eficaz que el no tratamiento,

entonces:

H11: Habrá una reducción significativamente mayor de síntomas del trastorno de estrés postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica asignadas al grupo experimental (en este estudio será considerado como el grupo tratamiento), al postratamiento en comparación con el grupo control (en este estudio será considerado como el grupo de no tratamiento), en las escalas de:

- Reexperimentación
- Evitación
- Hiperactivación
- Escala Global del TEPT

H12: Habrá una reducción y/o mejora significativamente mayor de síntomas concomitantes al TEPT al postratamiento en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en comparación con el grupo no tratamiento en las siguientes variables:

- Depresión
- Cogniciones postraumáticas
- Nivel de autoestima
- Nivel de adaptación

H13: La reducción significativa de síntomas del TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres y sexto mes en las mujeres asignadas al grupo tratamiento en las siguientes escalas:

- Reexperimentación
- Evitación
- Hiperactivación
- Escala Global del TEPT

H14: La reducción y/o mejora significativa de síntomas concomitantes al TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres y sexto mes en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en las siguientes variables:

- Depresión
- Cogniciones postraumáticas

- Nivel de autoestima
- Nivel de adaptación

16. MÉTODO

16.1. Diseño

Para este estudio se utilizó un diseño cuasi experimental de dos grupos independientes: grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento, con medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos al primero, tercero y sexto mes, en las que sólo en las evaluaciones pretratamiento y postratamiento hay una condición de no tratamiento.

16.1.2. Variables

16.1.3. Variable independiente

La intervención psicológica llevada a través del programa de tratamiento para el tratamiento del TEPT en las mujeres víctimas de violencia doméstica, es la variable independiente en este estudio y adopta dos niveles:

- a.** Tratamiento psicológico (en el grupo de tratamiento).
- b.** No tratamiento (grupo no tratamiento).

En este estudio, el grupo de no tratamiento fungió a manera de grupo control. Dada la urgencia de tratamiento que requieren las víctimas de violencia doméstica por el sufrimiento psicológico que presentan, este grupo se conformó con mujeres que aun cuando cumplieron con los criterios de inclusión y después de la evaluación pretratamiento, por razones ajenas a la investigación, no pudieron incorporarse en esos momentos al tratamiento. Se les solicitó la oportunidad de poder llevar a cabo una segunda evaluación pretratamiento, después de transcurridas las ocho sesiones semanales que se requieren para llevar a cabo la intervención. Durante estos dos meses, este grupo de mujeres no recibió ningún tipo de tratamiento psicológico. Sin embargo, una vez que se

realizó la segunda evaluación pretratamiento, fueron atendidas por los terapeutas de cada centro de atención psicológica especializada en víctimas de violencia doméstica, cumpliendo de esta manera, con las cuestiones éticas de atender a estas mujeres cuando requieren de atención.

16.1.4. Variables dependientes:

1. *Sintomatología del TEPT*, medido a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997) en el postratamiento y en los seguimientos antes señalados, y en los que se miden con:

- a. Una puntuación global del TEPT
- b. Tres puntuaciones específicas, que corresponden a las tres dimensiones del TEPT:
 - Reexperimentación.
 - Hiperactivación.
 - Evitación

2. *Sintomatología concomitante y variables de adaptación:*

- a. Depresión.
- b. Autoestima.
- c. Cogniciones postraumáticas:
 - Una puntuación global.
 - Tres puntuaciones específicas, que corresponden a cogniciones sobre el

mundo, sí mismo y autoinculpación.

- **d. Inadaptación:**
- Una puntuación global.
- Seis puntuaciones específicas, que indican el nivel de adaptación cotidiana en diferentes áreas: laboral y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general.

3.- Adherencia al tratamiento, donde se consideraron tres indicadores:

a. Abandono del tratamiento: se trató como variable cualitativa nominal con dos niveles; abandono y no abandono, durante el tratamiento o el seguimiento.

b. Asistencia a sesiones: variable cuantitativa del número de sesiones al que asistieron las participantes del estudio.

c. Cumplimiento de tareas: variable cuantitativa del número de tareas establecidas para realizar en casa por parte de las participantes en el estudio.

16.1.5. Variables extrañas

- **Terapeuta:** La constancia fue aplicada para controlar esta variable. Todos los tratamientos y la mayoría de los seguimientos fueron llevados a cabo por la autora de esta tesis doctoral. Algunas de las evaluaciones de seguimiento, fueron realizados por psicólogas que laboran dentro de los centros especializados en la atención a víctimas de violencia doméstica. Estas evaluaciones, se realizan siguiendo un protocolo estandarizado, llevado a cabo mediante cuestionarios.

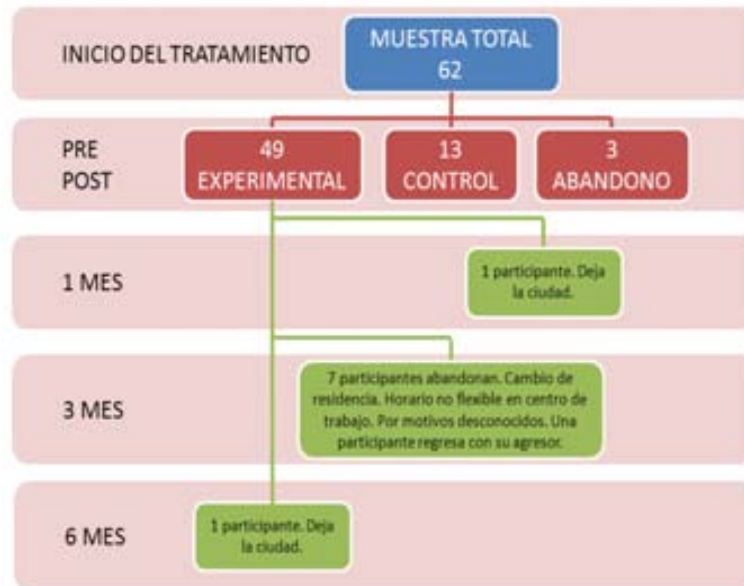
- **Otras variables:** El control de otras variables que podría actuar como variables extrañas, como la historia del maltrato (frecuencia de la violencia, si vive o no con el agresor, etc.) y las sociodemográficas (edad, nivel educativo, domicilio, etc.) se llevó a cabo mediante el análisis de los resultados.

16.2. PARTICIPANTES

Se evaluó a 104 mujeres víctimas de violencia doméstica, de las cuales, 18 no cumplieron los criterios establecidos para el trastorno de estrés postraumático; 11 fueron excluidas por abuso del alcohol, 8 por intento reciente de suicidio y 5 por ser ellas las agresoras dentro de la relación de pareja. Por esas razones, no fueron partícipes del programa de tratamiento. De cualquier manera, estas mujeres fueron atendidas de manera individual y pertinente, en los centros de atención de los cuales habían sido derivadas. La muestra con la que se realizó este estudio, estuvo constituida por 62 mujeres que buscaron ayuda por ser víctimas de violencia doméstica por parte de su esposo o pareja, y que según los criterios del DSM-IV-TR, cumplieron el diagnóstico de TEPT.

De las 62 mujeres que finalmente iban a ser parte de la intervención, 13 de ellas, al realizarse los acuerdos de horarios para iniciar la terapia grupal, por diversas razones se declararon no capaces para poder asistir. Se les comunicó que podrían ser atendidas bajo terapia individual, aunque al enterarse de que el tratamiento ofrecido por las terapeutas de los centros donde se estaba trabajando eran diferente al que se les había ofrecido para atender los síntomas del estrés postraumático. Solicitaron esperar a la formación de nuevos grupos e incluirse en ellos. De esta manera se divide en 49 participantes en el grupo de tratamiento y 13 en el grupo de no tratamiento. En la siguiente figura se describe gráficamente, la colaboración de las mujeres en este estudio.

Fig. 4. Comportamiento de la muestra durante el pretratamiento, postratamiento y seguimientos.



16.3. MATERIAL E INSTRUMENTOS.

Para llevar a cabo la terapia, se utilizó el programa de intervención terapéutica para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica desarrollado por Paulina Paz Rincón (2003) que se encuentra en el anexo....:

16.3.1. Entrevistas:

- ***Ficha de antecedentes personales.***

En formato autoaplicado. Se basa en la entrevista elaborada por Rincón (2001) donde se recopilan antecedentes sociodemográficos de las mujeres.

- ***Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.***

Está basada en dos fuentes: en la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994. En Echeburúa y Corral, 1998) y en la de Labrador y Rincón (2002). Recoge información sobre el tipo, las características y las circunstancias del maltrato, la historia previa de victimización o de enfermedad, la disponibilidad de redes de apoyo y la exposición a otros acontecimientos traumáticos, entre otros aspectos. La entrevista incluye el *Cuestionario de Alcoholismo CAGE* (Mayfield, McLeod y Hall, 1974.)

- ***Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático:*** Es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada con preguntas cerradas, que evalúa los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV TR (presencia de 1 síntoma en la escala de reexperimentación, de 3 en la de evitación y de 2 en la de activación, siempre que haya transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático).

Ha sido estructurada con un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51

en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 en la escala global. Los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación: 5 puntos; evitación: 6 puntos; y aumento de la activación: 4 puntos.

Esta escala ha sido validada en población española, en dos grupos de sujetos compuestos por una muestra clínica y otra normativa. El alfa de Cronbach obtenido en el conjunto total de sujetos fue de 0,92

En cuanto a la validez de esta escala, se ha establecido en términos de validez de contenido, convergente y de constructo. La de contenido se ha definido por medio de la determinación del grado en que los ítems de la escala cubren los criterios diagnósticos DSM-IV TR referidos al cuadro clínico estudiado. La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos de dicho manual. En la validez convergente se ha establecido, por un lado, una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del trastorno por estrés postraumático, según el diagnóstico categorial del DSM-IV TR, en la muestra total de sujetos, con el resultado de una correlación alta y significativa ($r = 0,82$; $p < 0,001$). Además, se ha correlacionado con la puntuación total de la escala con el instrumento *Escala de Impacto de los Sucesos (IES)*, de Horowitz et al. (1979), siendo la correlación resultante de 0,77 ($p < 0,001$).

La validez de constructo se ha establecido correlacionando la puntuación de la escala global del instrumento con otros síntomas psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, como la depresión, ansiedad, y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Así, la correlación entre la puntuación global obtenida en la escala y el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, es de 0,54 ($p < 0,001$); con la *Escala de Depresión de Hamilton* es de 0,60 ($p < 0,001$); con el *Inventario de Ansiedad-Estado (STAI)*, es de 0,62 ($p < 0,001$); y con la *Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo* es de 0,48 ($p < 0,001$).

La eficacia diagnóstica de la escala es de 95.4%, con una sensibilidad del 100% y una especificidad de 93.7%.

▪ ***The Structured Clinical Interview for DSM- IV - Clinical Version (SCID-I).*** (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1977). Es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV (APA, 1994). Debido a la exhaustividad de la SCID en su versión para el DSM-III-R, que la hacía demasiado larga y compleja, se dividió para el DSM-IV en dos versiones: la versión clínica y la versión para la investigación. Para este estudio ha sido aplicada la versión clínica (SCID-VC). La SCID-VC se divide en seis módulos relativamente independientes, cuyo orden de aplicación permite ser alterado por el clínico, incluso, prescindir de alguno de ellos en determinadas circunstancias. En concreto, para este estudio se ha utilizado la versión en castellano del módulo *F* para evaluar los trastornos de ansiedad y, más específicamente, la presencia de un trastorno de pánico, trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia social, fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada.

- **16.3.2. Instrumentos de autoinforme**

- ***Beck Depresión Inventory, BDI.***

“Inventario de Depresión de Beck” (Beck Rusch, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997), y modificada para su utilización en población femenina (Rincón, 2003). Los ítems de este inventario, se refieren al estado de ánimo, pesimismo, deseo suicida, abandono social, indecisión y pérdida de peso, entre otros, prevaleciendo el elemento cognitivo de la depresión sobre los componentes fisiológicos o conductuales.

Los ítems están estructurados en una escala tipo *Likert* con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3), que el sujeto debe elegir dependiendo de cómo se ha sentido durante la última semana. El rango del instrumento es de 0 a 63 y el punto de corte más utilizado para diferenciar entre población sana y población aquejada de sintomatología depresiva es de 18. El inventario ha sido validado en población española, mostrando buenas propiedades psicométricas. Posee una fiabilidad test-retest que fluctúa entre .60 y .62. En el estudio de Vázquez y Sanz (1997) con población general encontraron una elevada consistencia interna (coeficiente alfa = .83). En otro estudio de estos mismos autores (Vázquez y Sanz, 1999), realizado con pacientes no hospitalizados con diversos trastornos psicopatológicos, el coeficiente alfa de fiabilidad fue de 0.90.

Ha demostrado ser un instrumento de medida muy sensible al cambio terapéutico, cuyo objetivo es identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. No obstante, no es útil para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de tipos de depresión, ya que no es un cuestionario diagnóstico. La versión española del BDI parece tener propiedades psicométricas aceptables, que recomiendan inicialmente su uso como instrumento de cuantificación de la sintomatología depresiva (Vázquez y Sanz, 1997, 1999).

- ***Escala Autoestima*** (de Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988).

Esta escala evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene para consigo misma. Consta de 10 ítems, estructurados en una escala tipo *Likert*, 5 de ellos planteados de forma positiva y 5 de forma negativa, con el objeto de controlar la aquiescencia. Tiene cuatro categorías de respuesta, que oscilan de 1 (“muy de acuerdo”) a 4 (“en completo desacuerdo”). El rango del cuestionario varía entre 10 y 40, con una puntuación mayor cuanto mayor es el nivel de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977) es de 29. Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, la fiabilidad test-retest es de 0.85 con estudiantes universitarios y la validez convergente y discriminante es satisfactoria: 0.67 con el *Kelly Repertory Test*, 0.83 con el *Health Self-Image Questionnaire* y 0.56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al., 1994).

- ***Escala de Inadaptación (EI)***

(Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es una escala de evaluación autoaplicada, que consta de seis ítems o subescalas, cinco de ellos referidos a áreas concretas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar, y un sexto ítem referido al grado de inadaptación con una valoración global. Cada uno de ellos se evalúa en una escala tipo *Likert* que oscila de 0 a 5. El rango de la escala total oscila de 0 a 30; a mayor puntuación mayor es el nivel de inadaptación. El punto de corte propuesto es de 12 para la escala global y de 2 para cada subescala (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

Este instrumento ha sido aplicado y validado en diferentes cuadros clínicos, entre ellos el TEPT, con propiedades psicométricas satisfactorias y resultados valiosos para su utilización en el ámbito clínico. El índice de consistencia interna, arroja un coeficiente alfa de Cronbach para la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) de 0.94.

La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y es de un 97% en el ítem global, con una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100%, respectivamente.

- ***The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI).***

“Inventario de Cogniciones Postraumáticas” (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999b; Traducción de Rincón, 2001). El propósito de este inventario es evaluar las cogniciones negativas generadas tras la experiencia del trauma en aquellas personas víctimas de un acontecimiento traumático. Es un instrumento de evaluación autoaplicado, compuesto de 36 ítems que representan tres factores principales: cogniciones negativas a cerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y autoculpabilización por lo sucedido. Los ítems, estructurados en una escala de tipo *Likert*, con siete categorías de respuesta, que fluctúan desde 1 que equivale a “totalmente en desacuerdo” hasta 7, que equivale a “totalmente de acuerdo”. La puntuación global acumula la suma de estas tres subescalas, siendo que a mayor puntuación mayor el nivel de cogniciones traumáticas. Por otra parte, en cuanto a las características psicométricas, tanto sus tres escalas específicas como la escala global muestran una excelente consistencia interna, con puntuaciones obtenidas mediante el alfa de Cronbach superiores a 0.86 en todas ellas y una fiabilidad test-retest superior a 0.70 en un intervalo de una semana y superior a 0.80 en un intervalo de tres semanas.

- ***Cage Alcohol Interview Schedule***

“Entrevista de Consumo de Alcohol *CAGE*”. (Mayfield, Mc Leod y Hall, 1974). Consiste de un cuestionario de *screening* que detecta la mayoría de los problemas con el alcohol. Fue especialmente diseñado para cuando las personas acuden a entrevista médica. Es un instrumento autoaplicado, compuesto de cuatro ítems con dos alternativas de respuestas: sí/no, de donde se sustrae la información acerca de la idea de dejar de beber, si existen molestias por las críticas por la forma de beber, sentimientos de culpabilidad asociados a la bebida y la necesidad de beber por las mañanas. El punto de corte es propuesto con dos o más respuestas positivas; cuando puede ser considerado un problema con el abuso del alcohol. En

1986, Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez realizaron un estudio de validación española, obteniendo resultados altamente satisfactorios: 96% de sensibilidad y 100% de especificidad.

- ***Escala de Cambio Percibido*** (Echeburúa y Corral, 1988).

Esta escala tiene como objetivo evaluar la percepción del sujeto sobre la manera en que se va percibiendo su propio cambio durante el transcurso del tratamiento desde una perspectiva global. La escala está estructurada en un formato de tipo *Likert*, con una puntuación que oscila entre 1 que equivale a “mucho peor” y 7, que equivale a “mucho mejor”.

- **Programa de Tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica.** (Rincón, 2003).

Tratamiento psicológico para mujeres en situación de maltrato. Es un programa breve de 8 sesiones de 90 minutos cada una, en modalidad grupal, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia exposición.

16.3.3. Material utilizado durante el tratamiento

Los materiales que se utilizaron durante la intervención fueron integrados por varios registros, autorregistros y tareas que las participantes podían cumplimentar en casa, y cuya función era la práctica de las técnicas empleadas en cada sesión. A continuación se detallan, y en el apartado de anexos se pueden consultar la totalidad de los materiales empleados en esta investigación.

