



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD



**Programa de Intervención para Mujeres con reporte de
Trastorno de Estrés Postraumático que han experimentado
Violencia Extrema por parte de la Pareja Íntima**

Tesis

que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

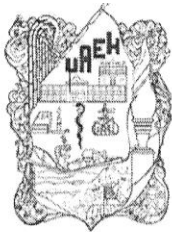
Presenta:

LIC. EN PSIC. NIDIA IRAIS MORENO VARGAS

Director(a) de Tesis

DRA. MELISSA GARCÍA MERAZ

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., Julio, 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Área Académica de Medicina

Department of Medicine

Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

28/junio/2016

AAM/MCBS/051/2016

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Moreno Vargas Nidia Iraís

Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Programa de intervención para mujeres con reporte de trastorno de estrés postraumático que han experimentado violencia extrema por parte de la pareja íntima", con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE DRA. REBECA GUZMAN SALDAÑA

PRIMER VOCAL DRA. MELISSA GARCÍA MERAZ

SECRETARIO DRA. GLORIA SOLANO SOLANO

SUPLENTE DRA. ISABEL REYES LAGUNES

SUPLENTE DR. RUBEN GARCÍA CRUZ

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DRA. ARACELI ORTIZ POLO
COORDINADORA DE POSGRADO ICESA



Instituto de Ciencias de la Salud
Exhacienda la Concepción s/n Camino a Tlaxiaca
San Agustín Tlaxiaca Hgo. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308
mtria_bio_sal@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”

(Kofi Annan)

Agradezco enormemente a esas mujeres que compartieron sus experiencias de vida para el desarrollo de este trabajo y que se esfuerzan día a día para lograr su propia felicidad y la de sus hijas e hijos, admiro su valentía y sus fuerzas para salir adelante a pesar de las adversidades... Gracias al Refugio “En Familia Rompamos el Silencio, A. C.” por darme la oportunidad de ingresar a este espacio y poder colaborar con ustedes, muchas gracias por la confianza y las facilidades otorgadas.

Gracias infinitas a Dios por permitirme lograr una meta más y no soltarme nunca de su mano.

A mis padres, por ser mi pilar y mi más grande apoyo, por su amor incondicional, sus enseñanzas y porque siempre han depositado su entera confianza en cada reto que se me ha presentado sin dudar ni un solo momento en mí. Es por ustedes que soy lo que soy ahora. Los amo con todo mi corazón.

A mi hija, gracias mi amor porque has llenado mi vida de luz, porque me has hecho ver que soy capaz de lograr tantas cosas, te has convertido en mi motor más grande. Gracias por entender las horas de trabajo y estudio, gracias por enseñarme a admirar y a disfrutar de cada detalle, gracias por iluminar y llenar de amor y felicidad cada día de mi vida... Te amo infinitamente mi pequeñita.

Gracias a mis Maestras y Maestros, a la Dra. Melissa García Meraz, por ser una excelente guía en este trabajo, gracias por su tiempo dedicado y la confianza depositada, a la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, también por su incondicional apoyo y guía, agradezco enormemente la oportunidad de haber aprendido de ustedes, admiro su profesionalismo, gracias a cada uno de los revisores de este trabajo.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1 VIOLENCIA: CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS	5
1.1 Conceptualización y estadística	5
1.2 Aproximaciones Teóricas al fenómeno de la Violencia	6
1.3 Clasificación de la Violencia.....	8
□ La violencia Autoinfligida	8
□ La violencia interpersonal	8
□ La violencia colectiva.....	9
1.4 Violencia contra la Mujer.....	10
1.4.1 Tipos de Violencia.....	13
CAPÍTULO 2. VIOLENCIA EN LA PAREJA ÍNTIMA	15
2.1 Conceptualización.....	15
2.2 Estadísticas Internacionales, Nacionales y Estatales.....	15
2.3Tipología de la Violencia de Pareja.....	16
2.3.1 Violencia Ocasional o Situacional	16
2.3.2 Terrorismo Íntimo.....	16
2.3 Ciclo de la Violencia	17
2.5 Consecuencias de la Violencia de Pareja Íntima.....	19
CAPÍTULO 3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	22
3.1 Conceptualización y Epidemiología	22
3.2Clasificaciones diagnósticas internacionales.....	23
3.3 Modelos Cognitivo-Conductuales del Trastorno de Estrés Postraumático	34
3.4 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.....	46
CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES PARA MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA.....	50
4.1 Descripción de las Intervenciones.....	50
4.2 Intervenciones en México	56
4.3 Intervenciones en Hidalgo.....	64
CAPÍTULO 5. MÉTODO	67
Pregunta de Investigación	67
Objetivo General	67
Objetivos Específicos	67

Tipo Investigación	68
Diseño de la investigación	68
HIPÓTESIS	68
Hipótesis Alterna:	68
Hipótesis Nula	69
PARTICIPANTES	69
Población	69
Criterios de Inclusión:	69
Criterios de exclusión:	71
Criterios de eliminación:	71
Datos Sociodemográficos de la Muestra	71
Edad.....	72
Estado Civil	72
Escolaridad	72
Ocupación.....	72
Número de Hijos.....	73
Lugar de Procedencia	73
Tiempo de convivencia con el agresor	73
Lugar del último episodio violento vivido	73
Antecedentes de Familiares de Violencia	73
Recursos:.....	74
Muestreo	75
Material e Instrumentos	75
☐ Inventario de Depresión de Beck.....	75
☐ Inventario de Cogniciones Postraumáticas	76
Descripción del Programa de Intervención	77
Componentes del Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.....	80
Técnicas Cognitivo Conductuales aplicadas en la Intervención.....	82
Capítulo 6. Resultados.....	85
6.1 Diagnóstico evaluación inicial	86
6.2.2 Evaluación durante la intervención.....	87
6.2.3 Comparación de Resultados antes y después de la Intervención	92
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones	99
REFERENCIAS	104
Ejercicio 1:Inspiración abdominal	140

Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral	141
Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal	141
Ejercicio 4: Espiración	141
Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración	142
Ejercicio 6: Sobregeneralización	142

Índice de tablas

Título de Tablas	p
Tabla 1. Discursos falsos que intentan justificar la violencia de Género. Fuente: Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Instituto Canario de la Mujer.	13
Tabla 2. Consecuencias de la Violencia hacia la Mujer.....	21
Tabla 3. Frecuencia de síntomas del TEPT en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.....	49
Tabla 4. Resumen de investigaciones de tratamiento en mujeres víctimas de violencia de Pareja Íntima.....	52
Tabla 5. Generalidades de Programas gubernamentales que atienden a víctimas de violencia familiar. Fuente: Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores ⁽⁸¹⁾ y modificado por la autora de la presente tesis.....	59
Tabla 6. Descripción del Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima....	78
Tabla 7. Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.....	86
Tabla 8. Prueba t para muestras relacionadas, antes y después de la intervención.....	92

Índice de figuras

Título de Figura	p
Figura. 1 Representación Gráfica de la Tipología de la Violencia, según la Organización Panamericana de la Salud.....	10
Figura 2. Ciclo de la Violencia.....	19
Figura. 3 Rutas y consecuencias de la violencia doméstica en la salud ⁽¹⁾ (traducción del original) Fuente: OMS, Violencia contra la Mujer, 2013.....	22
Figura 4. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma.	39
Figura 5. Representación del Modelo Cognitivo del TEPT.....	44
Figura 6. Organizaciones Pioneras en la Atención de mujeres violentadas en la década de los 80's. Fuente: Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores.....	57
Figura 7. Impacto del movimiento feminista en la apertura de nuevos centros de atención a la violencia intrafamiliar en la década de los 90's. Fuente: Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores.....	57
Figura 8. Modelo Operativo y sus componentes. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo.....	61
Figura 9. Atención Esencial. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo.....	62
Figura 10. Atención Especializada. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención	63

de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo.	
Figura 11. Ingreso, permanencia, egreso y seguimiento. Fuente: Modelo de Atención en Refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos, p. 29.	66
Figura 12. Diseño de investigación.....	68
Figura 13. Nivel de Escolaridad de las Participantes.....	74
Figura 14. Estado Civil de las Participantes.....	74
Figura 15. Ocupación de las Participantes.....	74
Figura 16. Símbolos Utilizados en un FACCD (tomado de J. Keawe'aioku Kaholokula et al./ Clínica y Salud, 2013).....	85
Figura 17. Diagrama Clínico Analítico-Funcional del grupo de mujeres participantes.....	88
Figura 18. Diagrama Clínico Analítico-Funcional del grupo de mujeres participantes de acuerdo a los autorregistros.....	90
Figura 19. Nivel de Ansiedad antes y después de la aplicación de técnicas y Nivel de Relajación al finalizar por participante.....	91
Figura 20. Puntaje global de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT de la pre-evaluación y post-evaluación.....	93
Figura 21. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la subescala de Síntomas de Reexperimentación.	94
Figura 22. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la subescala de Síntomas de Evitación.....	94
Figura 23. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la subescala de Síntomas de Activación.....	95
Figura 24. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en la Escala de Autoestima de Rosenberg.....	96
Figura 25. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en el Inventario de Depresión de Beck.....	96
Figura 26. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en la Escala de Inadaptación.....	97
Figura 27. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	98

RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) surge, por lo general poco, después de un evento traumático. Sin embargo, algunos sobrevivientes de trauma pueden experimentar el síndrome completo, por primera vez, varios años después del evento. Por lo tanto, este estudio examinó los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y rasgos concomitantes entre las mujeres confinadas en un refugio, que se compararon antes y después de la ejecución de una intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual. El Trastorno de Estrés Postraumático se evaluó con la Escala de gravedad de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático en el que los participantes respondían a las preguntas sobre el evento traumático (violencia doméstica) y la presencia de varios síntomas concomitantes: depresión (Escala de Depresión de Beck), Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) y las cogniciones de Estrés Postraumáticas (Inventario de Cogniciones de Estrés Postraumático). En total, 18 de 18 mujeres evaluadas fueron identificadas por tener Trastorno por Estrés Postraumático. A pesar de la reciente exposición a la Violencia por la Pareja Íntima, la mayoría de los participantes identificaron otros eventos traumáticos: El abuso sexual y físico durante la infancia. La intervención incluyó 8 sesiones: psicoeducational, técnica de control de la respiración, relajación progresiva muscular y detención y control del pensamiento. Después de la intervención, evaluamos el trastorno de estrés postraumático y los rasgos concomitantes. Los resultados muestran que la intervención es significativa en el decremento de la sintomatología. Tratamientos futuros deben considerar la incorporación de Intervenciones Cognitivo Conductuales apropiadas así como Escalas e Inventarios adecuados para el diagnóstico en ambientes auxiliares de salud.

PALABRAS CLAVE: Violencia de Pareja Íntima, Trastorno de Estrés Postraumático, Intervención Cognitivo Conductual, Mujeres

ABSTRACT

Posttraumatic stress disorder (PTSD) usually emerges soon after a traumatic event. However, some trauma survivors may experience the full-blown syndrome for the first time several years after the event. Therefore, this study examined posttraumatic stress disorder symptoms (PTSD), and concomitant traits among women confined in shelter, who were compared before and after Cognitive Behavioural Therapy. PTSD was assessed with the Severity Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Scale in which participants answer questions about the traumatic event (domestic Violence) and several concomitants symptoms: Depression (Beck Depression Inventory), Self-Steem (Self-Steem Rosenberg Scale), and Posttraumatic Stress Cognitions (Posttraumatic Stress Cognitions Inventory). In total, 18 of 18 women were identified as having PTSD. Despite recent exposure to IPV, most participants identified other traumatic events: Sexual and physical abuse during childhood. Intervention included 8 session: psychoeducational, technique for controlled breathing, Progressive Muscular relaxation and detention and of thought control. After the intervention, we assess the PTSD and the concomitant traits. Results show that the Intervention is significant in the decrease of the symptomatology. Future treatments should consider the incorporation of Cognitive Behavioral Interventions and appropriate scales in health assistant environments.

KEY WORDS: Intimate Partner Violence, Posttraumatic Stress Disorder, Cognitive Behavioural Intervention, Women

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres, específicamente, la ejercida por la pareja, es un problema que está creando una enorme alarma social debido a que se da en un ambiente privado como lo es la familia, el cual, se supone, debería ser un espacio que brinde confianza y seguridad a todos sus miembros. Así mismo, se ha constituido como un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres⁽¹⁾.

Es importante destacar que las cifras recientes de prevalencia mundial indican que el 35% de las mujeres han sufrido violencia de pareja en algún momento de su vida ⁽¹⁾. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, en México, el 47% de las mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja durante su última relación ⁽²⁾, cifra parecida a la que se reporta en Hidalgo según el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la prevalencia es de 44 de cada 100 mujeres ⁽³⁾. Estas cifras alarmantes revelan que casi la mitad de las mujeres en Hidalgo han vivido, además de lesiones físicas, las repercusiones a nivel psíquico y comportamental, que son altamente significativas.

Como se sabe, las consecuencias psicológicas son más frecuentes y graves que las físicas, siendo el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) la categoría diagnóstica que mejor describe la sintomatología que presentan las mujeres que han vivido violencia por parte de su pareja, ya que el experimentar dos o más tipos de violencia al mismo tiempo, es un mejor predictor para el desarrollo de este trastorno, estimándose su prevalencia alrededor del 60% aunque su sintomatología concomitante es aún más alta^(4,5,10). Así mismo, es importante mencionar la incidencia de este trastorno tanto en hombres y mujeres, ya que su presencia se da en 4.73 mujeres por cada hombre, lo que se relaciona con el estigma social que acompaña a sucesos tales como el abuso sexual o la violación, que una vez ocurridos tienen repercusiones de por vida ya que son los más frecuentes entre las mujeres ⁽¹⁰⁾.

El sumamente negativo y deteriorante efecto del TEPT, en las personas que lo sufren, debido a que desorganiza la totalidad de la vida de la persona, tiene consecuencias significativas en el estado de ánimo, depresión, nivel de adaptación, entre otros. Lo anterior, justifica un abordaje específico, sobre todo en esta población, ya que la disfunción puede extenderse en alguna otra actividad que la mujer, que ha vivido violencia por parte de su pareja, realice. Ocasionando así, la decisión de volver

a espacios inseguros, es decir, pueden regresar al mismo domicilio que compartían con el agresor ⁽⁶⁾.

Ahora bien, el modelo cognitivo conductual ⁽⁷⁾ ha sido el más utilizado en las intervenciones exitosas para atender y disminuir los síntomas del TEPT ⁽⁸⁾, y junto con esto, también se recomienda en mayor medida que la terapia farmacológica por los costes y consecuencias aunadas a este modelo. Además, la terapia cognitivo conductual reduce la sintomatología y devuelve el control y la eficacia a los pacientes; dotándolos de habilidades de afrontamiento situación que no logra la medicación, llegando a la conclusión de que, el tratamiento de primera línea para el trauma psicológico, es el modelo cognitivo conductual ^(11,12).

De acuerdo con Baguena⁽⁴⁹⁾, los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado mayor eficacia para el TEPT, como lo son los los tratamientos que incorporan elementos de la inoculación de estrés como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento, ya que permiten a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma ⁽⁵⁰⁾, y los tratamientos basados en la exposición, debido a que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, la cual, irá desapareciendo poco a poco. ⁽⁴⁹⁾.

Aunque las mujeres que han vivido violencia de su pareja podrían constituir uno de los grupos traumatizados más grandes en el mundo, pocos son los estudios relacionados con el tratamiento en esta población ⁽⁵⁾ y, en lo existentes, se encuentra escasa validez interna y falta de estandarización de los programas aplicados, falta de grupo control y falta de resultados sobre su eficacia empírica ⁽¹³⁾. De aquí la necesidad de generar más intervenciones y comprobar su eficacia para el tratamiento de TEPT en mujeres que han vivido violencia extrema por parte de su pareja íntima. Es por ello que, en el presente estudio, se pretende elaborar, con fundamento en investigaciones previas y -en particular la de Labrador y Alonso ⁽⁴⁶⁾-, un programa de intervención de 8 sesiones (120 minutos cada una) con modalidad grupal de corte cognitivo conductual para disminuir los síntomas y contribuir al desarrollo de habilidades personales. El cual, tendrá como componentes: Psicoeducación, Técnicas de Relajación, Tratamiento de exposición, técnica de juego de roles e inoculación del estrés.

El contenido del presente escrito estará dividido en 5 capítulos. En el primero de ellos, se conceptualiza el fenómeno de la violencia, sus aproximaciones teóricas,

así como la clasificación y su tipología. En el capítulo 2 se aborda, en específico, la violencia en la pareja íntima, su prevalencia a nivel internacional, nacional y estatal, además del ciclo de la violencia y las consecuencias que genera en las mujeres, dando relevancia al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Es por ello que, en el capítulo 3, se aborda más a fondo este trastorno. El capítulo 4 muestra algunas de las intervenciones para Mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima a nivel internacional, nacional y estatal.

CAPÍTULO 1 VIOLENCIA: CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS

1.1 Conceptualización y estadística

La violencia cobra día a día mayor relevancia, ya que las pérdidas humanas han ido en aumento por esta grave problemática, lo que la ha constituido como un gran problema de carácter social y mundial. En el mundo, más de 1,6 millones de personas pierden la vida a causa de un acto violento, y constituye una de las principales causas de muerte en población de entre los 15 y los 44 años ocupando el 14% de las defunciones en los hombres y del 7% en las mujeres, esto sin mencionar que por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas teniendo consecuencias negativas en aspectos físicos, sexuales, reproductivos y psicológicos⁽¹⁴⁾. Cabe señalar, que en México, del total de personas generadoras de violencia, 91 de cada 100 son hombres y 9 mujeres⁽²⁾. Con esto como antecedente, es importante ahora abordar algunos conceptos sobre Violencia.