▪ Autorregistros

- Autorregistro de actividades gratificantes.
- Autorregistro de definición de problemas.
- Autorregistro de detención de pensamiento.
- Autorregistro de ejercicio de control de respiración.
- Autorregistro de situaciones evitadas.
- Autorregistro de situaciones problemáticas.
- Autorregistro de solución de problemas.
- Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas.
- Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida.
- Hoja A-B-C.
- Hoja A-B-C-D.
- Relato de una situación de violencia doméstica.
- Autorregistro de síntomas de reexperimentación.

▪ **Registros**

Se utilizaron dos registros para medir el comportamiento de las participantes en terapia:

- Registro de asistencia a cada una de las sesiones terapéuticas.
- Registro de cumplimiento de tareas.

▪ **Material psicoeducativo**

Se proporcionó a las participantes materiales psicoeducativo, que incluye información revisada durante las sesiones, que se requería leer para participar y comentar durante las sesiones posteriores. Se describe a continuación:

- Tríptico de violencia doméstica.
- Tríptico de autoestima.
- Tríptico de solución de problemas.
- Hoja informativa para el entrenamiento en control de la respiración.

▪ **Otros materiales** Durante el desarrollo de la terapia, también se utilizaron

otros materiales:

- Grabadoras digitales (para las tareas de exposición y posterior uso en casa.)
- Mantas y colchones.
- Pizarra y rotulador.

- Lápices y hojas.
- Hojas con normas para el grupo.
- Hojas de compromiso terapéutico.
- Hojas para evaluación cualitativa del tratamiento.

16.4. PROCEDIMIENTO

16.4.1 Captación de participantes

Las mujeres que participaron en este estudio, fueron derivadas de diferentes instituciones y centros que se ocupan de atender a víctimas de violencia doméstica. Se contactó con las directoras, a quienes se les presentó el proyecto de intervención, explicando el objetivo del tratamiento, es decir, atender a mujeres que padecieran el trastorno de estrés postraumático por ser víctimas de violencia doméstica. Se repartieron pósters con la información precisa del tratamiento y con la información de contacto de la autora de esta tesis, para su difusión. De estas presentaciones, surgieron los compromisos con el *Centro Mujeres en Situación de Violencia, A.C. (MUSIVI)*, el refugio *Sin Violencia, A.C. (SINVIAC)*, *Instituto Chihuahuense de la Mujer (ICHIMU)*, *Centro de Justicia para Mujeres (CEJUM)*, *Sembradores de Paz de Ciudad Juárez* y el *Centro de Atención a Personas en Situación de Violencia Familiar y Sexual (CAER)*. En todos los centros e instituciones, se estableció el contacto primero, después se impartió una charla informativa a las mujeres que previamente habían sido contactadas y que mostraron interés en el tratamiento. Se les explicó sobre la violencia doméstica y su relación con el estrés postraumático y sus consecuencias para la salud física y psicológica. Todos los contactos, las presentaciones y pláticas informativas, fueron llevados a cabo personalmente por la autora de esta tesis. Las instituciones y centros de donde se derivaron las mujeres, facilitaron sus propias dependencias y en todos los casos, las charlas, la evaluación, la intervención y el seguimiento fueron llevados a cabo en esas mismas instalaciones y estuvieron a cargo de la autora de esta investigación.

16.4.2. Evaluación pretratamiento

Después de haber establecido las citas vía telefónica con cada una de las interesadas, se llevó a cabo la evaluación pretratamiento, con aproximadamente una hora y media de duración. Una vez establecido el primer contacto, y las presentaciones oportunas, se aplicó la batería de evaluación, en el orden siguiente: Ficha de antecedentes personales, Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, para seguir con la Entrevista Estructurada para el Diagnóstico DSM-IV de Trastornos de Ansiedad. Después de un receso de diez minutos, se le pedía a la entrevistada que respondiera el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Inadaptación y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Con la información recabada de esta evaluación, se aplicaban los criterios de inclusión y exclusión. A las participantes incluidas se les explicaba en qué consistía el tratamiento y se les aseguraba que tan pronto estuviera el grupo formado, se les llamaría para iniciar la intervención. Con anterioridad se les había preguntado el horario más conveniente para asistir a terapia, y así se procedió a la formación de los grupos según la disponibilidad de las participantes. A aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión, se les ofreció atención psicológica dentro del centro o institución del que fueron derivadas. Cabe hacer notar que el inicio de la intervención para todos los grupos, se llevó a cabo a la semana siguiente de la evaluación, dada la inmediatez requerida para la atención al tipo de problema que sufren estas mujeres.

16.4.4. Tratamiento

Ya una vez conformados los grupos, se inició el tratamiento, aplicado en modalidad grupal. Consta de ocho sesiones semanales, con una duración de una y media a dos horas por cada sesión. Se compone de la siguiente manera y en este orden específico: Psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia exposición. En la siguiente tabla se enlistan las técnicas y componentes seguidos a través del programa de intervención. En el apartado de anexos se presenta el manual completo del tratamiento.

Fig 5. Componentes de programa de tratamiento



16.4.5. Evaluación postratamiento

La evaluación postratamiento se llevó a cabo una vez transcurridas las ocho sesiones, para lo cual, se utilizaron los mismos instrumentos y en el mismo orden que en la evaluación pretratamiento, además de la Escala de Cambio Percibido, misma que se aplicó desde la segunda y hasta la octava sesión de la intervención.

16.4.6. Seguimiento

Para llevar a cabo el seguimiento correspondiente al mes, tres y sexto mes de terminada la intervención, se aplicaron los mismos instrumentos que en la evaluación pre y postratamiento.

17. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el Statistical Package Social Science (SPSS) versión 19.0, para el análisis de los resultados de este estudio.

18. RESULTADOS

18.1. Características sociodemográficas de la muestra.

Análisis de diferencia de los datos sociodemográficos.

Se analizaron los siguientes datos sociodemográficos en los dos grupos de mujeres participantes del estudio: edad, estado civil, nivel educativo, número de hijos, profesión y clase social subjetiva. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos (ver tabla 18.1).

Tabla 18.1. Variables sociodemográficas de la muestra total

Variable	Medias (DT) o porcentajes gpo. Tratamiento	Medias (DT) o Porcentajes gpo. No tratamiento	Análisis Estadístico t/ χ^2	p
Edad	36.88 (10.38)	35.23 (9.11)	-0.52	0.61
Tiene hijos (%)				
Sí	93.9	92.3	0.04	0.84
No	6.1	7.7		
Número de Hijos	2.45 (1.12)	2.38 (1.26)	-0.18	0.86
Estado Civil (%)				
Solteros	24.5	38.5	8.62	0.13
Casados	26.5	15.4		
Viudos	0	7.7		
Separados	22.4	0		
Unión Libre	18.4	23.1		
Divorciada	8.2	15.4		
Nivel Educativo (%)				
Sin estudio pero lee y escribe	4.1	0	5.59	0.23
Est. básicos	26.5	38.5		
Est. secundarios	42.9	23.1		
Preparatoria o Bachiller	10.2	30.8		
Estudios universitarios	16.3	7.7		
Estudios postgrado	0	0		
Profesión (%)				
No	77.6	84.6	1.07	0.59
Sí	18.4	7.7		
Técnicas medio	4.1	7.7		
Ocupación (%)				
Amas de casa	51.0	61.5		
Obreras	14.3	7.7		
Vendedoras	14.3	15.4		
Profesionistas	8.2	7.7		
Domésticas	6.1	0		
Oficinista, técnicas, supervisoras	4.1	7.7		
Estudiantes	2.0	0		
Clase social subjetiva (%)				
Baja	46.9	30.8	1.10	0.58
Media baja	34.7	46.2		
Media	18.4	23.1		
Media alta	0	0		
Alta	0	0		

De igual manera, se procedió para obtener los resultados de las circunstancias de historia del maltrato (y los datos relacionados con la historia de violencia como los de convivencia con el agresor, dependencia económica del agresor, tiempo transcurrido a partir del primer incidente de violencia, tiempo desde que se experimentó el malestar psicológico, tipo de maltrato, frecuencia de maltrato, presencia de un trastorno psicológico por maltrato, haber recibido algún tratamiento psicológico por maltrato. Se analizaron posibles diferencias significativas entre los dos grupos, sin encontrarse ninguna (ver tabla 18.2.).

Edad

La edad media de la muestra de las participantes el grupo tratamiento o experimental de este estudio (N=49) es de 36.88 años (d.t.= (10.38). y de las participantes del grupo no tratamiento o control (N=13) es de 35.23 años (d.t.=9.11). Es decir, que las participantes de este grupo de mujeres son jóvenes.

Estado civil

El 24.5% de la muestra del grupo experimental estaban solteras al momento de participar en el estudio, mientras que un 26.5% estaban casadas, separadas de su pareja el 22.4%, en unión libre el 18.34% y el 8.2% divorciadas.

Número de hijos

El porcentaje de la muestra del grupo experimental que tenía hijos al momento del estudio fue de 93.9% con una media de 2.45 años (d.t.= 1.12). Por otra parte el porcentaje de las mujeres del grupo control que contaban con hijos fue de 92.3% con una media de 2.38 años (d.t.=1.26)

Nivel socioeconómico

De la muestra de mujeres pertenecientes al grupo experimental el 46.9% se consideran dentro del estrato socioeconómico bajo, el 34.7% se considera que pertenece al medio bajo, el 18.4% al estrato medio. De las mujeres pertenecientes al grupo control el 30.8% se considera

pertenecer al estrato socioeconómico bajo, el 46.2% al medio bajo, mientras el 23.1% considera que pertenece al estrato socioeconómico bajo. Es decir, que casi la mitad de las mujeres asignadas al grupo control pertenecen al estrato socioeconómico bajo, mientras que casi cerca de la mitad de las mujeres del grupo control pertenecen al estrato socioeconómico medio bajo.

Nivel educativo

En cuanto al porcentaje de educación académica con que cuentan las mujeres del grupo experimental, se encuentra que el 42.9% cuenta con estudios secundarios, mientras que las del grupo control el porcentaje con estudios secundarios es de 23.1%. Con estudios básicos se encuentra al 26.5% de las mujeres asignadas al grupo experimental, mientras que las del grupo control ocupan el 38.5% en el nivel básico de educación. Con estudios universitarios se encontró que el 16.3% de las mujeres dentro del grupo experimental cuenta con ellos, mientras que el grupo control de estas mujeres sólo ocupan el 7.7% del porcentaje de este grupo de la muestra. Finalmente, encontramos que el 10.2% de la muestra del grupo experimental cuenta con estudios de preparatoria y el 30.8% del grupo de mujeres del grupo control cuenta con este mismo tipo de estudios.

Se pueden apreciar que las mayores diferencias en los porcentajes en el nivel educativo de estudios de preparatoria se encuentran entre las mujeres del grupo control con un 20.6%. Respecto al nivel de estudios de secundaria el 19.8% del porcentaje mayor se encuentra sobre de las mujeres pertenecientes al grupo experimental.

Ocupación actual

Más de la mitad de la muestra del grupo experimental (51%) se desempeña como ama de casa, mientras que este porcentaje dentro de las mujeres del grupo control es de 61.5%. El 14.3% de las mujeres del grupo experimental trabaja como obrera a diferencia del 7.7% del grupo control. La ocupación de vendedoras ocupa el 14.3% de las mujeres del grupo experimental, mientras que las mujeres del grupo ocupa el 15.4%. Las profesionistas dentro del grupo experimental son del 8.2% a diferencia del 7.7% del grupo control. Dentro del

porcentaje de las mujeres del grupo experimental que se desempeñan dentro del servicio doméstico ocupan el 6.1% a diferencia del 0% de las mujeres del grupo control. El porcentaje agrupado bajo la variable de oficinista o técnicas ocupa el 4.1% de las mujeres del grupo experimental a diferencia del 7.7% de las mujeres del grupo control. Como estudiantes dentro de la muestra experimental ocupan el 2 % a diferencia del 0% dentro del grupo control.

Fuente de derivación

El 35.5% de la muestra total fue derivada del Centro de Atención a Mujeres en Situación de Violencia (MUSIVI), del refugio Sin Violencia, A.C. (SINVIAC) fue derivado un 17%, mientras que del Centro de Atención a Personas en Situación de Violencia Familiar y Sexual (CAER) ocupa un 21%; asimismo del Centro de Justicia para la Mujer fue derivado el 12.9%, un 4.8% del Instituto Chihuahuense para la Mujer (ICHIMU) y finalmente de la institución de Sembradores de Paz de Ciudad Juárez, fue derivado un 8.1% de la muestra total.

Redes actuales de apoyo social

El 69.4% de las participantes que pertenecen al grupo experimental cuentan con apoyo familiar, entendiéndose este como el apoyo otorgado por amigos y familiares, a diferencia del 46.2% del grupo de mujeres del grupo control. En lo que respecta al apoyo social, el 93.3% de las mujeres del grupo experimental y el 75.8% de las mujeres del control, afirman contar con el apoyo de las instituciones a las cuales han recurrido en busca de apoyo.

18.2. Variables de historia de violencia doméstica

Enseguida se describen las variables que caracterizan a la violencia doméstica, mismas que se encuentran en la tabla 15.2.

Tipos de violencia doméstica

De la muestra total de las mujeres participantes en el estudio, un 41.9% había experimentado violencia física, mientras que de la violencia física, psicológica, sexual, económica lo ha vivido 32.3% de las mujeres que componen este estudio. El tipo de violencia

psicológica lo conforman el 19.4% de la mujeres de la muestra, y de violencia sexual, económica y psicológica el 6.5%.

Duración de la violencia doméstica

El promedio de la duración de la violencia doméstica en esta muestra de mujeres es de 12.4 años, de dónde se puede observar la larga duración de la violencia, que ocupa el 35.5% en la medición de 15 años o más de permanencia de la violencia, mientras que el 17.7% a la duración de la violencia de 1 año, con lo cual se puede observar una gran variabilidad. El 16.1% corresponde a la duración de 11 a 15 años, 16.1% a la de 6 a 10 años, el 14.5% a la de 2 a 5 años.

Tabla 18.2. Historia y circunstancias de la violencia. Muestra total.

	N	%		N	%
<i>Frecuencia del maltrato</i>			<i>Asistencia médica por maltrato</i>		
Diario	27	43.5	No	49	79
Semanal	30	48.4	Sí	13	21
Mensual	5	8.1			
<i>Tipo de violencia doméstica</i>			<i>Asistencia médica debido a:</i>		
Física	26	41.9	Hematomas y contusiones	12	19.4
Psicológica	12	19.4	Curación por fracturas	23	37.1
Sexual, económica y psicológica	4	6.5	No aplica	27	43.5
Todos	20	32.3			
<i>Depende económicamente de él</i>			<i>Ha denunciado el maltrato</i>		
No	37	59.7	No	38	61.3
Sí	25	40.3	Sí	24	38.7
<i>Duración de la violencia doméstica</i>			<i>Salidas del hogar</i>		
1 año	11	17.7	No	23	37.1
2 a 5 años	9	14.5	Sí	39	62.9
6 a 10 años	10	16.1	<i>Apoyo social durante el maltrato</i>		
11 a 15 años	10	16.1	No	4	6.45
Más de 15 años	22	35.5	Sí	58	93.3
<i>Frecuencia de la violencia</i>			<i>Apoyo familiar durante maltrato</i>		
Diario	34	54.8	No	4	6.45
Semanal	18	29	Sí	58	93.3
Mensual	7	11.3			
Anual	3	4.8	<i>Violencia doméstica con pareja anterior</i>		
<i>Violencia doméstica en Familia de origen</i>			No	34	54.8
No	6	9.7	Sí	28	45.2
Sí	56	90.3			

Frecuencia de la violencia doméstica

Las consecuencias de la violencia doméstica se pueden apreciar en la frecuencia del maltrato sufrido a diario por las mujeres de esta muestra: el 54.8%, mientras que el 29% la habían experimentado semanalmente. El porcentaje restante se divide entre el maltrato vivido mensual y anualmente: 11.3% y 4.8% respectivamente.

Asistencia médica por lesiones producidas

La asistencia médica por las consecuencias de la violencia doméstica también arroja cifras contundentes: el 79% de la muestra total de las mujeres de este estudio había acudido a recibir atención médica para la atención a las lesiones producidas por el maltrato.

Denuncias

El 38.7% de las participantes había denunciado el maltrato, mientras el 61.3% se abstuvo.

Salidas del hogar

El 62.9% de las mujeres de este estudio se vio en la necesidad de salirse de su casa, con un promedio de 12.5 veces. El 19.4% lo ha hecho durante meses y definitivamente el 11.3%. El lugar más utilizado para quedarse es en casa de familiares, con un 41.9%.

Experiencias previas de maltrato con familia de origen y pareja previa

El 90.3% de la muestra de las mujeres de este estudio ha experimentado violencia en su familia de origen, mientras que el 45.2% la ha sufrido a manos de su pareja anterior.

Violencia doméstica hacia los hijos

El 69.4% de los hijos de estas mujeres, han sido testigos de la violencia doméstica, el 14.5% la ha presenciado y además ha sido víctima de la misma. El 8.1% ha sufrido violencia física y el 3.2% la ha experimentado de manera psicológica.

18.3. EXPECTATIVAS ACERCA DEL TRATAMIENTO

Para conocer las expectativas de las participantes del estudio acerca de la terapia, se analizó la última pregunta situada dentro de la entrevista semiestructurada que se les aplicó en la evaluación pretratamiento. Las respuestas fueron muy diversas, por lo cual se decidió concentrarlas en categorías de respuestas similares, tomando la primera opción de respuesta proporcionada por las propias participantes del estudio. Los porcentajes se pueden observar en la tabla 18.3.1

Tabla 18.3.1.Expectativas del tratamiento

Variable	N	%
Mejorar Autoestima	13	21
Lograr Tranquilidad	5	8,1
Superar Miedos	4	6,5
Ser mejores madres	6	9,7
Sanar	7	11,3
Bienestar de los hijos	5	8,1
Solución de problemas	5	8,1
Otros	4	6,5
Total	49	

19. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

19.1 PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO

19.1.2. Adherencia al tratamiento

Las variables utilizadas para analizar la adherencia a los tratamientos son las frecuencias y porcentajes del abandono de la terapia por parte de las participantes en los grupos terapéuticos, además de su comportamiento a través de la asistencia a las sesiones terapéuticas y cumplimiento de tareas. Esos datos se describen a continuación y se pueden consultar en la tabla 14.5.2.1 y 14.5.2.2.

Existieron tres casos de participantes que abandonaron el tratamiento por fuerzas de causa mayor. En otros casos, algunas de las mujeres participantes del estudio, argumentaron diversas razones que les impidieron ser parte de los grupos terapéuticos (esta circunstancia se aprovechó para la formación del grupo no tratamiento, cuyo proceso se describe en la sección de discusión). Los motivos fueron consecuencia de las condiciones de conflicto social imperante en la localidad, que obligó a algunas de ellas a dejar la ciudad. Para otras, fue la imposibilidad de acudir en el horario acordado, o dificultades económicas o de movilidad para trasladarse al lugar, lo que las imposibilitó para formar parte del estudio. Estos obstáculos presentados pueden considerarse como un índice de las dificultades para la formación y adherencia de grupos terapéuticos, sobre todo en ámbitos sociales conflictivos como en el cual se desarrolló esta investigación.

19.1.3. Asistencia a las sesiones

La asistencia a las sesiones del total de las participantes se puede observar en la siguiente tabla. 19.1.3 donde se aprecia que al total de las 8 sesiones del tratamiento, asistió el 73.5% de las participantes, un 24.5% a 7, y un 2% a 6 sesiones. Ninguna de las participantes asistió a menos de seis sesiones.

**Tabla. 19.1.3 Asistencia a sesiones
Grupo Experimental.**

Variable	N	%
Asistencia a las sesiones		
8 de 8	36	73.46
7 de 8	12	24.48
6 de 8	1	2.04

19.1.4. Cumplimiento de tareas

Esta variable se ha calculado a través del porcentaje de las 15 tareas en total que se asignaron para cumplimentar en casa. Al finalizar cada sesión se llevó el registro de tareas de cada una de las participantes. De las 15 tareas asignadas, el 32.6% de las mujeres de la muestra, cumplió con el 100% de ellas, 21 de ellas con el 42.8% y finalmente 12 de las participantes cumplieron con el 24.4% de las tareas para realizar en casa.

Tabla 19.1.4. Cumplimiento de tareas

Variable	N	%
Número de tareas		
Las 15 tareas en total	16	32.6
De 11 a 14	21	42.8
De 8 a 13	12	24.4

19.1.5. Variables dependientes

Trastorno de Estrés Postraumático

Uno de los criterios de inclusión al tratamiento, es la presencia de estrés postraumático en las mujeres que participaron en este estudio. Todas las participantes cumplieron con el diagnóstico del TEPT, según la versión revisada del DSM-IV-TR (ver tabla 19.1.5.)

Tabla 19.1.5. Diagnóstico TEPT. Muestra total
Diagnóstico TEPT

	Gpo. Tratamiento		Gpo. No tratamiento	
	(%)	N	(%)	N
Alto	100	49	100	13
Normal		0 (0)		0 (0)

20. RESULTADOS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Análisis de diferencia en el pre-tratamiento.

Se analizaron las diferencias entre los grupos en cada una de las escalas y subescalas: sintomatología postraumática (EGST), depresión (BDI), autoestima (EAR), cogniciones postraumáticas (ICP) e inadaptación (E.I.), en el pretratamiento (ver tabla 20). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos únicamente en la subescala de auto punición (ICP), encontrando medias más elevadas en el grupo experimental en comparación del grupo control.

Tabla 20. Análisis de varianza en pretratamiento psicológico en la muestra total.

Variables	F (p)	Media (DT) grupo tratamiento	Media (DT) grupo No tratamiento	d de Cohen
Escala Gravedad Síntomas del TEPT				
Escala Global	0.16 (0.69)	36.62 (7.01)	38.77 (5.13)	NA
Reexperimentación	2.48 (0.12)	11.76 (3.61)	10.08 (2.50)	NA
Evitación	0.66 (0.42)	15.47 (4.13)	16.46 (2.88)	NA
Hiperactivación	0.06 (0.82)	12.39 (2.08)	12.23 (2.35)	NA
Inventario de Cogniciones Postraumáticas				
Global	3.37 (0.07)	14.62 (2.75)	13.02 (2.95)	NA
Autopunición	4.83 (0.03)	3.91 (0.88)		0.69
Sí Mismo	0.90 (0.35)	4.33(1.16)	3.99 (1.18)	NA
Mundo	1.81 (0.18)	5.13 (1.22)	5.13(1.22)	NA
Escala de Inadaptación				
Total	0.39 (0.54)	24.33 (6.31)	25.46 (3.41)	NA
Trabajo/Estudios	0.60 (0.44)	3.65 (1.52)	4.00 (1.00)	NA
Vida Social	0.61(0.44)	3.90 (1.10)	4.15 (0.80)	NA
Tiempo Libre	0.04 (0.85)	4.22 (1.21)	4.15(1.07)	NA
Relación Pareja	1.60 (0.21)	4.39 (1.06)	4.77 (0.44)	NA
Vida Familiar	0.59 (0.45)	3.82 (1.51)	4.15 (0.90)	NA
Global	0.37 (0.54)	4.41 (0.96)	4.23 (0.83)	NA
BDI	0.11 (0.74)	31.51 (10.26)	32.62 (12.53)	NA
Escala de Autoestima	0.04 (0.85)	24.29 (5.06)	24.00 (3.65)	NA

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. NA: No aplica, ya que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. Estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

20.1. Sintomatología del Trastorno de estrés postraumático. Cambios pre-postratamiento.

Este índice, se refiere el estudio del cambio experimentado en la puntuación total del TEPT, para lo cual se llevó a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas, a través de dos factores: un factor inter-grupo (tipo de grupo) con dos niveles (el primero: grupo total de tratamiento (grupo experimental) y segundo: grupo de no tratamiento (grupo control); y un factor intra-sujeto (tiempo) con dos niveles de tratamiento: pretratamiento y postratamiento.

20.2 Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT

Se llevaron a cabo análisis de covarianza entre el grupo tratamiento y grupo no tratamiento para cada uno de los indicadores, en donde la evaluación pretratamiento se introdujo al análisis como covariable para así controlar las posibles diferencias. Las diferencias encontradas en la puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, así como en los puntajes de cada una de sus subescalas fueron estadísticamente significativas. Se observó que el grupo experimental tuvo una disminución considerable al postratamiento en sus niveles de síntomas de estrés postraumático a diferencia del grupo control (ver tabla 20.2)

Tabla 20.2. Análisis de Covarianza de postratamiento controlando con los puntajes del pretratamiento en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.

Variables	F (p)	Media (DT) G. experimental (n = 49)	Media (DT) G. control (n = 13)	d de Cohen*
EGST-Total	206.67 (<0.001)	13.43 (6.75)	41.23 (4.38)	-4.43
Reexper.	68.78 (<0.001)	4.35 (2.71)	10.69 (2.39)	-2.40
Evitación	157.82 (<0.001)	4.90 (3.45)	17.54 (1.71)	-4.07
Hiperact.	194.32 (<0.001)	4.37 (2.02)	13.08 (2.14)	-4.26

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta.

20.3 Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento

Se analizaron las diferencias de cada una de las variables evaluadas en los dos grupos en el pre y post-tratamiento y con ello, se observó el impacto que tuvo la terapia a través del tiempo. Asimismo, se realizaron análisis de la covarianza para cada una de las escalas y subescalas, introduciendo como covariable las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento para controlar por las posibles diferencias. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables (ver tabla 20.3.).

Se realizaron 17 análisis de covarianza de las escalas y subescalas para identificar diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Se observó mayor recuperación en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Posteriormente, se analizó el tamaño del efecto para cada variable mediante la d de Cohen con la que es posible observar la magnitud de la diferencia entre los grupos. Cohen (1977) muestra que un valor de d alrededor de 0,20 indica una diferencia pequeña, un valor de 0,50 indica una diferencia moderada, y una diferencia de 0,80 indica una diferencia grande. Al analizarse los valores de la d de Cohen en este estudio, se encontró que todas las diferencias fueron muy grandes usando los puntos de referencia antes mencionados (Cohen, 1977) en donde los rangos del tamaño del efecto de las variables oscilaron entre 1,30 a 4,43. Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reportó medias más altas y los valores de d negativos indican que el grupo control reportó medias más elevadas (ver tabla 20.3).

Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT)

En todas las variables se observaron diferencias significativas entre los dos grupos y específicamente en esta escala y sus subescalas, se encontraron diferencias altamente significativas. El grupo control reportó mayor sintomatología postraumática en comparación con el grupo experimental. El tamaño de efecto en la puntuación total del TEPT fue de $d = -4,43$, mientras que el rango del tamaño de efecto para las subescalas osciló entre: -2,40 a -4,26 (ver tabla 20.3).

Depresión (BDI).

Se observó que las medias del grupo experimental fueron significativamente más bajas en comparación a las del grupo control ($p < 0,001$). El tamaño de efecto fue de $d = -3.19$ indicando una diferencia muy grande entre los dos grupos. Al analizar las medias, el grupo control presentaba mayor sintomatología depresiva en comparación al grupo experimental (ver tabla 20.3).

Autoestima (EAR).

La media de autoestima de las mujeres del grupo control fue significativamente más baja que la de las mujeres del grupo experimental ($p < 0,001$). El tamaño de efecto, $d = 2.62$, indica que esta diferencia es muy grande. El grupo experimental mostró mayor autoestima en comparación al grupo control.

Cogniciones postraumáticas (ICP)

El grupo control reportó más cogniciones postraumáticas que el grupo experimental ($p < 0,001$), en donde el tamaño de efecto para el índice global fue de $d = -2,12$, mientras que el rango del tamaño de efecto para las subescalas osciló entre: $-1,40$ a $-2,47$. Estos valores indican diferencias muy grandes entre los dos grupos, donde se obtuvo el efecto deseado (ver tabla 20.3).

Inadaptación (E.I.)

En esta escala el grupo control reportó mayor inadaptación en comparación con el grupo experimental. Los tamaños de efecto indicaron que la diferencia entre los dos grupos es muy grande. Para el índice global el tamaño de efecto es de $d = -2,55$ mientras que el rango para las subescalas osciló entre: $-1,30$ a $-2,42$ (ver tabla 20.3)

Tabla 20.3. Análisis de Covarianza del postratamiento controlando con los puntajes del pretratamiento

Instrumentos de medida	F (p)	Media (DT) G. Experimental (n = 49)	Media (DT) G. Control (n = 13)	d de Cohen*
Escala Gravedad Síntomas del TEPT				
• Global	206.67 (<0.001)	13.43 (6.75)	41.23 (4.38)	-4.43
• Reexperimentación	68.78 (<0.001)	4.35 (2.71)	10.69 (2.39)	-2.40
• Evitación	157.82 (<0.001)	4.90 (3.45)	17.54 (1.71)	-4.07
• Hiperactivación	194.32 (<0.001)	4.37 (2.02)	13.08 (2.14)	-4.26
Inventario de Cogniciones Postraumáticas				
Global	64.61 (<0.001)	8.13 (3.07)	14.37 (2.46)	-2.12
Autopunición	49.96 (<0.001)	2.23 (1.20)	4.29 (0.92)	-1.80
Sí Mismo	80.35 (<0.001)	2.00 (0.99)	4.48 (1.06)	-2.47
Mundo	28.32 (<0.001)	3.90 (1.33)	5.59 (0.70)	-1.40
Escala de Inadaptación				
• Inadaptación	62.42 (<0.001)	10.53 (6.68)	25.92 (3.40)	-2.55
• Trabajo/Estudios	61.24 (<0.001)	1.51 (1.06)	4.00 (0.91)	-2.42
• Vida Social	54.07 (<0.001)	1.53 (1.21)	4.23 (0.93)	-2.34
• Tiempo Libre	44.34 (<0.001)	1.76 (1.28)	4.23 (0.83)	-2.08
• Relación Pareja	14.94 (<0.001)	2.80 (1.97)	4.92 (0.27)	-1.30
• Vida Familiar	26.14 (<0.001)	1.61 (1.50)	4.00 (1.35)	-1.63
• Global	44.95 (<0.001)	1.73 (1.37)	4.38 (0.96)	-2.06
BDI	165.70 (<0.001)	8.94 (6.93)	35.92 (8.84)	-3.19
Escala de Autoestima	68.36 (<0.001)	33.02 (4.55)	22.38 (2.10)	2.62

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias

Análisis de medidas repetidas

Los análisis de covarianza demostraron diferencias significativas en todas las variables comprobando así la efectividad del tratamiento. Para medir la duración del efecto tratamiento, se analizaron los puntajes de las variables a través del tiempo con análisis de varianza intrasujetos: pre-tratamiento, post-tratamiento, después de un mes del tratamiento, después de meses del tratamiento y después de seis meses del tratamiento. Inicialmente, se realizó el análisis de varianza incluyendo los 5 tiempos para verificar el cambio en general, se observó que en todas las variables el análisis resultó estadísticamente significativo. Ulteriormente, se realizaron los análisis de varianza intrasujetos por separado entre los tiempos para analizar la duración y cambios de los efectos. Se calculó el tamaño de efecto para cuantificar la magnitud de la diferencia por medio de la d de Cohen. Cohen (1977) enseña que un valor de d alrededor de 0,20 indica una diferencia pequeña, un valor de 0,50 indica una diferencia moderada, y una diferencia de 0,80 indica una diferencia grande.

20.4. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS), Puntuación total y subescalas.

Los resultados de la puntuación total y de las subescalas presentaron el mismo comportamiento. El análisis de varianza intrasujetos de la puntuación total y de las subescalas mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos (ver tablas 20.4; 20.4.1; .20.4.2 y 20.4.3). Se compararon las diferencias entre los tiempos por separado para evaluar la permanencia del efecto (ver tablas 20.4; 20.4.1; 20.4.2 y 20.4.3). Se observó disminución significativa entre el pre-tratamiento y post-tratamiento donde la puntuación total de sintomatología postraumática disminuyó ($p < 0,001$). Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) a los tres meses, donde el efecto no disminuyó a los seis meses ($d= 8,22$). No se encontraron diferencias significativas entre los tres meses y seis meses indicando así que el efecto permaneció a los seis meses. Se observó disminución significativa de la inadaptación a través del tiempo (6 meses del tratamiento).

Tabla 20.4. Comparación de Medidas Repetidas de la Escala de EGST -Total

Variab les	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	149.14 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 39.67 (7.67) Post: 13.51 (7.37) 1 Mes: 12.87 (7.71) 3 Mes: 9.87 (6.88) 6 Mes: 9.62 (8.85)
Pre – Post	49	353.49 (<0.001)	1, 48	8.21	Pre: 39.61 (7.01) Post: 13.69 (7.11)
Pre – 1 Mes	48	329.78 (<0.001)	1, 47	8.18	Pre: 39.56 (7.39) 1 Mes: 12.90 (7.19)
Pre – 3 Meses	44	438.82 (<0.001)	1,47	9.58	Pre: 39.54 (7.40) 3 Mes: 9.87 (6.45)
Pre – 6 Meses	40	259.27 (<0.001)	1, 39	8.22	Pre: 39.58 (7.59) 6 Mes: 9.45 (8.80)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	4.99 (0.003)	3, 114	NA	Post: 13.74 (7.79) 1 Mes: 12.95 (7.73) 3 Mes: 9.97 (6.77) 6 Mes: 9.82 (8.71)
Post – 1 Mes	47	12.04 (0.568)	1, 47	NA	Post: 13.67 (7.18) 1 Mes: 12.96 (7.21)
Post – 3 Meses	44	9.65 (0.003)	1, 47	1.18	Post: 13.73 (7.18) 3 Mes: 10.19 (6.28)
Post – 6 Meses	40	6.13 (0.018)	1, 39	1.13	Post: 13.78 (7.69) 6 Mes: 9.65 (8.66)
1 Mes – 3 Meses	44	21.40 (<0.001)	1, 46	0.90	1 Mes: 13.00 (7.28) 3 Mes: 10.28 (6.31)
1 Mes – 6 Meses	40	7.26 (0.010)	1, 38	0.85	1 Mes: 12.95 (7.73) 6 Mes: 9.82 (8.71)
3 Mes – 6 Meses	40	0.06 (0.812)	1, 39	NA	3 Mes: 9.88 (6.71) 6 Mes: 9.65 (8.66)

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias

Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos. Se compararon las diferencias entre los tiempos por separado para evaluar cuánto duró el efecto de la intervención terapéutica. Se observó una disminución significativa muy fuerte entre el pretratamiento y el postratamiento, en donde los niveles de la sintomatología de estrés postraumático disminuyeron drásticamente. También se encontraron cambios significativos en

el seguimiento a los 3 meses donde se observa que el efecto se mantiene hasta los 6 meses. A mayor paso del tiempo, los niveles de la sintomatología del estrés postraumático disminuyeron.