La OMS⁽¹⁴⁾ define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte”. Incluyendo la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos.

Otra definición es la de Vidal⁽¹⁵⁾, quien hace referencia a “la violación de la integridad de la persona”, la cual “suele ejercerse cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro”. Este autor la considera un proceso en el que participamos todos y no un simple acto cuyo fin es la afirmación del “dominio” a través del cual busca el “control” de la presencia y las condiciones del estar, así como hacer del otro un medio considerándolo como propio y operando siempre sobre el “estar” del sujeto.

Así mismo, algunos autores^(16,17,18) indican que la agresión es un comportamiento cuya meta final es causar daño o sufrimiento a una persona de manera directa. La violencia puede ser dicotomizada a lo largo de diferentes dimensiones (ejemplo: física-verbal, activa-pasiva, directa-indirecta) y también puede ser subdividida en función de diferentes intenciones o metas, lo que describe diferencias en la forma y funciones de la violencia relacionadas con pegar o golpear⁽¹⁷⁾. Por su parte, Hubbard, Dodge, Cillessen, Coje y Schwartz⁽²⁰⁾ sugieren el uso de términos *reactivo* y *proactivo*. La violencia que aparece como una respuesta a las

condiciones y las respuestas que son primariamente interpersonales y hostiles por naturaleza puede ser considerada reactiva; relacionada con una baja capacidad de resistencia a la frustración. La violencia proactiva incluye comportamientos diseñados para alcanzar algunas consecuencias positivas.

1.2 Aproximaciones Teóricas al fenómeno de la Violencia

Existen diversas teorías que explican tanto la agresividad como la existencia de conductas violentas, las cuales atribuyen factores etiológicos diferenciales (biológicos, emocionales, cognitivos, ambientales). Así, de acuerdo con la investigación de Garaigordobil ⁽¹⁶⁾ se podrán encontrar estudios basados en:

1. Las teorías biologicistas sitúan el origen de la agresividad en variables biológicas y estiman que la conducta agresiva se relaciona con: (a) Deficiencias genéticas, en concreto deficiencias en los cromosomas, (b) Deficiencias hormonales, asociadas a problemas con la testosterona y (c) Deficiencias en los neurotransmisores, fundamentalmente en la serotonina.
2. Los teóricos del aprendizaje consideran que la conducta agresiva se aprende mediante: (a) El condicionamiento clásico, es decir, a través de la asociación de un estímulo con otro que provoca la agresión intrínsecamente, (b) El condicionamiento operante, relacionado con las recompensas que se reciben después de tener una conducta agresiva, lo que aumenta la probabilidad de esta conducta; cuando la conducta agresiva es castigada se inhibe, mientras que cuando las conductas agresivas son recompensadas de distintos modos (alabanza verbal, recompensa material) aumentan su probabilidad de aparición y (c) Aprendizaje social, es decir, a través de la observación de modelos reales y simbólicos.
3. El psicoanálisis considera que la agresividad es una pulsión innata, inconsciente, que está presente desde el nacimiento y forma parte de la estructura psíquica del hombre.
4. La teoría de la frustración-agresión considera que la agresión es básicamente una reacción conductual motivada por la frustración. La frustración se define como una interferencia que impide llevar a cabo una respuesta de acercamiento a lo objetivo en

un determinado momento. La frustración originaría un estado emocional que predispone el actuar de forma agresiva, pero sólo en determinadas condiciones y en personas propensas. Algunos psicólogos consideran que la tolerancia a la frustración es un factor primordial en la adaptación del individuo y, por consiguiente, una variable relevante de educación.

5. Las teorías cognitivistas destacan los factores explicativos de la conducta agresiva: (a) La disonancia cognitiva relacionada con la inconsistencia entre creencias-percepciones y acciones y (b) La atribución de responsabilidad, es decir, atribuirle causa de frustración o malestar a otra persona, que tendrá más posibilidad de convertirse en objetivo de la agresión.

6. Los modelos teóricos ambientalistas enfatizan la importancia del contexto (cultura, familia): La cultura influye en la inhibición o expresión de la conducta violenta: Existen culturas que reprueban la agresión mientras que otras la recompensan. En muchas culturas, la agresión es una forma de conducta muy reprobada, por lo que las personas expuestas a la frustración son urgidas a mostrar moderación pero, en otras culturas se estimula como respuesta la revancha. Esto se relaciona con las diferentes creencias que existen en distintas culturas acerca de lo adecuado de la agresión y también con las diferentes prácticas de crianza. El contexto tiene un papel relevante a la hora de fomentar formas de resolución pacífica o agresiva en la resolución de conflictos.

7. El entorno familiar también es un contexto de gran influencia: Algunos estudios muestran que determinados estilos de socialización son más susceptibles de reforzar la agresión, por ejemplo, el autocrático, que implica falta de cuidado y cariño, falta de control o permisividad y castigo físico duro; o sea baja implicación y mucha imposición.

8. La cohesión familiar y los vínculos de los padres con los hijos (familias estructuradas-desestructuradas) parecen influir de forma determinante en la conducta agresiva de los hijos.

1.3 Clasificación de la Violencia

La clasificación utilizada por la Organización Panamericana de la Salud ⁽¹⁹⁾ menciona que la violencia se clasifica en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- la violencia autoinfligida,
- la violencia interpersonal y
- la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas.

Estas tres categorías generales se subdividen, a su vez, para reflejar tipos de violencia más específicos.

- La violencia Autoinfligida

Comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio (también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países) y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación ⁽¹⁹⁾.

- La violencia interpersonal

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías ⁽¹⁹⁾:

- Violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja y, que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.
- Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no y sucede, por lo general, fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

- La violencia colectiva

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes, motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación ⁽¹⁹⁾.

La siguiente figura representa gráficamente esta tipología, además, de la naturaleza de los actos de violencia, que puede ser: física, sexual, psíquica y la que incluye privaciones o descuido, conceptos que se abordarán en apartados posteriores.

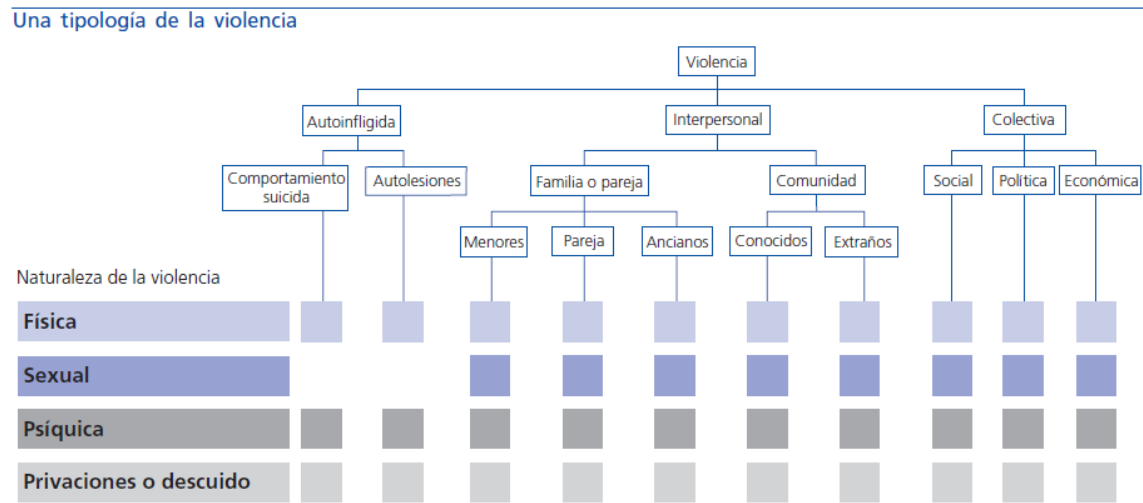


Figura1.Representación Gráfica de la Tipología de la Violencia, según la Organización Panamericana de la Salud ⁽¹⁹⁾

Esta clasificación proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades.

1.4 Violencia contra la Mujer

Existe un creciente reconocimiento de que la violencia contra las mujeres tiene un gran impacto en la salud pública, además de ser una violación grave de los derechos humanos de las mujeres. El término “Violencia contra las mujeres” abarca muchas formas, incluida la ejercida por parte de la pareja íntima y violación/asalto sexual así como otras formas de violencia sexual, la que es perpetrada por alguien que no sea un conocido, mutilaciones, asesinatos y trata de mujeres⁽²¹⁾.

La ONU establece que en el nivel internacional se debe considerar que *“...por violencia contra la mujer se entiende, todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*⁽¹⁾.

De acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, específicamente en el artículo 5°, se define como cualquier acto 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⁽²²⁾.