Tabla 20.4.1. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala de hiperactivación del EGST

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	151.90 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 12.41 (2.21) Post: 4.38 (2.18) 1 Mes: 4.49 (2.49) 3 Mes: 3.51 (1.90) 6 Mes: 4.03 (2.76)
Pre – Post	49	386.97 (<0.001)	1, 48	8.75	Pre: 12.39 (2.08) Post: 4.37 (2.02)
Pre – 1 Mes	48	331.68 (<0.001)	1, 47	8.37	Pre: 39.69 (7.07) 1 Mes: 12.96 (7.21)
Pre – 3 Meses	48	451.53 (<0.001)	1,47	9.87	Pre: 39.67 (7.08) 3 Mes: 10.19 (6.28)
Pre – 6 Meses	40	263.71 (<0.001)	1, 39	8.50	Pre: 39.73 (7.17) 6 Mes: 9.65 (8.66)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	2.59 (0.056)	3, 114	NA	Post: 4.38 (2.18) 1 Mes: 4.49 (2.49) 3 Mes: 3.56 (1.89) 6 Mes: 3.92 (2.64)
Post – 1 Mes	47	0.03 (0.862)	1, 47	NA	Post: 4.40 (2.03) 1 Mes: 4.46 (2.30)
Post – 3 Meses	44	5.00 (0.030)	1, 47	0.77	Post: 4.35 (2.04) 3 Mes: 3.69 (1.78)
Post – 6 Meses	40	1.29 (0.262)	1, 39	NA	Post: 4.35 (2.17) 6 Mes: 3.88 (2.62)
1 Mes – 3 Meses	44	7.01 (0.011)	1, 46	0.82	1 Mes: 4.47 (2.32) 3 Mes: 3.72 (1.78)
1 Mes – 6 Meses	40	2.21 (0.146)	1, 38	NA	1 Mes: 4.49 (2.49) 6 Mes: 3.92 (2.64)
3 Mes – 6 Meses	40	1.12 (0.297)	1, 39	NA	3 Mes: 3.53 (1.88) 6 Mes: 3.88 (2.62)

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

Tabla 20.4.2. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala de Evitación de la EGST

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	99.08 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 15.62 (4.46) Post: 5.10 (3.75) 1 Mes: 4.82 (3.31) 3 Mes: 3.56 (3.00) 6 Mes: 3.05 (3.43)
Pre – Post	49	192.24 (<0.001)	1, 48	6.29	Pre: 15.47 (4.13) Post: 4.98 (3.33)
Pre – 1 Mes	48	195.43 (<0.001)	1, 47	6.54	Pre: 15.67 (4.33) 1 Mes: 4.81 (3.10)
Pre – 3 Meses	44	254.06 (<0.001)	1,47	7.70	Pre: 15.73 (4.28) 3 Mes: 3.58 (2.78)
Pre – 6 Meses	40	187.12 (<0.001)	1, 39	7.20	Pre: 15.58 (4.41) 6 Mes: 2.98 (3.42)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	5.03 (0.003)	3, 114	NA	Post: 5.03 (3.63) 1 Mes: 4.79 (3.30) 3 Mes: 3.64 (2.96) 6 Mes: 3.08 (3.43)
Post – 1 Mes	47	0.05 (0.822)	1, 47	NA	Post: 4.92 (3.34) 1 Mes: 4.79 (3.09)
Post – 3 Meses	44	5.95 (0.019)	1, 47	0.97	Post: 5.00 (3.36) 3 Mes: 3.67 (2.77)
Post – 6 Meses	40	7.21 (0.011)	1, 39	1.34	Post: 5.10 (3.61) 6 Mes: 3.00 (3.42)
1 Mes – 3 Meses	44	13.27 (0.001)	1, 46	0.85	1 Mes: 4.81 (3.13) 3 Mes: 3.68 (2.80)
1 Mes – 6 Meses	40	11.10 (0.002)	1, 38	1.14	1 Mes: 4.79 (3.30) 6 Mes: 3.08 (3.43)
3 Mes – 6 Meses	40	2.70 (0.108)	1, 39	NA	3 Mes: 3.63 (2.92) 6 Mes: 3.00 (3.42)

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias

Tabla 20.4.3. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala de reexperimentación de la EGST

Variab les	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	97.95 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 12.03 (3.79) Post: 4.33 (2.91) 1 Mes: 3.62 (2.70) 3 Mes: 2.69 (2.47) 6 Mes: 2.82 (3.08)
Pre – Post	49	163.43 (<0.001)	1, 48	5.25	Pre: 11.76 (3.61) Post: 4.35 (2.70)
Pre – 1 Mes	48	175.51 (<0.001)	1, 47	5.94	Pre: 11.90 (3.65) 1 Mes: 3.67 (2.55)
Pre – 3 Meses	44	227.85 (<0.001)	1,47	6.71	Pre: 11.77 (3.68) 3 Mes: 2.77 (2.32)
Pre – 6 Meses	40	151.68 (<0.001)	1,39	5.97	Pre: 11.92 (3.80) 6 Mes: 2.78 (3.05)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	5.44 (0.002)	3, 114	NA	Post: 4.33 (2.91) 1 Mes: 3.67 (2.75) 3 Mes: 2.77 (2.42) 6 Mes: 2.82 (3.08)
Post – 1 Mes	47	2.30 (0.136)	1, 47	NA	Post: 4.35 (2.73) 1 Mes: 3.71 (2.59)
Post – 3 Meses	44	13.21 (0.001)	1, 47	1.39	Post: 4.38 (2.73) 3 Mes: 2.83 (2.27)
Post – 6 Meses	40	6.92 (0.012)	1, 39	1.17	Post: 4.33 (2.88) 6 Mes: 2.78 (3.05)
1 Mes – 3 Meses	44	14.24 (<0.001)	1, 46	0.78	1 Mes: 3.72 (2.62) 3 Mes: 2.87 (2.28)
1 Mes – 6 Meses	40	3.94 (0.054)	1, 38	NA	1 Mes: 3.67 (2.75) 6 Mes: 2.82 (3.08)
3 Mes – 6 Meses	40	0.03 (0.868)	1, 39	NA	3 Mes: 2.73 (2.41) 6 Mes: 2.78 (3.05)

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos.

Se comparan las diferencias entre los tiempos por separado para evaluar cuánto duro el efecto del tratamiento. Se observa una disminución significativa muy grande entre el pretratamiento y el postratamiento, donde los niveles de reexperimentación disminuyeron drásticamente. (Tabla 20.4.3) A mayor tiempo transcurrido, mayor disminución de los niveles

de reexperimentación.

Tabla 20.5. Comparación de Medidas Repetidas de la Escala de Depresión.

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	57.61 (<0.001)	4, 132	NA	Pre: 30.50 (10.06) Post: 8.88 (7.21) 1 Mes: 9.74 (11.48) 3 Mes: 4.91 (4.95) 6 Mes: 5.35 (9.28)
Pre – Post	49	222.01 (<0.001)	1, 47	5.99	Pre: 31.81 (10.15) Post: 8.94 (6.93)
Pre – 1 Mes	48	126.80 (<0.001)	1, 45	4.98	Pre: 31.57 (9.87) 1 Mes: 9.17 (10.23)
Pre – 3 Meses	44	264.61 (<0.001)	1, 45	7.71	Pre: 31.15 (10.49) 3 Mes: 5.09 (4.62)
Pre – 6 Meses	40	134.52 (<0.001)	1, 38	5.88	Pre: 30.33 (10.57) 6 Mes: 5.00 (8.70)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	3.44 (0.020)	3, 99	NA	Post: 8.88 (7.21) 1 Mes: 9.74 (11.48) 3 Mes: 4.91 (4.95) 6 Mes: 5.35 (9.28)
Post – 1 Mes	47	<0.001 (0.999)	1, 44	NA	Post: 9.29 (7.00) 1 Mes: 9.29 (10.32)
Post – 3 Meses	44	11.23 (0.002)	1, 44	1.66	Post: 9.07 (7.09) 3 Mes: 4.98 (4.61)
Post – 6 Meses	40	4.12 (0.050)	1, 37	0.96	Post: 8.45 (7.04) 6 Mes: 5.05 (8.81)
1 Mes – 3 Meses	44	6.74 (0.013)	1, 42	1.23	1 Mes: 9.44 (10.54) 3 Mes: 5.23 (4.75)
1 Mes – 6 Meses	40	4.28 (0.046)	1, 36	0.93	1 Mes: 9.32 (11.08) 6 Mes: 5.14 (8.92)
3 Mes – 6 Meses	40	0.26 (0.870)	1, 36	NA	3 Mes: 4.92 (4.85) 6 Mes: 5.13 (8.92)

*Los valores de *d* positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de *d* negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

20.6. Autoestima (EAR)

Al llevar a cabo el análisis de varianza intrasujetos general (pre-tratamiento a los 6 meses del tratamiento), se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se compararon las diferencias de medias en cada uno de los tiempos por separado para

observar la permanencia del efecto (ver tabla 15.6). Se observó un aumento significativo en la autoestima entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($d = -4.06$). Se encontró aumento significativo a los 3 meses del tratamiento ($d = -1.14$), que permaneció hasta los 6 meses del tratamiento.

Tabla 20.6 Comparación de Medidas Repetidas de la Escala de Autoestima.

VARIABLES	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	44.88 (<0.001)	4, 148	NA	Pre: 24.68 (4.86) Post: 33.03 (4.64) 1 Mes: 33.16 (4.39) 3 Mes: 35.42 (3.83) 6 Mes: 35.03 (4.62)
Pre – Post	49	99.72 (<0.001)	1, 48	-4.06	Pre: 24.29 (5.06) Post: 33.02 (4.55)
Pre – 1 Mes	48	94.49 (<0.001)	1, 47	-4.36	Pre: 24.04 (4.81) 1 Mes: 33.10 (4.48)
Pre – 3 Meses	44	211.12 (<0.001)	1,47	-5.47	Pre: 24.40 (5.05) 3 Mes: 35.21 (3.78)
Pre – 6 Meses	40	92.59 (<0.001)	1, 38	-4.67	Pre: 24.97 (5.12) 6 Mes: 35.08 (4.57)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	4.06 (0.009)	3, 111	NA	Post: 33.03 (4.64) 1 Mes: 33.16 (4.39) 3 Mes: 35.42 (3.83) 6 Mes: 35.03 (4.62)
Post – 1 Mes	47	0.01 (0.915)	1, 47	NA	Post: 33.02 (4.60) 1 Mes: 33.10 (4.48)
Post – 3 Meses	44	10.11 (0.003)	1, 47	-1.19	Post: 32.98 (4.59) 3 Mes: 35.21 (3.78)
Post – 6 Meses	40	3.85 (0.057)	1, 38	-1.00	Post: 33.03 (4.57) 6 Mes: 35.08 (4.57)
1 Mes – 3 Meses	44	10.25 (0.002)	1, 46	-1.14	1 Mes: 33.04 (4.51) 3 Mes: 35.17 (3.81)
1 Mes – 6 Meses	40	4.53 (0.040)	1, 37	-0.93	1 Mes: 33.16 (4.39) 6 Mes: 35.03 (4.62)
3 Mes – 6 Meses	40	0.28 (0.603)	1, 38	NA	3 Mes: 35.46 (3.79) 6 Mes: 35.08 (4.57)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

20.7 Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICP). Puntuación total y subescalas.

Los resultados de la puntuación total y de las subescalas presentaron el mismo comportamiento. El análisis de varianza intrasujetos de la puntuación total y de las subescalas mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos (ver tablas 20.7; 20.7.1; 20.7.2 y 20.7.3).

Tabla 20.7. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala Global del ICP

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	84.27 (<0.001)	4, 148	NA	Pre: 14.78 (2.89) Post: 8.25 (2.96) 1 Mes: 8.22 (2.98) 3 Mes: 6.64 (2.68) 6 Mes: 6.18 (2.37)
Pre – Post	49	177.53 (<0.001)	1, 48	4.99	Pre: 14.62 (2.75) Post: 8.13 (3.07)
Pre – 1 Mes	48	145.37 (<0.001)	1, 46	5.24	Pre: 14.73 (2.74) 1 Mes: 8.12 (2.90)
Pre – 3 Meses	44	322.83 (<0.001)	1,47	6.90	Pre: 14.57 (2.76) 3 Mes: 6.36 (2.56)
Pre – 6 Meses	40	220.16 (<0.001)	1, 39	7.31	Pre: 14.64 (2.89) 6 Mes: 6.12 (2.32)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	9.25 (<0.000)	3, 111	NA	Post: 8.25 (2.96) 1 Mes: 8.22 (2.98) 3 Mes: 6.64 (2.68) 6 Mes: 6.18 (2.37)
Post – 1 Mes	47	0.119 (0.731)	1, 46	NA	Post: 8.26 (3.08) 1 Mes: 8.12 (2.90)
Post – 3 Meses	44	13.16 (0.001)	1, 47	1.45	Post: 8.19 (3.08) 3 Mes: 6.36 (2.56)
Post – 6 Meses	40	11.91 (0.001)	1, 39	1.68	Post: 8.10 (2.95) 6 Mes: 6.12 (2.32)
1 Mes – 3 Meses	44	18.51 (<0.001)	1, 45	1.39	1 Mes: 8.15 (2.93) 3 Mes: 6.43 (2.60)
1 Mes – 6 Meses	40	17.73 (<0.001)	1, 37	1.71	1 Mes: 8.22 (2.98) 6 Mes: 6.18 (2.37)
3 Mes – 6 Meses	40	1.72 (0.197)	1, 39	NA	3 Mes: 6.55 (2.64) 6 Mes: 6.12 (2.32)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

Se compararon las diferencias entre los tiempos por separado para evaluar la permanencia del efecto (ver tablas 20.7; 20.7.1; 20.7.2 y 20.7.3).

Tabla 20.7.1. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala Autopunición del ICP.

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	82.25 (<0.001)	4, 148	NA	Pre: 4.82 (1.25) Post: 2.28 (1.24) 1 Mes: 2.35 (1.27) 3 Mes: 1.72 (0.83) 6 Mes: 1.58 (0.57)
Pre – Post	49	159.50 (<0.001)	1, 48	4.58	Pre: 4.71 (1.22) Post: 2.23 (1.20)
Pre – 1 Mes	48	127.88 (<0.001)	1, 46	4.66	Pre: 4.78 (1.18) 1 Mes: 2.30 (1.20)
Pre – 3 Meses	44	280.72 (<0.001)	1,47	5.59	Pre: 4.70 (1.24) 3 Mes: 1.65 (0.78)
Pre – 6 Meses	40	208.12 (<0.001)	1,39	6.85	Pre: 4.72 (1.29) 6 Mes: 1.55 (0.57)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	8.98 (<0.001)	3, 111	NA	Post: 2.28 (1.24) 1 Mes: 2.35 (1.27) 3 Mes: 1.72 (0.83) 6 Mes: 1.58 (0.57)
Post – 1 Mes	47	0.03 (0.854)	1, 46	NA	Post: 2.27 (1.21) 1 Mes: 2.30 (1.20)
Post – 3 Meses	44	10.18 (0.003)	1, 47	1.33	Post: 2.24 (1.21) 3 Mes: 1.65 (0.78)
Post – 6 Meses	40	12.38 (0.001)	1, 39	1.71	Post: 2.24 (1.23) 6 Mes: 1.55 (0.57)
1 Mes – 3 Meses	44	16.78 (<0.001)	1, 45	1.46	1 Mes: 2.32 (1.21) 3 Mes: 1.67 (0.78)
1 Mes – 6 Meses	40	20.03 (<0.001)	1, 37	1.87	1 Mes: 2.35 (1.27) 6 Mes: 1.58 (0.57)
3 Mes – 6 Meses	40	1.52 (0.226)	1, 39	NA	3 Mes: 1.69 (0.82) 6 Mes: 1.55 (0.57)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

Tabla 20.7.2. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala de Sí Mismo del ICP

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	81.53 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 4.39 (1.20) Post: 1.94 (0.87) 1 Mes: 1.87 (0.94) 3 Mes: 1.50 (0.70) 6 Mes: 1.53 (0.86)
Pre – Post	49	152.47 (<0.001)	1, 48	4.85	Pre: 4.33 (1.16) Post: 2.00 (0.99)
Pre – 1 Mes	48	142.45 (<0.001)	1, 47	5.41	Pre: 4.38 (1.12) 1 Mes: 1.90 (0.93)
Pre – 3 Meses	44	227.51 (<0.001)	1, 47	6.95	Pre: 4.31 (1.16) 3 Mes: 1.48 (0.66)
Pre – 6 Meses	40	145.62 (<0.001)	1, 39	5.99	Pre: 4.33 (1.24) 6 Mes: 1.53 (0.85)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	3.85 (0.012)	3, 114	NA	Post: 1.94 (0.87) 1 Mes: 1.87 (0.94) 3 Mes: 1.50 (0.70) 6 Mes: 1.53 (0.86)
Post – 1 Mes	47	0.85 (0.363)	1, 47	NA	Post: 2.02 (0.99) 1 Mes: 1.90 (0.93)
Post – 3 Meses	44	11.62 (0.001)	1, 47	1.46	Post: 2.02 (0.99) 3 Mes: 1.48 (0.66)
Post – 6 Meses	40	4.38 (0.043)	1, 39	1.01	Post: 1.92 (0.87) 6 Mes: 1.53 (0.85)
1 Mes – 3 Meses	44	11.75 (0.001)	1, 46	1.17	1 Mes: 1.91 (0.94) 3 Mes: 1.49 (0.67)
1 Mes – 6 Meses	40	3.50 (0.065)	1, 38	NA	1 Mes: 1.87 (0.94) 6 Mes: 1.53 (0.86)
3 Mes – 6 Meses	40	0.08 (0.786)	1, 39	NA	3 Mes: 1.49 (0.70) 6 Mes: 1.53 (0.85)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

También se observaron cambios significativos a los tres meses ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas entre los tres meses y seis meses indicando así que el efecto permaneció a los seis meses.

Tabla 20.7.5. Comparación de Medidas Repetidas de la subescala Mundo del ICP.

Variables	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	32.59 (<0.001)	4, 152	NA	Pre: 5.56 (1.06) Post: 3.96 (1.35) 1 Mes: 3.99 (1.43) 3 Mes: 3.41 (1.48) 6 Mes: 3.04 (1.31)
Pre – Post	49	74.90 (<0.001)	1, 61	3.18	Pre: 5.59 (1.05) Post: 3.90 (1.33)
Pre – 1 Mes	48	56.96 (<0.001)	1, 47	3.07	Pre: 5.56 (1.04) 1 Mes: 3.91 (1.36)
Pre – 3 Meses	44	104.77 (<0.001)	1,47	4.20	Pre: 5.57 (1.05) 3 Mes: 3.23 (1.44)
Pre – 6 Meses	40	135.81 (<0.001)	1, 39	4.83	Pre: 5.59 (1.06) 6 Mes: 3.04 (1.30)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	7.20 (<0.001)	3, 114	NA	Post: 3.96 (1.35) 1 Mes: 3.99 (1.43) 3 Mes: 3.41 (1.48) 6 Mes: 3.04 (1.31)
Post – 1 Mes	47	0.00 (0.964)	1, 47	NA	Post: 3.92 (1.34) 1 Mes: 3.91 (1.36)
Post – 3 Meses	44	7.85 (0.007)	1, 47	1.13	Post: 3.93 (1.34) 3 Mes: 3.23 (1.44)
Post – 6 Meses	40	10.64 (0.002)	1, 39	1.52	Post: 3.94 (1.34) 6 Mes: 3.04 (1.30)
1 Mes – 3 Meses	44	12.46 (0.001)	1, 46	1,05	1 Mes: 3.91 (1.37) 3 Mes: 3.25 (1.45)
1 Mes – 6 Meses	40	16.27 (<0.001)	1, 38	1.55	1 Mes: 3.99 (1.43) 6 Mes: 3.04 (1.31)
3 Mes – 6 Meses	40	3.59 (0.066)	1, 39	NA	3 Mes: 3.38 (1.48) 6 Mes: 3.04 (1.30)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos.

Se observó disminución significativa de las cogniciones postraumáticas a través del tiempo (6 meses del tratamiento).

20.8. Escala de cambio percibido (ECP)

Al llevar a cabo el análisis de varianza intrasujetos general (pre-tratamiento - 6 meses del tratamiento), se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se

compararon las diferencias de medias en cada uno de los tiempos por separado para observar la permanencia del efecto (ver tabla 20.8). Se observó aumento significativo en los cambios percibidos entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($d = -3.38$) y además a los 3 meses, los cuales permanecieron hasta los 6 meses ($d = -1.24$).

Tabla 20.8 Comparación de Medidas Repetidas de la Escala de Cambio Percibido.

VARIABLES	n	F (p)	gl	d de Cohen	Medias (DT)
Medidas Repetidas de Pre a 6 Meses	40	40.80 (<0.001)	4, 148	NA	Pre: 35.58 (4.14) Post: 41.97 (5.59) 1 Mes: 42.55 (5.45) 3 Mes: 45.18 (3.62) 6 Mes: 44.97 (4.34)
Pre – Post	49	67.81 (<0.001)	1, 48	-3.38	Pre: 34.92 (4.66) Post: 42.35 (5.17)
Pre – 1 Mes	48	93.24 (<0.001)	1, 47	-3.70	Pre: 34.77 (4.59) 1 Mes: 42.83 (5.15)
Pre – 3 Meses	44	214.52 (<0.001)	1,47	-5.73	Pre: 35.08 (4.56) 3 Mes: 45.29 (3.41)
Pre – 6 Meses	40	107.85 (<0.001)	1, 38	-4.88	Pre: 35.74 (4.22) 6 Mes: 45.03 (4.29)
Medidas Repetidas de Post a 6 Meses	40	8.12 (<0.001)	3, 111	NA	Post: 41.97 (5.59) 1 Mes: 42.55 (5.45) 3 Mes: 45.18 (3.62) 6 Mes: 44.97 (4.34)
Post – 1 Mes	47	0.52 (0.474)	1, 47	NA	Post: 42.35 (5.22) 1 Mes: 42.83 (5.15)
Post – 3 Meses	44	20.92 (<0.001)	1, 47	-1.53	Post: 42.33 (5.22) 3 Mes: 45.29 (3.41)
Post – 6 Meses	40	10.19 (0.003)	1, 38	-1.40	Post: 41.97 (5.51) 6 Mes: 45.03 (4.29)
1 Mes – 3 Meses	44	15.68 (<0.001)	1, 46	-1.24	1 Mes: 42.87 (5.19) 3 Mes: 45.26 (3.44)
1 Mes – 6 Meses	40	6.46 (0.015)	1, 37	-1.11	1 Mes: 42.55 (5.45) 6 Mes: 44.97 (4.34)
3 Mes – 6 Meses	39	0.12 (0.731)	1, 38	NA	3 Mes: 45.23 (3.58) 6 Mes: 45.03 (4.29)

*Los valores de d positivos indican que el grupo experimental reporta una media más alta y los valores de d negativos indican que el grupo control reporta una media más alta. **NA:** No aplica, debido a que el análisis de tamaño de efecto sólo se hace entre 2 medias. En estos análisis se incluyeron 4 o 5 medias, que aunque hayan sido estadísticamente significativas las diferencias, no se puede realizar el análisis incluyendo las 4 o 5 medias a la vez. Por esta razón, los análisis de tamaño de efecto se incluyen en el resto de los análisis llevados a cabo sólo entre dos medias.

21. DISCUSIÓN

La discusión se abordará a través de los principales objetivos de este estudio. Principalmente, evaluar la eficacia de un tratamiento específicamente desarrollado para aliviar los síntomas del TEPT y su sintomatología concomitante en mujeres mexicanas de Ciudad Juárez, que por ser víctimas de violencia doméstica han llegado a desarrollar este trastorno.

Posteriormente, se comentará acerca de las limitaciones de la investigación para llegar finalmente a las conclusiones.

21.1 Características sociodemográficas

Casi la mitad de las mujeres participantes (41.9%) se encontraban casadas y viviendo con su agresor al momento del estudio. En este aspecto, este grupo de mujeres difiere al de las mujeres estudiadas por Rincón (2004) las cuales el 88% de ellas ya no vivían con su agresor. Asimismo, en el estudio de Alonso, (2007) en la muestra de mujeres mexicanas, sólo el 20% de las participantes, sigue casada con su agresor. Estas autoras cuentan con estudios anteriores y son similares al de esta investigación. Llama entonces la atención, el alto porcentaje de las mujeres de este estudio unidas a su agresor. En este sentido, puede inferirse que la idiosincrasia de las mujeres mexicanas que participaron en este estudio, es un elemento que influye en la decisión de seguir unida al agresor, aun cuando la violencia adquiriera un nivel extremo, ya que se considera “mal visto”, que una mujer abandone a su esposo, aun cuando las consecuencias de la violencia sean tan tangibles. Tal como lo señala el documento de la ENDIREH (2012), la situación en México, obedece a una dinámica de relaciones de poder entre sexos, cuya intención es el sometimiento de las mujeres. Para perpetuar esa situación, las normas, costumbres y los roles de género se refuerzan en todos los ámbitos, pero fundamentalmente dentro de la familia, que es el lugar desde donde esas conductas se aprenden y se reproducen.

Por otra parte, esta “aparente” y resignada inacción de las mujeres que se mantienen dentro de una relación violenta, puede explicarse a través de la teoría del recién propuesto modelo sobre persuasión coercitiva, que afirma que en la violencia de género se desarrollan

una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuyo objetivo fundamental del maltratador es perpetuar su control sobre la víctima (Escudero et al., 2005).

Debe de considerarse además, la condición socioeconómica de las mujeres participantes en este estudio que están situadas dentro del nivel económico bajo (77.7%) las cuales además, tienen hijos con necesidades de sostenimiento económico (93.1%). Y aunque son mujeres jóvenes, con una media de edad de 36 años, más de la mitad de la muestra, 56.25% se dedicaban al cuidado de su casa, es decir, que al momento del estudio el 85% de ellas dependían económicamente de su agresor, pues no contaban con otro ingreso extra. Este factor económico explica alguna de las razones por las cuales estas mujeres soportan vivir en una relación de violencia. Por otra parte, el nivel educativo indica que el 65% contaba sólo con educación básica o primaria. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) afirman que la relación entre el bajo nivel de ingresos, la insuficiencia de recursos educativos, sociales y económicos, podría convertirse en una fuente de estrés que posibilita la aparición de conductas violentas.

Aun cuando existen estudios que rechazan la hipótesis de que las mujeres con bajo nivel de estudios son las que más se ven afectadas por la violencia doméstica (Alonso, 2007) en este grupo específico de mujeres, si se encuentra relación al respecto. No obstante, este factor no se puede desligar una característica muy específica del país mexicano, que es la de contar con un bajo nivel educativo en su población general, y que por supuesto esto afecta directamente a la población femenina.

En la literatura acerca de la violencia doméstica se documenta el hecho innegable de que el maltrato se produce en todos los estratos socioeconómicos. Sin embargo, el que las mujeres de este estudio pertenezcan en su gran mayoría a un estrato socioeconómico bajo no es evidencia de que sólo en este nivel ocurre el maltrato. Es posible que las mujeres violentadas y que poseen más recursos económicos, tengan la posibilidad de atender ese problema de manera más “discretamente”, es decir, en lugares de atención privados y no en los lugares de atención públicos y gratuitos como al que acuden las mujeres que no están en esa posición.

Por otra parte, es probable que el hecho de ser orientadas gratuitamente en los centros de atención dispuestos para el problema de la violencia, incida en la percepción que tiene el 93.3% de las mujeres de este estudio acerca del apoyo social que reciben, ya que al buscar ayuda, reciben no sólo atención psicológica, sino también legal, médica y de trabajo social. Adicionalmente, se les proporcionan cursos de psicoeducación, en los que aprenden acerca de como elevar su autoestima, como combatir la depresión, cursos de habilidades técnicas y la posibilidad de proseguir su preparación académica, llegando a finalizar en cada caso, la educación primaria y preparatoria.

21.2 Acerca de la historia de la violencia doméstica

Las tasas de prevalencia acerca de las características de la historia de violencia doméstica nos brindan la oportunidad de constatar la gravedad de este fenómeno social. En este grupo de mujeres el 35.5% de ellas ha vivido la situación de maltrato por más de 15 años, prevalencias que doblan a las presentadas por Rincón (2003) y que supera el índice de 13 años encontrada en el estudio de Alonso (2007). Más de la mitad de las participantes, el 54.8%, ha experimentado las agresiones cada día de su vida en pareja. El abuso físico lo ha vivido el 41.9% de las mujeres de este estudio, mientras que la violencia que abarca toda la tipología, es decir, el maltrato físico, psicológico, sexual y económico, es experimentado por el 20% de las participantes. El maltrato de tipo psicológico, lo ha sufrido el 19.4% de estas mujeres.

Ante el peso de estas prevalencias, es inevitable cuestionar el porqué del mantenimiento de la violencia dentro de la vida de pareja. A través de la revisión de la literatura, se aprecian los numerosos intentos de dar respuesta a esta pregunta, a la cual se proponen teorías y postulados desde las diversas disciplinas. ¿Por qué la mujer se queda dentro de una relación de abuso extremo?

La cuestión de la dependencia económica de las participantes, pareciera acercarnos a una de las tantas explicaciones. La mayoría de las participantes, el 59.7% aún dependía de su agresor al momento del estudio, y en su infancia, el inmenso 90.3% de ellas había sido objeto y testigo de la violencia doméstica en su familia de origen. No obstante, y sin dejar de otorgar la importancia que tiene el hecho de no contar con la suficiente solvencia económica para

independizarse, pudieran ser otros factores más subjetivos, los que “enganchan” a una víctima de violencia doméstica a su agresor. La mujer sometida a un maltrato crónico, ha pasado por un proceso de intimidación intermitente –que Walker (1985) conceptualiza como el “ciclo de la violencia”- cuya dinámica le genera la percepción de indefensión e imposibilidad de controlar los episodios de violencia de la que es víctima, paralizándose y sometiéndose a la voluntad de su agresor como un medio de protección. Por otra parte, está el llamado Síndrome de Estocolmo, que constituye uno de los más recientes modelos que intentan explicar el vínculo patológico entre víctima y victimario, y que se describe como el desarrollo de un estado disociativo ante la violencia, para lo cual la mujer entra en un estado de negación de la agresión de su pareja mientras paralelamente genera una sujeción hacia el mismo, percibiendo el lado más positivo de su agresor. De esta manera, hace a un lado sus propias necesidades, mientras las de su agresor se convierten en primordiales. Montero (2001) lleva esta teoría más allá, al proponer el Síndrome de Estocolmo Doméstico, mediante el cual explica que la prolongada estadía de las mujeres al lado de un hombre violento, se convierte en una fase de adaptación cognitiva ante la cual la mujer que ya se encuentra aislada en un ambiente traumático, tratará de ajustarse, de buscar su defensa, construyendo un vínculo de protección entre ella y su agresor. Se favorece de esta manera la cronicidad y naturalización de la violencia como parte de la vida cotidiana, explicando la aparición de los síntomas postraumáticos. Estas conductas se relacionan con el hecho de que a pesar de la gravedad de las agresiones, un poco más de la tercera parte de las mujeres de este estudio (38.7%) han decidido denunciar el maltrato, mientras el 61.3% dominadas por la vergüenza, la culpa y el miedo de su condición de víctimas, deciden quedarse en silencio. Sin embargo, esta decisión de silencio no es otra cosa que un mecanismo de supervivencia. En ocasiones, el callarse les salva de una golpiza por lo que se adopta como una manera de sobrevivencia. Las mujeres “saben” ya, que ante cualquier revelación de situación de maltrato, desatará la ira de su agresor, por lo cual optan por postergar la situación de denuncia, evitando con ello, una paliza segura. Esta situación que se agrava ante el hecho de que aun bajo las condiciones severas de violencia el 37.1% de las participantes siguen quedándose en casa, mientras que sólo el 11.3% suele salirse de su hogar de manera intermitente. Al no ser capaces de romper el silencio de su condición de víctimas, se posibilita el hecho de que tampoco puedan pedir refugio o ayuda,

pues también debe considerarse el hecho del aislamiento al que sistemáticamente han sido conducidas. Este aislamiento puede durar años antes de que la mujer se atreva a pedir ayuda. Se produce de esta manera la cronicidad de la violencia y por lo tanto, se explica la elevada sintomatología postraumática de las participantes de este estudio.

De la misma manera, vale la pena destacar el alto porcentaje de participantes que cuenta con historia de violencia en su familia de origen: el 90.3% de estas mujeres han sido agredidas dentro de su ambiente familiar. A este factor, se añade que el 69.4% de los hijos de las participantes, han sido testigos de la violencia del padre hacia la madre que se produce en sus hogares, aunque sólo el 8.1% reconocieron ser ellas mismas las que producen las agresiones a sus hijos. Este elevado índice es aun superior el encontrado en el estudio de Alonso (2003), en el que la muestra de mujeres mexicanas agrupa el mayor porcentaje en esta variable (63.3%), a diferencia de la muestra de mujeres españolas (22.7%) e inmigrantes (46.2%) que formaron parte de ese mismo estudio.

El alarmante porcentaje de mujeres que han sido agredidas dentro de su familia de origen, nos lleva a relacionar este hecho con la teoría del Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica de Stith y Farley (1993), cuyo planteamiento retoma las bases de la teoría del aprendizaje social para hipotetizar sobre si la observación de la violencia entre los padres favorece el desarrollo de la violencia de los hombres hacia las mujeres. Este aporte considera –entre otras variables- que la agresión provendría de una variable exógena, que consiste en haber sido testigo de violencia marital durante la infancia y por lo tanto, el riesgo de convertirse en agresor o víctima del maltrato por parte de la pareja, es potencialmente alto. En este sentido, los resultados de este estudio, podrían ser un factor que nos llevase a estar de acuerdo con esa teoría. Es un hecho innegable que para muchos hombres y mujeres la violencia se naturaliza, se aprende y se la apropia como un recurso para solucionar problemas, pues no se cuenta con otro referente. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de la violencia doméstica, nos lleva a considerar que se requieren de más respuestas. El ser testigo y/o víctima del maltrato doméstico conlleva grandes dosis de sufrimiento emocional y físico, cuyas consecuencias pueden ser devastadoras en la salud mental y física. Sin embargo, surge el cuestionamiento acerca del porque no todos los hombres y mujeres que han atestiguado y

han sido victimizados y victimizadas al ser testigos de agresiones maritales en su infancia se convierten automáticamente en imitadores de la violencia observada. Para su cabal entendimiento, habrá que considerar los propios recursos personales, la frecuencia en que se es testigo de la violencia, etcétera. Por lo tanto, la investigación más acuciosa en este sentido debe de ser un objetivo para entender este problema de manera más precisa.

21.3 Psicopatología

Para abordar las características psicopatológicas de la muestra de mujeres de este estudio, debe enfatizarse que el principal criterio de inclusión fue el padecimiento de estrés postraumático crónico, según criterios del DSM-IV-TR (2000). Todas las participantes cumplieron con ese criterio, por lo cual se destacará la gravedad de los síntomas en este grupo de mujeres antes de la intervención psicológica.