De acuerdo con una revisión de las estadísticas disponibles, en 2013 a nivel global, un 35 por ciento de mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual en el contexto de relaciones de pareja o violencia sexual fuera de relaciones de pareja⁽²²⁾. Sin embargo, algunos estudios nacionales de violencia muestran que hasta un 70 % de mujeres sufre violencia física y/o sexual a lo largo de su vida, a manos de una pareja. Así mismo, las mujeres de las zonas urbanas tienen el doble de probabilidad que los hombres de sufrir algún tipo de violencia, especialmente, en los países en desarrollo⁽²³⁾.

Para dar cuenta de la extensión y gravedad de la violencia contra las mujeres en el país, el INEGI en 2011 y los datos muestran que en Hidalgo, 55 de cada 100 mujeres de 15 y más años han padecido algún incidente de violencia, ya sea por parte de su pareja o de cualquier otra u otras personas ⁽²⁴⁾.

Así mismo, es muy importante mencionar que existen tres procesos que dificultan la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la violencia de género ⁽⁹⁰⁾:

- La invisibilización: Se invisibiliza la violencia de género cuando se normaliza y se resta importancia a ésta, considerándola como algo habitual que siempre ha existido. Este discurso la incorpora como parte de una violencia general, connatural al ser humano; reduce las agresiones sexistas a la violencia doméstica y equipara la estructural y de género del hombre hacia la mujer con las agresiones puntuales de la mujer hacia el hombre. Este proceso diluye la magnitud de la violencia de género en la aceptación *irremediable* de una presunta *agresividad natural del ser humano*. Desde esta perspectiva, la invisibilización de la violencia de género es correlato de la falta de valor del rol femenino y la representación social de la mujer.
- La legitimación o justificación: Se legitima y justifica la violencia de género cuando se vincula a procesos presuntamente coyunturales de los agresores: precariedad laboral, desempleo o presión laboral por exceso o responsabilidad conductas adictivas de consumo (alcohol, drogas); patologías mentales o falta de autocontrol por celos o irritabilidad; e incluso, llega a asociarse a conductas presuntamente provocadoras por parte de las mujeres (forma de vestir, presión psicológica, relaciones sociales, autonomía económica, éxito profesional...). La legitimación y la justificación de la violencia de género son correlatos del valor del rol masculino y la representación social del hombre.
- La naturalización de la violencia (tolerancia social): la violencia de género transmitiendo y consolidando en la sociedad determinados discursos, creencias o mitos que desvirtúan la verdadera dimensión del problema y que minimizan la gravedad de las actitudes sexistas, pese a que pueden provocar la muerte de las mujeres agredidas. Estos discursos operan como argumentos en la naturalización o normalización de la violencia que se ejerce sobre las mujeres, ya que con ellos se intenta dar una explicación no racional a la realidad. Algunos de los más comunes se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 1. Discursos falsos que intentan justificar la violencia de Género. Fuente: Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Instituto Canario de la Mujer.

MITO	REALIDAD
El maltrato a la mujer es un fenómeno que sólo se da en los niveles económicos y educativos bajos.	Ocurre en todos los niveles educativos, sociales y económicos.
El maltrato psicológico no es tan grave como el físico.	Este tipo de maltrato puede ser más incapacitante que el físico y si es continuado en el tiempo puede provocar desequilibrio emocional.
A las mujeres que son maltratadas les debe gustar, de lo contrario no lo permitirían.	La conducta violenta es responsabilidad de quien la ejerce. Lo que en realidad sienten las mujeres es miedo, indefensión, culpa, vergüenza, aislamiento,... y eso les impide pedir ayuda.
Las mujeres maltratan igual que los hombres.	Se trata de un fenómeno distinto; el tipo de violencia que ejercen y el significado social de la misma es diferente y además la violencia machista tiene como fin el control y dominio de la mujer.
El maltrato a la mujer es fruto de algún tipo de enfermedad mental.	Sólo en un bajo porcentaje de los agresores existe enfermedad mental. Lo que sí está demostrado es que tras el maltrato, es la mujer la que puede padecer problemas psicológicos.
El consumo de alcohol u otras drogas es la causa de las conductas violentas.	Pueden actuar como desencadenantes o como excusas, pero no son la causa. Hay muchas personas que beben y toman drogas y no maltratan, y hay maltratadores que ni beben ni consumen drogas.
La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano. Los hombres son violentos por naturaleza.	La violencia se aprende a través de modelos familiares y sociales. La mayoría de los que ejercen violencia sobre la pareja no son violentos fuera del hogar. Además, se pueden aprender formas no violentas de resolución de conflictos.
Si una mujer ama y comprende suficientemente a su pareja, logrará que él cambie y deje de maltratarla	El problema del maltratador no es la falta de cariño o comprensión. El que pueda cambiar no está en manos de la mujer.
Lo más importante para la familia es que los hijos, así se críen con su padre y con su madre en el mismo hogar.	Lo más importante para el desarrollo es crecer en un ambiente amoroso y libre de violencia. El ser testigo de la violencia es un factor de riesgo. También los niños y las niñas son víctimas.

Si hay violencia no puede haber amor.	Al menos al comienzo de la relación, la violencia suele desencadenarse por ciclos, no de forma permanente. Generalmente es un amor adictivo, dependiente, posesivo y basado en la inseguridad.
La violación ocurre a manos de extraños.	La mayoría de las violaciones las cometen hombres a quienes las mujeres conocen o en quienes confían.

1.4.1 Tipos de Violencia

Existen diferentes tipos de violencia contra la mujer y estos cambian dependiendo el contexto social, cultural, económico y político en que se encuentre, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en los siguientes que se explicarán en base a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia ⁽²²⁾, además se menciona la prevalencia de cada tipo:

- **Violencia Física:** *cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas.* Golpes, fracturas, torceduras, cachetadas, empujones o daños en el cuerpo son algunos ejemplos de daños intencionales sobre el cuerpo de una mujer y forman parte de la violencia. *Art. 6, Fracción II.A* 14 de cada 100 mujeres en México (14.0%) su pareja la ha golpeado, amarrado, pateado, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma.
- **Violencia Psicológica:** Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e, incluso, al suicidio. *Art. 6, Fracción I.* Respecto a las estadísticas, 4 de cada 10 mujeres en México (43.1%) han sido humilladas, menospreciadas, encerradas, les han destruido sus cosas o del hogar, vigiladas, amenazadas con irse la pareja, correrlas de la casa o quitarle a sus hijos, amenazadas con algún arma o con matarlas o matarse la pareja⁽²⁾.

- **Violencia Patrimonial:** Cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores; de derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades. Puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima. *Art. 6, Fracción III.* 2 de cada 10 mujeres en México (24.5%) han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.)⁽²⁾.
- **Violencia Económica:** Toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral. *Art. 6, Fracción IV.*
- **Violencia Sexual:** Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto. *Art. 6, Fracción V.* A 7 de cada 100 (7.3%) les han exigido o las han obligado a tener relaciones sexuales sus propias parejas, sin que ellas quieran, o las han obligado a hacer cosas que no les gustan ⁽²⁾.

CAPÍTULO 2. VIOLENCIA EN LA PAREJA ÍNTIMA

2.1 Conceptualización

En la medida en que la desigualdad de género se expresa, entre otras, en la apropiación o predominio de los espacios derivados de la división sexual del trabajo, da como resultado una separación territorial y de asignaciones entre mujeres y hombres, donde el lugar por excelencia asignado a las mujeres es el espacio circunscrito a lo familiar, a lo doméstico. De ahí que el lugar privilegiado de la violencia para la mujer es la familia, considerando ante todo que el ejercicio de la violencia no es una cuestión de querer sino de poder, es su pareja o esposo quien ejerce este predominio asumiendo su papel de “hombre” y proveedor⁽²⁴⁾.

De acuerdo con la OMS ⁽²¹⁾, la violencia de pareja íntima es aquella experiencia de uno o más actos de violencia por parte de la pareja actual o anterior desde la edad de 15 años, cabe mencionar que la edad de 15 años se establece como rango de edad más baja de la violencia de pareja.

2.2 Estadísticas Internacionales, Nacionales y Estatales

Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual. Así mismo, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja ⁽²¹⁾.

De acuerdo a los resultados de la ENDIREH 2011, en México, 47 % de las mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación.

En Hidalgo, 32 de cada 100 mujeres sufren violencia muy grave por parte de sus parejas, lo que ubica a la entidad en el quinto lugar nacional en violencia de género. Por arriba de Hidalgo están Baja California, con 33 casos, San Luis Potosí y Michoacán, con 34 y, en primer lugar, Querétaro, con 35⁽²⁴⁾.

2.3 Tipología de la Violencia de Pareja

2.3.1 Violencia Ocasional o Situacional

La violencia es situacional cuando es provocada ya sea por tensiones o emociones particulares que activan la conducta violenta. Tal vez sea la más común dentro de esta tipología, ya que una relación de pareja está inevitablemente envuelta de conflictos que pueden desatar la violencia en sus miembros, en este caso, la violencia se puede activar cuando la finalidad de una parte de la pareja es imponer sus ideas sobre el otro llegando a empujones e, incluso, a golpes por ejemplo. A partir de lo cual, se puede mostrar inmediatamente arrepentido, pidiendo disculpas y prometiendo que nunca lo volverá a hacer, lo que puede volverse como un problema crónico ⁽²⁵⁾.