Como ya se ha mencionado anteriormente, las participantes de este estudio tienen una historia de violencia bastante intensa. La situación de agresión crónica que han experimentado en su vida de pareja, ha posibilitado manifestaciones graves de los síntomas del TEPT en estas mujeres muchos años antes del pretratamiento en todas ellas. Es a través de las elevadas puntuaciones en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT que se constata la gravedad del padecimiento, pues en las puntuaciones obtenidas son superiores a las de las muestras de los dos estudios anteriores a este (Rincón, 2004; Alonso, 2007): en la subescala global alcanzaron (media=39.62) en una escala cuyo punto de corte establecido es 15. Asimismo en la puntuación de las principales subescalas alcanzaron: hiperactivación (media= 12.39) cuando el punto de corte es de 4.; evitación (media= 15.47) con un punto de corte de 6 y finalmente en reexperimentación (media= 11.76) con un punto de corte de 5. Cabe hacer notar que en las mediciones de los instrumentos utilizados en este estudio, esta fue la escala donde se alcanzan las diferencias más grandes en su puntuación.

Así entonces, los síntomas de hiperactivación fueron las puntuaciones más elevadas obtenidas por las participantes del estudio. El 100% de las participantes se manifestaron antes de la intervención estos síntomas que consisten en presentar problemas de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, hipervigilancia y respuesta de sobresalto. En este sentido, puede

pensarse en la fractura psicológica que se sucede en las mujeres cuando el hogar que consideraban como el lugar más seguro, donde podrían encontrar protección y afecto, con la persona en la que en algún tiempo depositaron su confianza, se convierte en todo lo contrario: en el espacio donde más tienen que cuidar de sí mismas, pendientes de la reacción de su agresor, ya que puede reaccionar –sin que ellas puedan prevenirlo- con violencia a lo que él consideraría como una conducta de provocación. Es decir, se reacciona al peligro con gran temor, sea éste real o imaginado, ante el miedo intenso de una nueva agresión. Además, en este grupo en específico habrá que tomar en cuenta que experimentan violencia no sólo en casa, además están inmersas en un ambiente social que se caracteriza por la violencia extrema. Esto tendría relación con lo descrito en el DSM-IV (APA, 1994) acerca del desarrollo del TEPT, al afirmar que los síntomas pueden aparecer cuando se ha sufrido o se ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona, implicando una respuesta de miedo, horror o indefensión. Sin que se tengan datos precisos sobre esta situación, se hace preciso poner la atención ante la elevada puntuación en esta subescala, que hace considerar la posibilidad de que estos ambientes de constante agresión en que viven estas mujeres, les produzca síntomas más pronunciados en cuanto a la hiperactivación, por lo que se hace necesaria la futura investigación al respecto.

Los síntomas de evitación y reexperimentación fueron relativamente menos elevados, ambos se presentaron en un 98% de las participantes. La evitación consiste precisamente en evadir los pensamientos y sentimientos asociados al maltrato, además de amnesia, apatía, distanciamiento de los otros, embotamiento y sensación de futuro desolador.

Tomando en cuenta los resultados de estudios similares a este, la evitación suele ser la subescala con puntuación menos elevada. En el estudio de Alonso (2007) fue del 75% de sus participantes. Sin embargo, en la muestra que ocupa este estudio, los resultados fueron diferentes, pues fueron mayores a la reexperimentación (98%), que por lo general suele ser más elevadas que la evitación. Y es en este punto en el que habrá que considerar interpretaciones alternas, y tal vez no lo suficientemente documentadas. Estaríamos aludiendo al sentimiento culpa como una estrategia de afrontamiento “insana” (Echeburúa, Corral y Amor, 2001) pero que en dado momento puede ser funcional ante el acuciante sufrimiento

producido por el maltrato sufrido. Estos autores definen la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia de que se trasgredieron normas éticas o sociales, y sobre todo, cuando una persona ha derivado un daño a la otra. Se refieren a los efectos psicopatológicos agravados de la culpa cuando esta se “vuelca” contra la propia forma de ser. Así, cuando hablamos de mujeres maltratadas y por consiguiente con la autoestima dañada, este sentimiento de autculpabilización por la violencia, aparece casi en todas las mujeres maltratadas. Ante el intenso malestar desarrollado por la culpa, se genera el intento de eliminarla, y ese proceso puede ser a través de la negación, olvido, justificación o atribución de la culpa a la víctima, a factores personales y factores externos (Echeburúa, Corral y Amor, 2001). En las circunstancias de la sintomatología tan elevada de las participantes de este estudio, se puede esperar que la autculpa posibilite la negación de la responsabilidad del agresor, e inclusive, desarrollar una especie de empatía a manera de defensa, similar a lo que ocurre bajo el síndrome de Estocolmo. No obstante, esta línea de pensamiento merece, por supuesto una mayor investigación al respecto.

Finalmente los síntomas de reexperimentación alcanzaron a un 98% de las participantes como ya se mencionó anteriormente. La sintomatología consiste mayormente, en tener recuerdos y sueños intrusivos, los llamados “flashbacks”, además de malestar psicológico y fisiológico. Aun cuando fueron los resultados con menos prevalencia en esta muestra, el porcentaje sigue siendo muy elevado. Debe hacerse notar, aun cuando sea la menos alta de las puntuaciones, los síntomas agrupados en la reexperimentación suelen ser los que las participantes describen como más disfuncionales, tal vez, porque sus síntomas son más tangibles, menos subjetivos que los anteriormente descritos. El hecho de que la mayoría de estas mujeres siga viviendo con su agresor y en el lugar donde se originan la mayor parte de las agresiones, posibilita la reactivación estímulos fisiológicos, manifestados a través de una sintomatología traumática grave, que se traduce a través de sueños frecuentemente cargados con imágenes de los eventos de violencia, con flashbacks que las asaltan sin previo aviso. Seguir expuestas a nuevas agresiones las llevaría a repetir estos síntomas de manera repetitiva, cronificándose de esta manera la sintomatología del TEPT.

Desafortunadamente para las víctimas de violencia doméstica, el trastorno de estrés postraumático no es el único padecimiento que sufrirán a causa del maltrato. La gravedad e intensidad de la violencia es tal, que trae consigo consecuencias en todos los ámbitos de la mujer que la padece y otros cuadros clínicos que explican los síntomas concomitantes al TEPT, como trastornos depresivos, problemas en la autoestima, cogniciones postraumáticas negativas así como una elevada inadaptación a la vida cotidiana.

Respecto a la sintomatología depresiva en las participantes del estudio, el 61.2% presentaba diagnóstico de depresión grave, haciendo tangible el hecho de que las mujeres sometidas a una relación de maltrato, están bajo los riesgos de lo que se considera como una importante fuente de estrés psicológico y físico que precipita los síntomas depresivos. La depresión observada en estas mujeres genera un gran sentimiento de pérdida, de distorsiones cognitivas, daño a la autoestima, culpabilidad e indefensión. Este desamparo puede considerarse como un factor importante que impide a la mujer salir de la situación de violencia en la que se encuentra inmersa.

La autoestima de las mujeres de este estudio se encontraban en niveles promedio, sólo el 20.4% de ellas mostraban niveles adecuados en este rubro. En este sentido puede considerarse el daño a la autoestima como un factor que contribuye a la paralización de las mujeres en la búsqueda de nuevos caminos que la auxilien a salir de una relación violenta. Si se considera que la autoestima reside en la percepción de la imagen que se tiene de sí misma y la relación con el mundo, entonces la mujer sometida a humillaciones y desvalorizaciones constantes, se sentirá abrumada por la situación de maltrato. Al sentirse tratada con desprecio, tenderá a percibirse de la misma manera, sometiéndose de nuevo a la relación de violencia, pues es factible considerar que tendrá la sensación de que su valor como persona y como mujer ha disminuido. Queda entonces, una vez más a merced de su agresor, repitiendo una y otra vez el círculo de la violencia.

No obstante, se puede afirmar que la autoestima vinculada a las relaciones de maltrato, debiera ser estudiada más a fondo, pues surge la interrogante que se plantea al observar la dinámica de las relaciones de violencia doméstica, en la cual habría que investigar si la

autoestima es una parte de la personalidad que ya se encuentra afectada al iniciar la relación de pareja y acaba de dañarse a través de la dinámica de maltrato o por el contrario que la autopercepción en ocasiones, puede llegar a depender excesivamente de la consideración que los demás – o más aún, la pareja- hagan de ellas mismas.

En cuanto a la inadaptación, las participantes mostraron un elevado porcentaje (98%), que pone de manifiesto la gravedad de las consecuencias de la violencia doméstica. Llama la atención que la media más alta obtenida en esa escala se sitúe en la subescala de relación de pareja (media= 4.39). Es tal el daño psicológico y físico recibido a manos de quien alguna vez depositaron su confianza, que la desesperanza las lleva a contemplar con aversión la idea de volver a convivir en pareja, de volver a enamorarse. Si se considera esta faceta del ser humano como fundamental para el equilibrio emocional y psíquico, surge entonces la constatación acerca de la gravedad del daño manifestada como una inadecuada adaptación en este importante aspecto de la vida de estas mujeres.

Las puntuaciones de las cogniciones postraumáticas, sobre todo las puntuaciones medias en la concepción del mundo (media=5.59), merecen una consideración aparte. Este resultado refleja el desmoronamiento de la concepción del mundo como un lugar seguro en el que las mujeres víctimas de violencia tendrían el derecho de desenvolverse. La mujer víctima de violencia se ve expuesta a un suceso traumático que la confronta entre el antes y después de la experiencia de maltrato. La gravedad de la experiencia traumática, desorganiza su mundo, llevándola a cuestionar la concepción que tiene de sí misma, de sus capacidades, de los demás pues ya no confía en su percepción y la del mundo en que vive, percibiéndolo como un lugar desolado y peligroso (Blanco y cols., 2010). Esta abrumadora percepción la lleva a generar sentimientos de desesperanza, de ira, culpa, tristeza, vergüenza y aversión.

Respecto a trastornos de ansiedad distintos al TEPT, no se encontraron resultados significativos. De la misma manera, al ser los criterios de exclusión específicamente contrarios a la inclusión de participantes con intento de suicidio inminente y problemas de adicción al alcohol y otras drogas, no hubo resultados al respecto.

21.4 Tratamiento

La cuestión central que ocupa a esta investigación es la evaluación de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia doméstica, enfatizando la atención de la intervención en la sintomatología del estrés postraumático que estas mujeres presentan.

Las características de la intervención resultaron adecuadas para la población a la que fue dirigida, específicamente por tratarse de un programa breve, que se adapta a las necesidades de una población de mujeres que requiere con urgencia atención eficaz y efectiva y eficiente, sin descuidar por ello las exigencias de la práctica clínica adecuada, que otorgue los beneficios esperados a las participantes del programa, y con la intención posterior de que se generalice a la población en general. Por otra parte, el programa de intervención posee características que facilitan su aplicación en espacios donde no se requiere de abundantes recursos humanos ni materiales. De esta manera resulta que el formato grupal disminuye tiempos y costes.

21.4.1 Participación en el tratamiento

La tasa de abandono del tratamiento fue baja (6.12%). Únicamente tres mujeres abandonan el tratamiento después de la segunda y tercera sesión. Las causas por las que dejaron la intervención fueron comunicadas oportunamente a la terapeuta, y fueron por causas de fuerza mayor. Una de ellas, recibe la oportunidad de obtener trabajo después de meses de estar buscándolo y el horario ya no fue compatible con el de las sesiones terapéuticas. Las otras dos, se vieron obligadas a dejar la ciudad por temor a la inseguridad circundante en esos momentos en Ciudad Juárez.

Este índice refiere que la eficacia del tratamiento fue un éxito. Asimismo, la asistencia a las sesiones fue mayoritaria: el 73% de las participantes asistieron a las 8 sesiones. En cuanto al cumplimiento de tareas el porcentaje no fue el esperado. El 32.6% realizaron la totalidad de las tareas, mientras que poco menos de la mitad, el 42.4 % alcanzó a realizar el 80% de ellas. Aunque este porcentaje es mayor que el de los dos estudios anteriormente mencionados, debe mencionarse que el número de tareas es considerable, sobre todo tomando

en cuenta las tareas domésticas que ellas deben de cumplir a diario. Aunque se les sugería la importancia de llevarlas a cabo, los comentarios sobre la cantidad de tareas fueron frecuentes. En este sentido, sería recomendable analizar la posibilidad de abreviar las tareas para realizar en casa, teniendo en cuenta, que aunque se llevó a cabo tareas de motivación para estimular su cumplimiento, no fue posible aumentar el desempeño en este rubro.

Tras los resultados anteriores puede afirmarse que la intervención en formato grupal fue adecuada para este grupo de mujeres, pues independientemente de los inconvenientes surgidos por la disponibilidad de horarios y la cantidad de tareas, las ventajas observadas son mayores. Las participantes tuvieron la oportunidad de constatar que no eran las únicas que sufrían por el maltrato doméstico. No obstante que los primeros momentos de las sesiones de terapia fueron difíciles por razones obvias, esta dificultad aparentemente creó un vínculo que les permitió compartir sus experiencias. Además se les presentó la oportunidad de formar nuevas redes de amistad, pues lograron traspasar las barreras de los horarios de terapia e iniciar una convivencia fuera de las instalaciones donde le llevaban a cabo las sesiones.

21.4.2 Eficacia de la intervención

Tras observar los resultados de la intervención se puede concluir que los objetivos fundamentales de la evaluación se han realizado. Las participantes del grupo de tratamiento han experimentado mejoras significativas en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. Lo mismo sucedió en los síntomas de cogniciones postraumáticas, inadaptación, depresión, y autoestima e inadaptación. En el grupo no tratamiento sucedió todo lo contrario, ya que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las medidas del estrés postraumático ni en la de la sintomatología concomitante al TEPT, lo que nos lleva a concluir que la recuperación del grupo de tratamiento fue consecuencia de la intervención realizada y no meramente al paso del tiempo. Se puede concluir entonces que el tratamiento ha sido eficaz.

Cabe destacar que el principal objetivo del programa de intervención, es decir, la reducción de la sintomatología del estrés postraumático si se llevó a cabo, ya que se encontraron diferencias significativas en el postratamiento en todas las participantes, tanto en

la escala global como en cada una de las subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT. Más aún, esta recuperación mantuvo su mejoría en los seguimientos del primero, tercero y sexto mes después de terminada la intervención. Se confirma que los cambios producidos por la terapia se mantienen a través del tiempo. En la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT se produjeron reducciones notables. Específicamente, en la escala global hubo una reducción de 39.67 en el pretratamiento a 13.51 en el postratamiento, y sigue reduciéndose hasta 9.62 en el seguimiento al 6° mes. En la subescala de reexperimentación, de 12.03 en el pretratamiento a 2.82 al sexto mes; en evitación, de 15.47 en el pretratamiento a 3.05 al sexto mes; en hiperactivación, de 12.41 en el pretratamiento a 4.03 al sexto mes.

Esta misma mejoría se pudo observar en la sintomatología de los trastornos concomitantes al TEPT. Específicamente, en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, hubo una reducción de 14.62 en el pretratamiento a 6.18 en el sexto mes. En la Escala de Inadaptación en su puntaje total se redujeron las mediciones de 24.33 en el pretratamiento a 5.33 en el seguimiento al 6° mes. En la Escala de Depresión de Beck, se observó una reducción en el pretratamiento de 31.81 a 5.35 en el seguimiento al sexto mes. Finalmente en la escala de Autoestima, hubo una mejoría de 24.68 en el pretratamiento para elevarse hasta 35.03 en el seguimiento al sexto mes.

De esta manera, a través del análisis de los resultados se confirma que la intervención para tratar el TEPT, ha sido eficaz. De las participantes que terminaron el tratamiento, el 65.3% obtuvo mejorías en su sintomatología postraumática al postratamiento, recuperación que aumenta al 87.5% al sexto mes. De la misma manera, se puede observar que sólo 5 de las participantes en la intervención, continúan cumpliendo criterios del TEPT al 6° mes.

En cuanto a la inadaptación, al pretratamiento, el 98% de las participantes tenían algún grado de inadaptación, porcentaje que cambió hasta el 12.5% al seguimiento al sexto mes. De la misma forma, en los niveles de depresión se observa que al pretratamiento, el 61.2% de las participantes mostraban síntomas graves de depresión, para reducirse notablemente hasta el 5.1% al seguimiento al 6° mes. Finalmente en los niveles de autoestima, sólo el 20.4% de las

participantes mostraban niveles altos en esta escala, para aumentar hasta el 89.7% al seguimiento al 6° mes.

De esta manera se destacan los significativos cambios clínicos producidos a través de la intervención en el trastorno de estrés postraumático fundamentalmente, pero además se constata que a mayor tiempo que transcurre, mayores son los cambios producidos. Sin embargo, sin desmerecer los beneficios obtenidos por la mayoría de las mujeres participantes, no debe de hacerse de lado a quienes no los alcanzaron. Se requiere de mayores estudios que nos proporcionen las claves que nos orienten a concretar de manera muy específica el porqué no todas las mujeres logran mejorar en su sintomatología postraumática.

Sin embargo, es destacable la recuperación tan notable de la sintomatología de las mujeres participantes en todas las variables evaluadas. Aun cuando los niveles de sintomatología del TEPT fueron altos, se observó una disminución significativa, al igual que un aumento significativo en la adaptación a la vida cotidiana y en la autoestima.