2.3.2 Terrorismo Íntimo

Se refiere a aquellos episodios crónicos de violencia cuyas repercusiones implican heridas de gravedad ⁽²⁵⁾. Uno de los hallazgos de las investigaciones centradas en el estudio de la violencia dentro de la pareja, específicamente el clasificado como terrorismo íntimo, es la búsqueda de control por parte quien ejerce violencia de su compañera sentimental que también se ejerce mediante el abuso emocional. La mujer queda devastada a todos los niveles: el control es mucho mayor si la autoestima de la víctima está destruida, así que a la indefensión que ya de por sí genera un maltrato físico, habrá que añadirle el componente de la humillación y la degradación. La mujer pierde, entonces, la capacidad para confiar en su propio criterio, en su percepción del mundo y las relaciones, de forma que la concesión de esa capacidad queda colocada en la figura de la pareja, que la manipula intimidando y descalificando ⁽²⁶⁾.

Así mismo, la OMS ⁽²¹⁾ menciona algunas formas de exposición a la Violencia de Pareja Íntima:

- Violencia de la Pareja Íntima: experiencia de uno o más actos de violencia por parte de la pareja actual o anterior desde la edad de 15 años.

- Violencia de la Pareja Íntima Severa: se define en base a la severidad de los actos violentos físicos, ser golpeada, quemada o ahogada a propósito, y/o siendo amenazada o haber usado un arma en su contra, así mismo, cualquier violencia sexual se considera grave.
- Violencia de la Pareja Íntima Actual: experiencia de violencia por parte de la pareja durante el último año.
- Violencia de la Pareja Íntima Anterior: experiencia de violencia por parte de la pareja durante el año pasado.
- Violencia Sexual por parte de otra persona que no sea la pareja: cuando alrededor de los 15 años son obligadas a prácticas sexuales por alguien diferente a la pareja.

2.3 Ciclo de la Violencia

Cuando la mujer está inmersa en el círculo de la violencia, cree que la conducta de su pareja depende de su propio comportamiento, se siente responsable e, intenta, una y otra vez, cambiar las conductas del maltratador. Sin embargo, cuando observa que sus expectativas fracasan de forma reiterada, desarrolla sentimientos de culpa y vergüenza. Además, se siente mal por no ser capaz de romper con la relación y por las conductas que ella realiza para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, “tolerar” el maltrato a los hijos(as), etcétera, así, con el paso del tiempo, el maltrato se hace más frecuente y severo, se desarrollan síntomas depresivos, como la apatía, la indefensión y la desesperanza.

Leonor Walker ⁽²⁷⁾ describió el carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases o momentos: la primera denominada aumento de la tensión, la segunda denominada incidente agudo de agresión y la última denominada arrepentimiento y comportamiento cariñoso. Estas etapas se repiten una y otra vez, disminuyendo el tiempo entre una y otra. A continuación se presentan de manera gráfica:

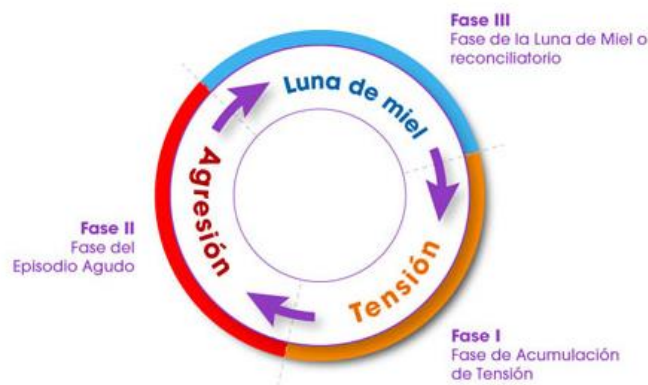


Figura 2. Ciclo de la Violencia ⁽²⁷⁾

1° Fase de Acumulación de Tensión: Esta fase se caracteriza por la sucesión de acontecimientos que incrementan la tensión, la hostilidad y ansiedad entre la pareja, variando en intensidad y frecuencia. Se produce una dinámica marcada por la tolerancia al conflicto y la acumulación de tensiones resultantes de ellos. La duración de esta fase del ciclo es diferente en cada pareja y puede durar desde meses hasta pocas horas ⁽²⁷⁾.

2° Fase del Episodio Agudo: Durante esta fase se produce la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas durante la fase anterior. Esta descarga puede variar en gravedad y abarcar desde un empujón hasta el homicidio. Esta fase tiende a incrementar tanto su ocurrencia como la gravedad de la violencia o bien, puede suceder que permanezca igual durante algún tiempo, antes de aumentar, caracterizándose por ser incontrolable e impredecible ⁽²⁷⁾.

3° Fase de Luna de miel o de Reconciliación: Esta fase se distingue por la actitud del agresor, extremadamente amorosa y arrepentida. Manifiesta sentirse arrepentido, prometiendo que nunca se volverá a repetir lo ocurrido, mostrándose cariñoso y considerado con la mujer. Muchas veces se produce una negación de lo ocurrido, minimizando la gravedad del acto violento, se intentan renegociar los términos de la relación ⁽²⁷⁾.

Es importante mencionar que, entre los factores más relevantes que inciden en que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o que incluso regrese con él tras haber logrado romper la relación, destacan ⁽⁸⁹⁾:

- La no percepción del maltrato
- La indefensión aprendida

- La preocupación por los/as hijos e hijas
- El miedo a un futuro incierto y a la soledad
- La esperanza de que él cambie
- La dependencia emocional del agresor
- El sentimiento de fracaso
- El miedo a las represalias del agresor
- La inseguridad y baja autoestima
- La vergüenza y el sentimiento de culpa
- Los conflictos entre el debe ser y el querer ser
- El aislamiento social

2.5 Consecuencias de la Violencia de Pareja Íntima

Uno de los logros más importantes de los últimos años ha sido reconocer, desde múltiples ámbitos disciplinares, que la violencia es un gran problema de salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad ⁽²¹⁾ y que ocasiona daños en todos los aspectos del individuo.

Es frecuente que en las mujeres que han vivido violencia por parte de su pareja, se reporten problemas de salud mental, angustia emocional (identificada mediante síntomas como el llanto fácil, incapacidad del disfrute de la vida, fatiga y pensamientos suicidas) en niveles mucho más altos que en aquellas que no habían experimentado violencia ⁽²¹⁾. Se ha considerado la violencia como uno de los factores que más contribuyen a la muerte, discapacidad y enfermedad entre las mujeres que la padecen ⁽²⁸⁾.

En México, según los datos de la ENDIREH ⁽²⁴⁾, se reconocen las graves consecuencias en la salud de las mujeres que han vivido violencia por parte de su pareja y ofrece una serie de síntomas y síndromes que se observan como consecuencia:

Tabla 2. Consecuencias de la Violencia hacia la Mujer ⁽²⁹⁾

Síntomas Físicos	Síntomas Patológicos
- Quemaduras - Fracturas - Cortadas - Pérdidas dentales - Inmovilidad física - Abortos - Partos prematuros	- Trastorno de Estrés Postraumático - Síndrome de la Mujer Maltratada - Depresión - Ansiedad - Angustia - Problemas de Autoestima - Suicidio

La experiencia de la violencia de pareja 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 ⁽³⁰⁾. Las consecuencias psicológicas de la violencia se consideran más frecuentes y más graves que las físicas⁽³¹⁾.

En el aspecto psicológico, la violencia de pareja puede ocasionar trastornos como el estrés postraumático (TEPT), trastornos de ansiedad, depresivos, del sueño, disociativos, alimentarios, disfunciones sexuales, problemas de autoestima, culpabilización, sentimientos de vergüenza y abuso de sustancias⁽³²⁾. 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⁽³³⁾.

En la siguiente tabla se puede observar que existen múltiples vías por las cuales la violencia por parte de la pareja puede conducir a resultados adversos para la salud. El esquema resalta los tres mecanismos clave y vías principales que pueden explicar muchos de estos resultados descritos anteriormente⁽¹⁾.