Deben hacerse notar, que en los estudios realizados por Alonso (2007) con mujeres mexicanas, a pesar de que fueron quienes tuvieron una historia de violencia más larga, y sin contar casi con redes de apoyo social en muchos casos, fueron quienes obtuvieron una mejoría más rápida en comparación de la muestra de mujeres españolas y muestra de mujeres inmigrantes de su estudio. La mejoría de las mujeres del estudio que nos ocupa, obtuvieron similar mejoría, aun cuando sus mediciones parecían predecir lo contrario. Alonso (2007) otorga una posible explicación con la que estamos de acuerdo. Además de observar que se mostraban muy motivadas para el tratamiento, según sus palabras “(...) podría ser que por primera vez se encuentran en un contexto de ayuda profesional, junto con mujeres en su misma situación, un contexto que las des culpabiliza, que no las juzga, que las apoya, les ayuda a valorarse y les recuerda su derecho a vivir dignamente”, Alonso (2007, p. 421).

21.4.3 Evaluación del tratamiento por parte de las participantes

Esta evaluación se llevó a cabo con la Escala de Cambio Percibido, que cuenta con dos indicadores para estimar el grado de satisfacción de las participantes en cuanto al tratamiento recibido. Se puede observar una mejoría en cuanto al cambio percibido, pues del 34.77 en la pretratamiento, aumenta a 45.03 en el seguimiento al 6° mes, que otorga un indicador de que las participantes continúan con la percepción de que lo aprendido durante la intervención ha suscitado en ellas un cambio favorable a través del tiempo.

En cuanto a los componentes del programa de intervención es importante mencionar que el cambio favorable se percibe aun cuando alguno de los elementos del programa de intervención, en su momento resultaban aversivos. Para ejemplificar esta situación sucede en la sexta sesión, cuando habría de iniciarse con la grabación del evento traumático. Inicialmente fue difícil casi para todas las participantes, sin embargo, al darse cuenta de que el dolor era cada vez menos en cada repetición, reconocieron la utilidad de la terapia exposición y refirieron sentirse aliviadas, mejoradas. Además, los ejercicios de respiración tuvieron la aprobación de todas las participantes. Refirieron mejorías en cuanto a la cantidad y calidad de sueño, además de mejorar su estado de ánimo, la manera en que trataban a sus hijos y de manera muy importante, como se sentían menos angustiadas cuando llegaban a tener recuerdos o sueños intrusivos.

21.5 Respecto a la Metodología

Algunas investigaciones con muestras clínicas presentan dificultades metodológicas referentes al reclutamiento y selección de sus muestras. Esta investigación, no estuvo totalmente exenta de algunas de ellas. A continuación, detallaremos como fueron solventados estos inconvenientes.

A pesar de ser una ciudad con muchas carencias de todo tipo, Ciudad Juárez se puede presumir como una de las entidades mexicanas pioneras en preocuparse por atender los

problemas asociados con la violencia hacia las mujeres, sobre todo la doméstica. Así surge la creación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y algunas asociaciones civiles. La atención a la violencia contra las mujeres, aumenta cuando el nombre de la ciudad quedó internacionalmente estigmatizado a partir del fenómeno social conocido como las “muertas de Juárez”¹. No obstante, esta atención ha acarreado algunos beneficios. A partir del surgimiento de estos eventos, se propició la creación de diversos centros cuya prioridad fue atender a las mujeres víctimas y a sus familias que acuden en busca de ayuda. Son estas instituciones, centros y asociaciones civiles a quienes se recurrió para la formación de los grupos terapéuticos. De esta manera, se logró reunir a un grupo de 62 mujeres después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, mismas que constituyeron la muestra total de este estudio. Tomando en cuenta que existen estudios sobre violencia doméstica desde 5 y hasta 103 participantes, esta investigación se sitúa en su número muestral en un nivel intermedio entre los otros que le han antecedido. Cabe anotar que fue una tarea difícil y un tanto lenta, posiblemente por las condiciones sociales de extrema violencia en las que se desarrolló esta investigación.

Para cumplir con el criterio metodológico de la creación de un grupo control, se aprovechó una situación totalmente ajena a la investigación, surgida en el momento de la creación de los grupos terapéuticos. De las 62 mujeres que finalmente iban a ser parte de la intervención, 13 de ellas, al realizarse los acuerdos de horarios para iniciar la terapia grupal, por diversas razones se declararon no capaces para poder asistir. A ellas se les comunicó que podrían ser atendidas bajo terapia individual, aunque al enterarse de que el tratamiento ofrecido por las terapeutas de los centros donde se estaba trabajando eran diferente al que se les había ofrecido para atender los síntomas del estrés postraumático, solicitaron esperar a la

¹ El fenómeno de las así llamadas “Muertas de Juárez” que colocó a esta ciudad mexicana en el centro de la atención mundial, ha acumulado una estadística de 1,200 homicidios de mujeres entre 1993 y 2012, según cifras oficiales. Hasta 2007, la gran mayoría de los 794 asesinatos de mujeres han ocurrido en el contexto de la violencia doméstica o relaciones de pareja. De 2008 a 2012 los crímenes contra mujeres registraron una notable alza de 406 casos en ese lapso debido a la guerra de las drogas. Es difícil determinar el porcentaje de homicidios de mujeres por razones de género, ya que la estadística está impactada por venganzas contra esposas, parejas, hermanas e hijas de traficantes de drogas. Los feminicidios, no obstante, siguen presentes en el comportamiento delictivo de Ciudad Juárez hasta el presente.

formación de nuevos grupos e incluirse en ellos. Se aprovechó esta decisión para preguntarles si estaban dispuesta a participar en una evaluación pretratamiento, y cuando concluyera el grupo que estaba recién a iniciar, es decir, a los dos meses de transcurridas las ocho sesiones terapéuticas, se realizaría una segunda evaluación pretratamiento. Después de esta evaluación, podrían tomar el tratamiento al inicio de la formación de otros grupos. Al responder las participantes de manera afirmativa, surge el grupo de no tratamiento. El hecho de estar ausentes del programa de intervención, permitió comparar la eficacia de la intervención en el mismo lapso de tiempo en que ésta transcurre. Por lo demás, esta alternativa permitió trabajar con un grupo conformado por las mismas mujeres evaluadas y que se demostró que es un grupo homogéneo, además, entre la preevaluación y postevaluación, transcurre el mismo tiempo destinado a la intervención.

Sin embargo, debe señalarse la asignación no aleatoria de las participantes en el programa de intervención, factor que ha buscado aminorarse mediante el previo análisis estadístico de homogeneidad de las características sociodemográficas e historia de violencia en los grupos.

21.6. Limitaciones del estudio y directrices futuras.

Respecto a las limitaciones que se pudieron observar en este estudio, es la del tamaño muestral. Anteriormente se comentó acerca de las dificultades para reunir una muestra de 62 mujeres víctimas de violencia doméstica y con trastorno de estrés postraumático, que es la que conforma el presente estudio. Sin embargo, por tratarse de una muestra clínica, puede considerarse un tamaño intermedio, si se toman en cuenta las dificultades sorteadas en un ambiente caótico como el de Ciudad Juárez y si se contrasta con las dos investigaciones que le anteceden a este estudio. No obstante, sería recomendable para investigaciones futuras, el aumento de la muestra, que permita aumentar la potencia de la investigación.

Otro factor que puede considerarse como limitación fue la aleatorización de las participantes de la muestra. La homogeneidad de la muestra en sus características sociodemográficas posibilita allanar este hecho.

La utilización de instrumentos de evaluación validados sólo en muestras norteamericanas o españolas, puede considerarse otra limitación. Debe destacarse el caso del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, y la Escala de Autoestima de Rosenberg por la confusión que presentó para algunas de las mujeres de este estudio.

Otra limitación es el seguimiento llevado a cabo sólo hasta el 6° mes después de finalizada la intervención. Se recomienda continuar con los seguimientos hasta el doceavo mes de terminado el programa de tratamiento.

En el caso de las tareas asignadas para realizar en casa, resultó agobiante para la mayoría de las participantes del estudio, lo que trajo como consecuencia, que algunas de ellas manifestaran el deseo de no asistir a las sesiones terapéuticas, para evitar la vergüenza de no haber cumplido con ellas. Se recomienda buscar un método de reducción de ellas, pues se considera que todas son importantes para el buen desarrollo de la intervención.

Finalmente, el hecho de que el programa de intervención haya sido aplicado sólo a mujeres que acuden a las instancias gubernamentales y no gubernamentales de ayuda y orientación para víctimas de violencia doméstica, no permite la generalización de los resultados de esta investigación.

22. CONCLUSIONES

Este apartado servirá para dar a conocer las conclusiones generadas a través del estudio, así como algunas impresiones a nivel personal que tienen que ver con la práctica clínica.

1. A través de la aplicación del programa de intervención, se ha podido constatar la eficacia del tratamiento para el TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica. Se puede afirmar que la intervención es un éxito y que las mujeres participantes han obtenido importantes beneficios al reducir significativamente su sintomatología postraumática. La importancia es mayormente gratificante, cuando se reflexiona en el enorme sufrimiento que han padecido estas mujeres por periodos importantes de su vida.

2. El formato grupal en que se desarrollo la intervención terapéutica, resultó para las participantes de este estudio en una alternativa que les brindó la oportunidad de crear redes sociales importantes para el mantenimiento de los avances obtenidos a través de la intervención. Además, a través de las sesiones terapéuticas, fortalecieron el vínculo de compañerismo, importante para ayudarlas a reconocer que su experiencia de violencia doméstica a la que fueron expuestas de manera crónica es compartida por otras mujeres y que a través de su esfuerzo personal pueden ser superados. En este sentido, el beneficio fue mayor, ya que pudieron traspasar ese vínculo fuera de los muros de la sala de sesiones terapéuticas. La cohesión de los grupos participantes, fue un logro no esperado, pero muy importante dentro del trabajo clínico. Se considera que esta unión se posibilitó al realizar los seguimientos después de finalizada la terapia, en grupo, a excepción de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.

3. No obstante los beneficios obtenidos a través de la intervención, deben considerarse los comentarios de las participantes en cuanto al número de sesiones. La mayoría de ellas manifestaba su deseo de que el tratamiento fuese más prolongado. Esta sugerencia parece valida al quedar la terapeuta con la impresión clínica de la necesidad de aumentar el contenido de la psicoeducación, haciendo énfasis en el trabajo sobre cogniciones distorsionadas y elevar la autoestima.

4. Finalmente, se debe considerar un factor que consideramos destacable –aunque no medido estadísticamente- al observar a través de los comentarios vertidos en las sesiones terapéuticas las expresiones radicales de ira. La mayoría de las participantes, ya en un ambiente cohesionado, manifestaban su deseo de ver saber castigados a sus agresores. Debe destacarse el hecho de que aún cuando no tenemos datos cuantitativos, la mayoría de las participantes admitió la fantasía -todos los días elaborada- de acabar con la vida de su agresor. No obstante que reconocían el beneficio de la intervención, parece inminente encontrar herramientas para el manejo de la ira y las distorsiones que trae consigo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice, 10*, 1, 55-77.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M.P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, Troncoso, P., Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 48*(2), 114-122. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272010000300004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-92272010000300004
- Alberdi I., Matas N., (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. *Colección Estudios Sociales. (10)*. Barcelona. Fundación “La Caixa” Eds. Disponible en: www.estudios.lacaixa.es
- Alonso G., Edurne. *Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con Trastornos de Estrés Postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis doctoral. U.A. M., Madrid, 2007.
- Amar, J., Ocampo, L.E. (2012). Post traumatic stress disorder and adaptive capacity in victims of intimate partner violence. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 29* (2), 257-275. Barranquilla, Colombia.
- American Psychological Association (1999). *Resolution of Male Violence against Women*. Disponible en: <https://www.apa.org/about/policy/male-violence.aspx>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.^a ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española, Masson, 2002.

- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. (2001). 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.
- Ancer, L., Meza, P., Pompa, E., Torres, F., y Landero, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 1(16), 91-101.
- Arango, I. (2011) La teoría del apego en la agresión y en la violencia. En Medina-Mora et al. (Coord.) *La agresión y la violencia. Una mirada multidisciplinaria*. (pp.137-156). México. El Colegio Nacional.
- Arinero, A. (2006). Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica. Tesis no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Asamblea General, Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.(1993). Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Bados, A. (2005). Trastorno por estrés postraumático. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Bados, A. (2011). Terapia cognitiva de Beck. En Labrador, F.J. Coordinador. *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 517-533). España: Ediciones Pirámide.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. International Universities Press.
- Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J. & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey(NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf

- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., Amaris, M.C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1):97-110.
- Bifulco A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., Beer, N. (2006). Adult attachment style a mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10):796–805.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but no psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 10 (98). doi: 10.1186/1471-244X-10-98.
- Brewin, C. (2003). *Memory and Posttraumatic stress disorder*. University College: London
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes, and policy implications. *American Psychologist*, 48(10), 1077-1087.
- Bryant, R. & Harvey, A. (2000). *Acute stress disorder: A hand-book of theory, assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Calcedo, A. (2000). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González, *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp.1-17). Barcelona: MASSON, S.A.

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2012). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2012, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión/Secretaría/General/Secretaría de Servicios Parlamentarios/Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, pp. 29. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Castro R., Casique I. (2008). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Autónoma de México. México. UNAM.
- Centers for Disease Control and Prevention. Physical dating violence among High School students, United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (19), (2006), 532-535.
- Cerdá, M., DiGangi, J., Galea, S., Koenen, K. (2012). Epidemiologic research on interpersonal violence and common psychiatric disorders: where do we go from here? National Institute of Health. *Depress Anxiety*, 29(5): 359–385. doi:10.1002/da.21947.
- Chambless, D. L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Crespo M. y Ma. M., Gómez (2012). La evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*. 23(1), 25-41
- Colosetti, S. & Thyer, B. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification*, 24 (5), 719-739.
- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994), Convención de Belem do Pará, Brasil.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1996). *Convención de Belém do Pará*, Belem do Pará, Brasil, p. 77. En http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf

- Cox, J. & Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 395-413.
- Dutton, D.G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver: UBC Press.
- Dutton, D.G. (2007). *The abusive personality. Violence and control in intimate relationship*. New York: The Guilford Press.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of posttraumatic stress disorder. En W. Yule (ed.), *Posttraumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 193-220). Chichester: England: Wiley.
- Echeburúa, E. (2010). The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: How to survive a disaster? *Terapia Psicológica*, 28(2), 147-154.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., (2006). Violencia en la relación de pareja. *Psiquiatría y mujer*. Aula Médica Ediciones. Ezcurra, J., González-Pinto, A., Gutiérrez, M. (Eds.). Madrid: Siglo XXI
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J. (2011). Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En V. Caballo, I. C. Salazar, J.A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 266-280). Barcelona: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90): 503-526.
- Echeburúa, E., 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), 627-645.

- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Escudero, A., Polo, C., López, M. y Aguilar, L. (2005). La Persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXV (95), 85-117.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1977). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-1)*. Barcelona: Masson.
- Flury M , Nyberg E, Riecher-Rössler A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*. doi:10.4414/smw.2010.13099
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D. & Orsillo, S. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.
- Foa, E, Riggs, D., Massie, E. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation an anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.

- Fonseca, A.M., Fernández J.C., Silveira C., Regina A., (2009). Alcohol-related domestic violence a household survey in Brazil. *Revista Saúde Pública*, (43)5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500002&lng=en&nrm=iso
- Girón, S. (2011). Trastornos por consumo de alcohol y violencia de género: Breve revisión y consideraciones sobre su posible asociación. *Revista Adicción y Ciencia*, 1(1). Recuperado de <http://www.adiccionyciencia.info/giron.html>
- Gleason, W. (1993). Mental disorder in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8,(1), 53-68.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Holiman, M. & Schilit, R. (1991). Aftercare for battered women: How to encourage the maintenance of change. *Psychotherapy*, 28 (2), 345-353.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41: 209-218.
- Hyde J.S., Mezulis A.H., Abramson L.Y. (2008). The ABC's of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2):291–313.
- Humpreys, Thiara & Regan., (2005). *Domestic violence and substance use: overlapping issues in separate services?*. Centre for the Study of Safety and Well-Being (SWELL). University of Warwic. Recuperado de <http://repository.unimelb.edu.au/10187/2128>
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (World Health Organization, 2002) Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

INMUJERES (2002). *Legislar con Perspectiva de Género*, México, INMUJERES. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>

INMUJERES (2002). *Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres, Proequidad, (1)*, México, INMUJERES. En <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/>

INMUJERES (2004). *Compilación de los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres*, México, INMUJERES, pp. 269-298. En http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_onuinteres/compilaci.htm

INMUJERES (2007). *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres ¡Conócela!*, México, INMUJERES, p. 5. En http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/lgimh.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía . (2012). *Mujeres y Hombres en México*. México. INEGI. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía . (2011). *Panorama de violencia contra las mujeres en México*. México: INEGI.

Izquierdo M., Estructura y Acción en la Violencia de Género. (2007). Dentro de Violencia deliberada. Las raíces de la violencia patriarcal. María Dolores Molas Font (ed). Icaria Editorial. Barcelona.

Johnson, H. (1999). Dangerous domains: violence against women in Canada. International Thompson

Johnson, S. B., Frattaroli, S., Campbell, J., Wright, J., Pearson-Fields, A. S., & Cheng, T. L. (2005), "I know what love means." gender-based violence in the lives of urban adolescents. *Journal of women's health, 14*(2), 172-179.

Koss, M.P., Goddman, L.A., Browne, A., Fitzgerald, L.F., Keita, G. P., & Russo, N.P. (1995), *No safe haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington. APA.