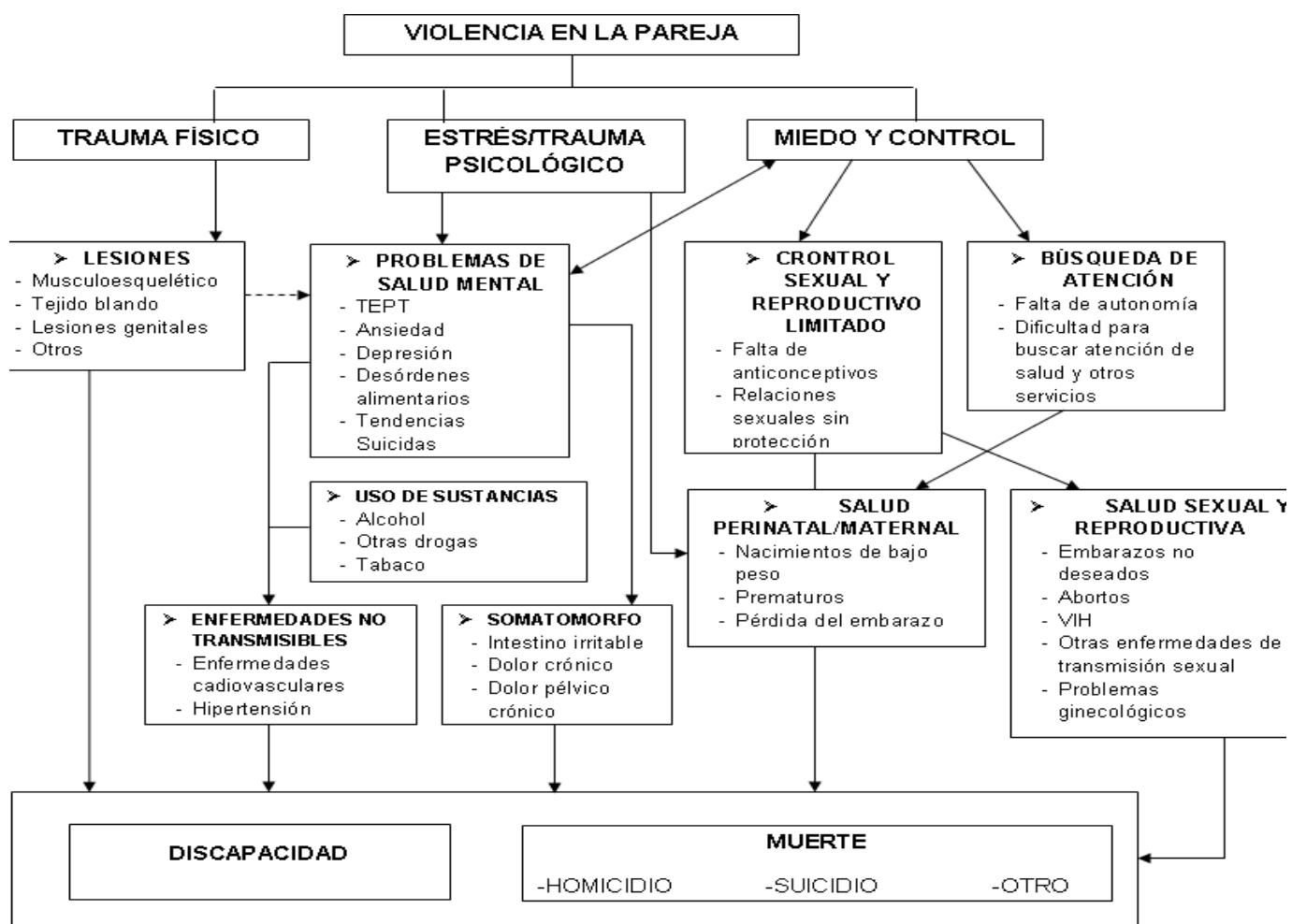


Figura. 3 Rutas y consecuencias de la violencia doméstica en la salud⁽¹⁾ (traducción del original) Fuente: OMS, Violencia contra la Mujer, 2013.

CAPÍTULO 3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

3.1 Conceptualización y Epidemiología

El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo⁽⁵³⁾.

En cuanto a la epidemiología a nivel mundial sobre el TEPT se refiere, Norris y Slone⁽⁵¹⁾ sostienen que la conclusión que se puede hacer sobre su prevalencia es que la exposición a eventos traumáticos es muy común. Al iniciar la adultez, por lo menos el 25% de la población va a experimentar un evento traumático y, para la edad de 45 años, la mayoría de la población habrá experimentado el evento.

En México, datos de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012 (ENVIPE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ⁽³⁷⁾ señala que el 24.5 % de la población mexicana mayor de 18 años, es decir, 18,675,004, fueron víctimas de delito del fuero común como: robo o asalto en la calle o el transporte público 28%, extorsión 19.6 %, robo total o parcial del vehículo 14 %, fraude 8.6 %, amenazas 7.8%, robo en su casa habitación 7.6%, robo en forma distinta a los anteriores 4.4%, lesiones 4.1 %. Estos sin contar delitos como: homicidios, secuestros, narcotráfico, tráfico de indocumentados y demás delitos relacionados al crimen organizado. Estos datos corroboran lo que Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz⁽¹⁰⁾ reportan acerca de que el 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida y señalan que el 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres presentaron trastorno por estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se presenta en sujetos que experimentaron, presenciaron o les explicaron algún acontecimiento con alto potencial traumático caracterizado por muerte o amenaza para su integridad física o la de otros⁽³⁸⁾.

Así mismo, es importante destacar que un número significativo de pacientes con TEPT experimentan comorbilidad con otros trastornos mentales y físicos⁽³⁹⁾, como

por ejemplo, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, cáncer, hepatitis, varias enfermedades respiratorias, musculo-esqueléticas, entre otras; además de que se asocia con dificultades sociales, laborales y económicas, por ello, se ha reportado un bajo nivel de calidad de vida en este tipo de pacientes^(38, 54).

Cabe destacar que los principales factores de riesgo de TEPT son: género femenino, juventud y antecedentes psiquiátricos previos, tanto del eje I como del II, antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma, sobre todo violación y crimen violento ⁽⁵⁵⁾.

3.2 Clasificaciones diagnósticas internacionales.

A continuación se presentarán los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM IV (aunque ya existe una versión más reciente, se utilizará esta clasificación, ya que el instrumento que evaluará el TEPT, está basado en esta misma) y al CIE 10:

➤ **DSM IV: Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales:**

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños

pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.** Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- 2.** Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- 3.** Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4.** Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5.** Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6.** Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- 7.** Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.** Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2.** Irritabilidad o ataques de ira

- 3. Dificultades para concentrarse
- 4. Hipervigilancia
- 5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Es importante mencionar que en los criterios diagnósticos del TEPT planteados en el DSM-V incorporan ciertas diferencias con respecto a las ediciones anteriores. El trastorno se excluye del capítulo de trastornos de ansiedad para formar parte de uno nuevo, denominado trastornos relacionados con el trauma y con el estrés, donde se describe con cuatro grupos de síntomas, en lugar de tres como anteriormente (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo) y con criterios diferentes para los menores de 6 años, a continuación se presentan las características tal y como se especifica en el manual ⁽⁷⁷⁾:

➤ **Clasificación de acuerdo al DSM V**

Trastorno de estrés postraumático. F43.1 (309.81)

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso (s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático (s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático (s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso (s) traumático (s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso (s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático □ en niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático (s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático (s).

5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso (s) traumático (s).

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.

5. Comportamiento socialmente retraído.

6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).

2. Hipervigilancia.

3. Respuesta de sobresalto exagerada.

4. Problemas con concentración.

5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

➤ **F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación CIE-10**

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan

de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. Incluye: Neurosis traumática.

Además de los criterios diagnósticos anteriores, el TEPT se caracteriza por diversas manifestaciones asociadas comunes. Los individuos con TEPT quizá describan sentimientos dolorosos de culpa por sobrevivir cuando los demás no pudieron hacerlo, o sobre las acciones que emprendieron para sobrevivir. La evasión fóbica de situaciones o actividades que recuerden el trauma original llega a interferir con las relaciones interpersonales, lo cual a menudo causa conflictos familiares o la pérdida del empleo, éstas se caracterizan por alejamiento social, hostilidad y dificultad para relacionarse con los demás. Más aún hay cambio de "personalidad" individual

previa, como sentimientos de ineficiencia, vergüenza o desesperanza, una pérdida de creencias y un sentimiento de amenaza constante ⁽³⁸⁾.

Autores como Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski y Homes ⁽⁷⁸⁾ el TEPT *complejo*, también conocido como “Trastorno de estrés extremo”, son un conjunto de síntomas asociados que por lo común se presentan con el TEPT. Algunos de estos síntomas son impulsividad, dificultad para regular las emociones, síntomas disociativos, problemas sexuales y dolencias somáticas. Respecto de éstas últimas, los pacientes con TEPT, corren un mayor riesgo de padecer un decaimiento en su salud física asociada con una mayor asistencia a los servicios de salud, así como mayores índices de mortalidad.

No todos los individuos que experimentan un trauma grave desarrollan TEPT. La gravedad, duración y proximidad de la exposición de un individuo al hecho traumático son los factores más importantes que inciden sobre la probabilidad de desarrollar este trastorno. Hay evidencias de que los individuos con trastornos psiquiátricos preexistentes, historia familiar de psicopatología, infancia difícil (por ejemplo pobreza), deficiente capacidad de afrontamiento, escaso apoyo social y grave reacción inicial al trauma son más vulnerables al TEPT. Sin embargo, este trastorno llega a observarse en individuos sin ninguna condición de predisposición, de manera más notable si el estresor es en particular extremo⁽⁵⁴⁾.

3.3 Modelos Cognitivo-Conductuales del Trastorno de Estrés Postraumático

A continuación, se describirán algunos de los modelos explicativos desarrollados desde un enfoque cognitivo-conductual más reconocidos y que ayudan para comprender el desarrollo y mantenimiento del TEPT, así como para el diseño de tratamientos efectivos:

Modelo del procesamiento emocional de Foa y Kosaks

Este modelo tiene sus raíces en el trabajo pionero de Lang⁽⁴¹⁾ quien buscaba dar una explicación a los mecanismos que operan en la reducción del miedo a través de la terapia conductual señaló que en cada una de las experiencias de miedo, se pueden realizar nuevas asociaciones susceptibles de activarse frente a situaciones futuras

(ante estímulos evocadores) desencadenando por ejemplo, conductas de evitación ante la percepción de señales que son percibidas como peligro.

Basados en las estructuras del miedo, estos autores⁽⁴⁰⁾ buscaron dar una explicación al desarrollo, mantenimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, distinguiendo entre miedo “normal” o adaptativo y patológico. El miedo normal o adaptativo es concebido como aquel en el cual el sujeto desarrolla asociaciones que posteriormente se activan ante circunstancias que suponen un peligro objetivo y da lugar a respuestas que aumentan la probabilidad de supervivencia del individuo. El concepto de miedo patológico o desadaptativo alude a aquellos casos en el que se realizan asociaciones que posteriormente inciden en la emisión de respuestas que no son adaptativas. Por ejemplo, cuando se activa la respuesta de alarma frente a estímulos que no representan, ni son indicativos de un peligro objetivo o se experimenta una intensidad de respuesta de alarma desproporcionada al potencial daño que puede recibirse ⁽⁴⁰⁾. Se puede decir que, las personas que sufren desórdenes de ansiedad, entre ellos el Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT), sufren de “estructuras del miedo” patológicas en sus “redes de memoria” ⁽⁷⁶⁾.

Según este modelo, el mantenimiento de la estructura patológica del miedo es resultado de dos fenómenos; el primero es la Evitación Conductual y Cognitiva que la persona hace ante los estímulos (pueden ser estímulos percibidos, imágenes o pensamientos autogenerados) asociados a peligro (no real o desproporcionado), en el cual la persona experimenta miedo y realiza un comportamiento de evitación. El segundo fenómeno se refiere a sesgos que la persona presenta en los procesos cognitivos de codificación, interpretación y recuperación derivados de la propia estructura del miedo. Debido a los efectos de ambos fenómenos, el sujeto se ve impedido de disponer de nueva información inconsistente con la ofrecida desde la estructura de miedo. Ello explicaría por qué no se observa recuperación y la alteración tiende a ser crónica en pacientes con trastornos de ansiedad. Según Foa, Huppert y Cahill⁽⁴⁰⁾ sólo la información inconsistente con las asociaciones que mantienen la estructura del miedo podrá llevar a una recuperación del sujeto. En el caso específico del TEPT, dichas asociaciones se establecen entre los recuerdos del trauma y la creencia de que se está expuesto de forma constante a la posibilidad de un grave peligro y de que uno no es competente para hacerle frente.

En el caso de sujetos con TEPT se observa, según el modelo, un fallo en el procesamiento del acontecimiento traumático que hace imposible la recuperación y que refuerza la estructura de miedo. Además estos autores señalan que el nivel de

compromiso emocional, que se refiere al elevado nivel de activación del miedo experimentado por el sujeto durante el evento, es un factor clave para su recuperación. Aquellos sujetos que experimentaron un intenso miedo (alto compromiso emocional) durante el acontecimiento y en las primeras semanas posteriores al evento traumático, tendrán mayor probabilidad de hacer un procesamiento emocional adecuado. En cambio, aquellos que presentan estrategias de evasión e, incluso, de disociación durante el evento (bajo nivel de compromiso emocional) y los días posteriores a este, tendrán mayor dificultad para su recuperación. Un retraso en la experiencia emocional al evento traumático es concebido también como un bajo nivel de compromiso emocional y, por ello, también interferirá en la recuperación natural del sujeto y en el procesamiento emocional del evento⁽⁴⁰⁾.

Otro factor fundamental para comprender el desarrollo y mantenimiento del TEPT son las cogniciones relacionadas con el trauma, por ejemplo, las ideas de que “el mundo es un lugar totalmente peligroso” o “yo soy siempre incompetente”. Las cogniciones representan la base fundamental de la estructura del miedo del TEPT y provocan que en el individuo se activen con gran facilidad pensamientos negativos frente a estímulos asociados con la experiencia traumática ⁽⁴⁰⁾. Así, de acuerdo a este modelo, la meta del tratamiento es modificar la estructura patológica del miedo, esto se logra ayudando a los pacientes a experimentar los aspectos estimulantes del trauma original en un ambiente seguro, experimentándolos plenamente para que se den cuenta de que los recuerdos del trauma (sin incluir las situaciones que son realmente peligrosas) no son peligrosos y no es necesario reaccionar con mucho miedo, ni tratar de escapar de ellos o evitarlos. De esta manera, es posible incorporar la “información rectificada” a la estructura del miedo (por ejemplo, aún cuando recuerdo el trauma me siento seguro. El simple hecho de tener un recuerdo no significa que lo que pasó esté sucediendo de nuevo) ⁽⁷⁵⁾.

Teoría de la Representación dual de Brewin, Dalgleish y Josephs

Este modelo, incorpora las teorías de procesamiento de información y la cognoscitiva-social. Ellos propusieron que la entrada sensorial está sujeta al procesamiento consciente y no consciente. La teoría dual de la representación describe dos tipos de reacciones emocionales. Un tipo de reacción emocional condicionada durante el acontecimiento (por ejemplo, miedo, cólera) se activa junto con la re-experimentación sensorial y la información fisiológica. Otras emociones (por ejemplo, culpabilidad, vergüenza, tristeza) son secundarias, resultando de las consecuencias y de las implicaciones del trauma. Brewin y sus colegas propusieron

que el procesamiento emocional del trauma tiene dos elementos: la activación de memorias no consientes (según lo sugerido por las teorías del procesamiento de la información) y la tentativa consciente de buscar significado, de atribuir la causa de la culpa, y la de resolver conflictos reduciendo las emociones negativas y restaurar un sentido de la seguridad y del control relativos en el ambiente que nos rodea. Esta teoría sugiere que, la exposición y la terapia cognoscitiva se puedan necesitar en estos casos⁽⁴²⁾.

Esta teoría plantea que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones⁽⁴²⁾:

- Conocimiento verbalmente accesible: Corresponde a la representación o al conjunto de representaciones constituido por la experiencia consciente del trauma de la persona, que puede en principio ser deliberadamente recuperada. Inmediatamente después de la experiencia traumática, es probable que estos recuerdos estén dominados por información detallada con relación a la percepción consciente de los aspectos sensoriales y de las reacciones corporales, así como también por un intento de asignar significado a la experiencia traumática en términos de constructos y categorías verbales y de considerar las implicaciones para las metas vitales valoradas. A medida que pase el tiempo, sin embargo, se crearán recuerdos más genéricos que abarquen el hecho de haber experimentado la situación traumática, pero sin el mismo nivel de detalle. De este modo, este tipo de recuerdos contendrá alguna información sobre las características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas y el significado percibido del evento. Si bien estas memorias pueden ser muy detalladas, es también probable que sean altamente selectivas debido a que la ansiedad experimentada durante la experiencia traumática aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.

- Conocimiento situacionalmente accesible: Corresponde a la representación o conjunto de representaciones constituido por el procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática, al que se puede acceder de manera directa cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Los aspectos sensoriales, fisiológicos o motores de la experiencia traumática están representados en estas memorias en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original sea recreada. Estos códigos serían parte de una representación

que contiene: a) Información estimular, b) Información de significado, derivada de un aprendizaje asociativo anterior o incluso de lo innato y c) Información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática. La persona sólo puede llegar a darse cuenta de que estas representaciones han sido agregadas a las que ya tenía, cuando experimenta síntomas como la activación emocional, impulso motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociados de conciencia.