- Kubany, E., Hill, E., & Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress, 16 (1)*, 81-91.
- Kubany., E., Hill, E., Owens, J., Ianne-Spencer, C., McCaig, M.A. & Tremayne, K.J.(2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 1*, 3-18.
- Krug, EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002
- Kyriacou, D.N., Anglin D., Taliaferro E., Stone S., Tubb T., Linden J.A., Muelleman R., Kraus J.F., (1999). *Risk factors for injury to women from domestic violence against women*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601509>
- La eliminación de la violencia en contra de las mujeres en México: enfoque desde al ámbito internacional. (2006). México: Secretaría de Relaciones Exteriores:UNIFEM:PNUD.
- Labrador, F.J. (2011). Técnicas de control de la activación. En Labrador, F.J. Coordinador, *Técnicas de modificación de la conducta* (pp. 199-223). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F.J., Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 76/77*, 47-65.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco M. R., 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
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco M. R., Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema, 22 (1)*, 99-105. www.psicothema.com
- Labrador F. J., Paz P., de Luis P., Fernández-Velazco, M. R., (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género. Agencia Estatal boletín Oficial del Estado. España. [BOE-A-2004-21760](#). Disponible en: www.boe.es.

Lila, M. (2010). Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. *Intervención Psicosocial* (19)2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592010000200001&lng=es&nrm=iso

Lozano, A. R. (1997). *La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la ciudad de México*. Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud. Documento presentado en el Seminario Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe, Costos, Programas y Políticas. México.

Mancoske, R., Standifer, D., & Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4 (1), 53-63.

Matud, Ma. P., Gutiérrez, A.B., Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 88. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1155#inicio>

Matud, Ma. P., Padilla, V., Gutiérrez, A.B., (2009). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid. Minerva Ediciones.

Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The Cage questionnaire: validation of the new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.

McBride, D. (2001). *Groups for Abused Women: Treatment Outcome*. (Tesis doctoral, The University of Calgary). Disponible en: <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/nq64874.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud

(PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).(2003). *Violencia Doméstica* (Ministerio de Sanidad y Consumo). Disponible en: www.msc.es.

Miracco, M., Vetere, Zarankin, A., Vallejos, M. & Rodríguez, R. (2008). Tratamientos Psicoterapéuticos Eficaces para Mujeres Golpeadas con Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (17), 57-64

National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Department of Veterans United States of America (2011). *Let's know about PTSD treatments*. Department of Veterans Affairs. Washington, D.C.

OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS

Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

ONU (1994). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*. Nueva York, UN, s/p. En [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument)

ONU (1996). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, del 4 al 15 de septiembre de 1995. Nueva York, UN, s/p. En <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe*.

Recuperado

de

http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

Quirós, E. (2003). El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas Psicológicas*.(3)4, 153- 161

Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=iso

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=iso

Ramírez Rodríguez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud Pública de México*, 48(2) 315-327. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604812>

Riggs, D., Caulfield, M. & Street, E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10) 1289-1316.

Rincón, P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica: Evaluación de Programas de Intervención*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I). Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26887.pdf>

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=iso

Rincón, P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de programas de intervención*. Proyecto D.E.A. Universidad Complutense de Madrid.

Rincón, P., Labrador, F.J., Arinero, M., Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.

Rodríguez L., López-Cepero J., Rodríguez F., (2009) Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica.(2009). *Psicothem* (21) 2, 248-254.

- Rodríguez-Martos, D., Navarro, R.M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 4, 136-139.
- Rosenbaum, A. & O'Leary, D. (1989). Marital Violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 63-71.
- Ruiz, R., (2008). *La violencia familiar y los Derechos Humanos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., Corral, P., (2006). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En Echeburúa E. & Ediciones Pirámide (Eds.), *Personalidades Violentas* (pp. 111-128). España: Ediciones Pirámide.
- Schlee, K., Heyman, R. & O'Leary, K.D. (1998). Group Treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants? *Journal of Family Violence*, 13 (1), 1-20.
- Sears, H. A., Byers, E. S. & Price, E. L. (2007), The co-occurrence of adolescent boys 'and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviors in their dating relationships. *Journal of Adolescence*, 30, 487-504.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. (2003). *Violencia contra las mujeres: Un reto para la salud pública en México*. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. México.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco. Freeman Publishers.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford Press.

- Silva, M. A., Falbo, G. H., Figueiroa, J. N., & Cabral, J. E. (2010). Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública*, (26), 2, 264-272. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200006&script=sci_arttext
- Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 10, 55-68.
- Taft A.J, Watson L.F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*. 8:75. [PubMed: 18302736]
- Traymane, S. (2012). *Intimate partner violence as a risk factor for PTSD in female survivors for domestic violence: A meta-analysis* (Tesis doctoral). Recuperada de http://ecommons.luc.edu/luc_diss/316
- Tutty, L., Bidgood, B. & Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: *Research on their efficacy*. *Journal of Family Violence*, 8 (4), 325-343.
- Twed, R. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, (pp.217-230).
- United Nations. Beijing *Declaration and Platform for Action: Fourth Conference on Women*. September 4-15, Beijing, 1995. New York: United Nations; Division for the Advancement of Women; 1995.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. *Vienna Declaration and Programme of Action: World Conference on Human Rights*. June 14-25. Vienna, 1993. Geneva: UNHCHR; 1993.
- United Nations. Secretary-General's Campaign. (2009). *Unite to End Violence against Women*. UN Department of Public Information, DPI/2546C. Recuperado de http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf

- United Nations Population Fund. *Programme of Action: International Conference on Population and Development*. September 5-13, Cairo, 1994.
- Van del Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad, validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 10*(1), 59-81.
- Velzeboer, M., (2003). *Violence against women: the health sector responds*. Pan American Health Organization. U.S.A. PAHO Library
- Venguer, T., Fawcet, G., Vernon, R., Pick, S. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe. México. Solar, Servicios Editoriales.
- Vienna Declaration and Programme of Action of the World Conference on Human Rights, (1993). United Nations Human Rights. Viena, Austria.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Walker, L. (2009). *The Battered Woman Syndrome* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*(1), 21-29.
- Ward, R. (1977). Aging group consciousness. Implications in an older sample. *Sociology and Social Research, 61*(4), 496-519.
- Wathen, N. C., MacMillan, H. L., (2003). Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. *JAMA; 289*(5), 589-600.

- Woods, S. (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we Know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 394-402. doi: 10.1177/0886260504267882
- Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye-movement desensitization: a case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(1), 39-43. doi.org/10.1016/0005-7916(91)90032-Z.
- World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects on intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013.
- World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; (2002).
- Wynn, N. (1997). *Patterns of Diversity and Forms of Interpretation: A Cultural Analysis of Immigrant Mexican Women who have been Battered*. (Tesis Maestría). De la base de datos de Bell & Howell Company. (UMI No. 9714262)
- Zilberman, M.L, & Blume, Sh. B. (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462005000600004

ANEXOS

FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES

ID: _____

Nombres: _____ Fecha de Entrevista: _____

Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Hijos: No Si Cuantos: _____ Edad: _____

Nivel Educativo: _____ Profesión: _____

Ocupación: _____

Horario Disponible: _____

Clase Social Subjetiva: Baja Media Baja Media Media Alta Alta

Teléfonos: Casa: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____

Con quien vive: _____

Con el Agresor: No Si Depende Económicamente de El: No Si

Domicilio: _____

Código Postal: _____ Fuente de Derivación: _____

Grupo de Tratamiento Asignado: _____ Fecha de Inicio: _____

Resumen Evaluación Pretratamiento:

DIMENSION EVALUADA	RESULTADOS
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puntaje Total: Reexperimentación: Evitación: Aumento Activación:
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puntaje: Diagnóstico:
Otro Trastorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diagnóstico:
Abuso y Dependencia de Sustancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diagnóstico:
Autoestima	Puntaje:
Inadaptación	Trabajo-Estudios: Vida Social: Tiempo Libre: Relación Pareja: Vida Familiar: Escala Global:
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo: El Mundo: Autopunción: Escala Global:

Resumen Segunda Evaluación Pretratamiento: Si No (Fecha: _____)

DIMENSION EVALUADA	RESULTADOS
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puntaje Total: Reexperimentación: Evitación: Aumento Activación:
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puntaje: Diagnóstico:
Autoestima	Puntaje:
Inadaptación	Trabajo-Estudios: Vida Social: Tiempo Libre: Relación Pareja: Vida Familiar: Escala Global:
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo: El Mundo: Autopunción: Escala Global:

Asistencia a Sesiones:		Cumplimiento de Tareas:	
Número Total	Porcentaje	Número Total	Porcentaje

Evaluación Mitad del Tratamiento:

DIMENSION EVALUADA	RESULTADOS
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo: El Mundo: Autopunción: Escala Global:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. **Si la paciente vive con el agresor, preguntar: ¿Con que frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?*
**Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar: ¿Durante el tiempo que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿En el último mes de convivencia?*
7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?
8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos anteriores?
12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?

Si: *14B
No: *15
- B. ¿Cuántas veces?
- C. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?

Si: *15B
No: *16
- B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?
- C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
16. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?

Si: *16B
No: *17
- B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
17. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.
19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandono? (*Registrar si está tomando medicamentos*)
20. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?

Si: *20B
No: *21
- B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?
- C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?
21. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
22. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?

23. ¿Tiene problemas de salud importantes?

24. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?

Si: *CAGE

No: *25

25. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?

26. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?

27. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

© Paulina Paz Rincón González, 2000

CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO CAGE

Hayfield, Mcleod y Hall (1974)

1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica por su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

Retomar entrevista estructurada, pregunta 25.

ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUAMTICO

Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997)

ID: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Tipo de Evaluación: _____ Fecha Evaluación: _____

SUCESO TRAUMATICO (Definir tipo de maltrato a que esta o estuvo sometida): _____

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años)?: _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: _____

0:	NADA
1:	UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
2:	DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
3:	5 O MAS VECES POR SEMANA / MUCHO

Colóquese en cada frase la puntuación REEXPERIMENTACION

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REESXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15) _____

EVITACION

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____
 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____
 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
- PUNTUACIÓN SINTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21) _____

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____
 2. ¿Esta irritable tiene explosiones de ira? _____
 3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____
 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
- PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15) _____

PUNTUACION TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Rango 0-51) _____

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación y de 2 en el de aumento de la activación.

- Si
- Agudo (1-3meses)
- Crónico (> 3 meses)
- Con inicio demorado

No

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	Punto de Corte	Puntuación Obtenida
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (rango 0-15)	4	

INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

Foa, Ehtlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy Totalmente en Desacuerdo 2. Estoy Muy en Desacuerdo 3. Estoy Levemente en Desacuerdo 4. Me es indiferente 5. Estoy Levemente de Acuerdo 6. Estoy Muy de Acuerdo 7. Estoy Totalmente de Acuerdo |
|---|

Lea atentamente:	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Levemente en Desacuerdo	Indiferente	Levemente de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.	1	2	3	4	5	6	7
2. No confié en que hare las cosas bien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil.	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y hare algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlas mis emociones y pasara algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7

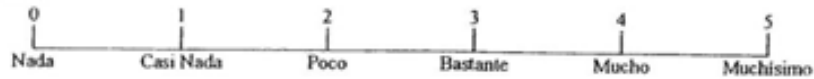
Lea atentamente:	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Levemente en Desacuerdo	Indiferente	Levemente de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5	6	7
15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no conociera nada en absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuando sucederá algo horrible.	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA DE INADAPTACIÓN
Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

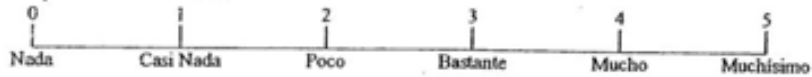
TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



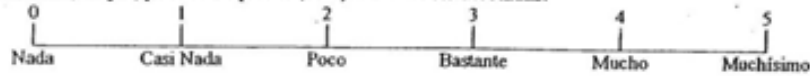
VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



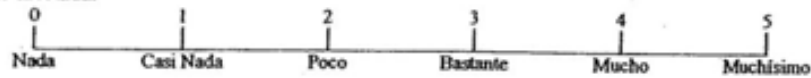
TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



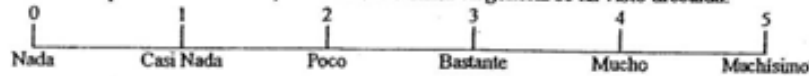
RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



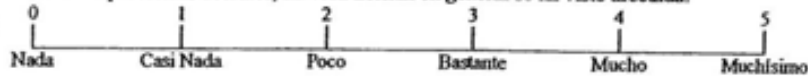
VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguiente ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1 = Muy de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = En desacuerdo
4 = Muy en desacuerdo

1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

2.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

3.- Creo que tengo varias cualidades buenas.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

5.- Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

6.- Tengo una actitud positiva hacia mí misma.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

7.- En general, estoy satisfecha conmigo misma.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

8.- Desearía valorarme más a mí misma.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

9.- A veces me siento verdaderamente inútil.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

10.- A veces pienso que no sirvo para nada.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

Escala modificada para ser utilizada con población femenina

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (SCID-I)

⇒ TRASTORNO DE ANGUSTIA

✓ 1 ¿Alguna vez ha experimentado crisis de angustia en las que de repente se ha sentido asustada o ansiosa o de repente manifestó gran cantidad de síntomas físicos?

SI ⇒ ¿Alguna vez han aparecido estas crisis completamente por sorpresa en situaciones en las que no esperaba encontrarse nerviosa o incómoda?

SI NO ESTÁ CLARO ⇒ ¿Cuántas crisis de este tipo ha tenido? (¿Cómo mínimo dos?)

NO ⇒ 25

→ A- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

✓ 2a Después de alguna de estas crisis...¿le preocupa que algo malo le pudiese estar ocurriendo, como que hubiese tenido un ataque al corazón o se hubiese vuelto loco? ¿Cuánto tiempo le preocupó esto? (¿Cómo mínimo un mes?)

SI ⇒ 2b

NO ⇒ ¿Estuvo preocupada por padecer otra crisis? (¿Durante cuánto tiempo estuvo preocupada por ella? ¿Cómo mínimo un mes?)



SI ⇒ 2b

NO ⇒ ¿Hizo algo diferente debido a la crisis, como evitar determinados lugares o no salir sola?, y ¿evitar determinadas actividades como el ejercicio? ¿y cosas como asegurarse tener siempre cerca unos ascos o sabida?

NO ⇒ 25

→ (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias
- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- Cambio significativo del comportamiento

2b ¿Cuándo tuvo la última crisis grave? ¿Qué fue la primera cosa que notó? ¿Luego qué?

ENTREVISTA ESTRUCTURADA VERSIÓN DSM-IV: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Inclusión: A

Exclusión: B, C

→ Nota diagnóstica: El trastorno de Angustia puede ser diagnosticado con o sin agorafobia. Para las preguntas de agorafobia, ver la sección siguiente.

(A) Crisis de angustia inesperadas recidivantes, en que al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: 1) inquietud persistente ante la posibilidad de tener crisis, 2) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto al miocardio, “volverse loco”, o 3) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

1. A. Una crisis de angustia o ansiedad es un arrebató repentino de miedo, ansiedad o malestar muy intensos, que surge repentinamente sin razón alguna. ¿Ha experimentado esto alguna vez?
- Sí: *1B.
No: *3.
- B. ¿Me lo podría describir?
¿Cuántas crisis ha experimentado?
¿Alguna vez se ha despertado a causa de ellas?
¿Hay alguna situación que provoque estas crisis?
- Sí: *1C.
No: *1D.
- C. ¿Le ha ocurrido esto sólo en esas situaciones o también ha tenido estas crisis debido a desánimo o en situaciones en que no se lo esperaba?
- D. ¿Le ha preocupado el las crisis se repitan en el futuro?
- Sí: *1E.
No: *1F.
- E. Cuando se ha sentido preocupada porque las crisis se repitan ¿Cuánto tiempo pasa hasta que usted deja de preocuparse por la ocurrencia de una nueva crisis?
- F. ¿Qué preocupaciones ha tenido en relación a estas crisis? (¿Le ha preocupado que pueda tener un ataque al corazón? ¿O que pueda volverse loca o perder el control?...)
- Sí: *1G.
No: *1H.
- G. ¿Durante cuánto tiempo le han preocupado estas consecuencias?
- H. ¿Ha habido algún cambio en su comportamiento o en sus rutinas diarias desde que comenzaron estas crisis?

PAUTA DE EJERCICIOS PARA EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES

- La duración de cada ejercicio no debe ser muy larga, estimándose entre dos y cuatro minutos el tiempo óptimo de realización, con períodos de descanso (uno o dos minutos) entre cada ejercicio o cada repetición del mismo ejercicio.
- El número de veces que debe repetirse cada ejercicio dependerá de que se haya conseguido o no el objetivo establecido.
- Si se da un problema de hiperventilación, caracterizado por sensaciones de mareo o malestar, debe cortarse inmediatamente el ejercicio en curso y utilizar algún procedimiento para disminuir la cantidad de oxígeno inspirado (por ejemplo, espirar e inspirar varias veces dentro de una pequeña bolsa a fin de que se inspire el aire ya respirado y con menor cantidad de oxígeno).

Primer Ejercicio

Objetivo:

- Ser capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones.

Descripción:

Adoptar una posición cómoda, preferentemente tumbado y con los ojos cerrados.

Asimismo, debe haber escaso ruido exterior y las ropas deben ser holgadas para que no opriman ni molesten.

Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago para que las sensaciones táctiles refuercen las sensaciones internas y ayuden a percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración-espiración. A continuación se comienza a hacer inspiraciones pausadas tratando de dirigir el aire en primer lugar a la parte inferior del tronco, y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media. Debe notar que primero se hincha la zona de su cuerpo bajo la mano del vientre y después la zona que está bajo su segunda mano (el estómago).