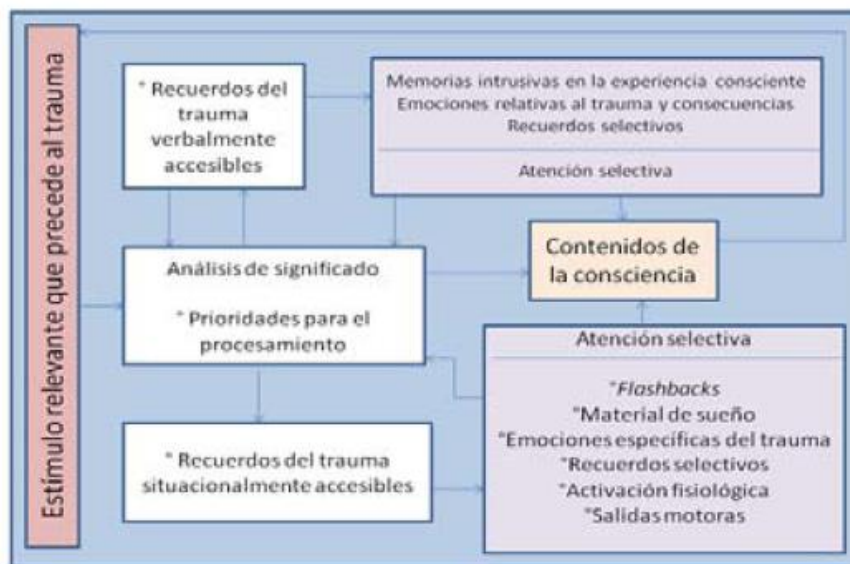


Figura 4. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma⁽⁴²⁾

Ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible, son codificadas en paralelo en el momento del trauma y, entre ambas, dan cuenta de la fenomenología del trastorno de estrés postraumático. Por ejemplo, los “flashbacks” pueden ser considerados el resultado de la activación de la memoria situacionalmente accesible, mientras que la capacidad de la persona para narrar la experiencia traumática, por ejemplo, en la situación terapéutica, puede ser función de la disponibilidad de la memoria verbalmente accesible ⁽⁴²⁾.

Para explicar el procesamiento de las situaciones traumáticas, Brewin⁽⁴²⁾ recurre a la evidencia disponible acerca del funcionamiento cognitivo diferenciado de las estructuras implicadas en situaciones de estrés, específicamente del hipocampo y la amígdala. Así, mientras el hipocampo manifiesta una relación en “U invertida”, es decir, bajo condiciones de ausencia de estrés y de estrés extremo, su funcionamiento resulta limitado (lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma,

en concreto, en los “puntos calientes” del mismo), el funcionamiento de la amígdala mejora cuando el estrés aumenta, lo que es consistente con la formación de fuertes respuestas condicionadas y de “flashback”. Es más, la ausencia de procesamiento de la información por parte del hipocampo en períodos de emoción intensa, incrementa la probabilidad de activación de la amígdala y la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles.

No obstante, con posterioridad al trauma, se puede producir una transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, integrándose en las estructuras pre-existentes, lo que conllevará la superación de los “flashbacks” mediante la construcción de las correspondientes memorias autobiográficas. En el caso del trastorno de estrés postraumático se produce un fallo en esta transferencia, motivado, entre otros factores, por la presencia de una marcada evitación de los estímulos evocadores del trauma y de los “flashbacks”, lo que impide su reprocesamiento⁽⁵⁶⁾. Así, las experiencias traumáticas que han sido almacenadas deberán ser elaboradas o procesadas emocionalmente tanto por la memoria verbal como por la memoria situacionalmente accesible. Se propone que los individuos necesitan, en primer lugar, integrar conscientemente la información verbalmente accesible con sus creencias preexistentes y sus modelos del mundo, para lograr reducir los efectos secundarios negativos generados por las implicaciones del trauma, reafirmando el control percibido, reatribuyendo responsabilidad en el hecho traumático y consiguiendo hacer juicios apropiados sobre sí y el mundo. En segundo lugar, se requiere activar la información de la memoria situacionalmente accesible, a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático, para lograr prevenir la reactivación automática continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma⁽⁴²⁾.

La intervención debe suponer, por lo tanto, la actuación sobre ambos niveles de representación (memoria situacional y verbalmente accesible) y debe intentar favorecer la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, ya que es justamente la disparidad de información proveniente de estos dos canales distintos lo que propicia la aparición del trastorno de estrés postraumático⁽⁵⁶⁾.

Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck

Este modelo de Ehlers y Clarck⁽⁴³⁾ centra su interés en:

- 1) Las evaluaciones que el sujeto hace sobre el evento traumático y sus consecuencias,
- 2) La forma en que se almacena en la memoria,
- 3) La relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma,
- 4) La relación entre los procesos cognitivos y las conductas mal adaptativas,
- 5) El procesamiento cognitivo durante el trauma y
- 6) Las características del trauma, las experiencias y creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto.

Dichos procesos, según el modelo, son las vías por las cuales un individuo desarrolla el trastorno por estrés postraumático y se mantiene a lo largo del tiempo.

1. Diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias.

Los autores señalan dos tipos de evaluación, un tipo se refiere a la evaluación propia del evento traumático. En la cual puede observarse en algunos casos una sobregeneralización del evento, lo que conllevará a percibir las situaciones cotidianas más peligrosas de lo que en realidad son y/o a percibir una probabilidad exageradamente elevada de volver a ser víctima o testigo de futuras experiencias traumáticas. El otro tipo de evaluación se refiere a la evaluación sobre las secuelas o consecuencias de la experiencia traumática, que alude a la forma en que uno se sintió y/o comportó durante el evento traumático, algunos sujetos con TEPT concluyen por la forma en cómo se comportaron durante el evento, que son responsables e, incluso, culpables de lo ocurrido. En cuanto a la evaluación de las consecuencias, los sujetos suelen hacerlas en tres rubros; evaluación sobre los síntomas iniciales del TEPT, los sujetos con TEPT, suelen ver las reacciones fisiológicas y/o emocionales consecuentes del evento como una señal de un cambio profundo y permanente en su forma de ser y actuar, (y no como parte del proceso natural de recuperación) lo que produce un ánimo negativo y favorece el uso de estrategias de afrontamiento negativas que llevarán al surgimiento y mantenimiento del TEPT. La segunda es la evaluación sobre las reacciones que los demás tienen sobre el evento traumático, si los familiares y amigos adoptan estrategias de

evitación respecto a hablar sobre el evento (por ejemplo; con la finalidad de no estresar al paciente), éste puede interpretarlo como un desinterés de su parte o que lo culpan o responsabilizan de lo sucedido. Estas interpretaciones tienen como consecuencia que el sujeto pierde la oportunidad de sentir alivio y tener las apreciaciones de los demás que le ayuden a modular sus creencias distorsionadas sobre el evento. Finalmente, está la evaluación de las consecuencias que el trauma tienen áreas como las físicas, financieras o profesionales. Los sujetos con TEPT suelen interpretar que el evento tendrá consecuencias devastadoras en dichas áreas y además cree que éstas se darán de forma permanente e incluso que serán peores en el futuro.

Ehlers y Clark ⁽⁴³⁾ sugieren que las evaluaciones del evento serán las que determinen el tipo de respuesta emocional del sujeto. Las evaluaciones de peligro percibido provocarán miedo, las evaluaciones de que otros no siguen las reglas y de injusticia provocará ira, las evaluaciones sobre la supuesta responsabilidad de la víctima sobre el evento traumático desencadenarán culpa, las evaluaciones sobre haber transgredido los estándares internos generarán vergüenza y, finalmente, las evaluaciones de pérdida desembocarán en tristeza. Por ello, según el modelo, la razón por la cual los pacientes con TEPT presentan distintos tipos de emociones negativas es porque generan distintas evaluaciones en distintos momentos.

2. Diferencias individuales en la naturaleza de la memoria traumática y el vínculo con otras memorias autobiográficas.

Los pacientes con TEPT suelen tener dificultades con dos aspectos específicos de la memoria. Uno de ellos es la incapacidad para evocar un recuerdo total de lo acontecido en el evento traumático, por lo que suelen ser memorias fragmentadas, desorganizadas y con dificultades en la configuración temporal de lo sucedido. El otro es la aparición involuntaria de recuerdos que incluyen reexperimentación de aspectos del evento en una manera muy vivida y que suelen ser fruto de los denominados “gatillos”, es decir, estímulos que desencadenan la respuesta involuntaria de recuerdos.

3. Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma.

Estos autores afirman que existe una relación bidireccional entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma y sus consecuencias. Lo cual alude a que

cuando los sujetos reexperimentan (es decir recuerdan) el evento traumático lo hacen mediante los elementos extraídos a través de la evaluación (parcial) que realizaron y de la recuperación selectiva de la información, la cual es consistente con dicha evaluación. Dicha recuperación selectiva de la información sobre el evento traumático hace que el sujeto no tenga una impresión total de lo acontecido. Ello lo lleva a percibir sólo aquello que corrobore las creencias que mantiene y no tenga otra información con la que confrontar la evaluación realizada en primera instancia.

4. Relación entre los procesos cognitivos y las conductas mal adaptativas.

Ehlers y Clark consideran que las evaluaciones se asocian con las estrategias cognitivas que desarrollan los sujetos y éstas llevan a realizar conductas mal adaptativas. Por ejemplo, las valoraciones negativas que puede tener sobre “recordar o pensar el trauma” como por ejemplo que ello traería consecuencias como: “volverse loco”, “perder el control”, “daños a la salud”, etc. Favorecen la realización de estrategias disfuncionales como: “tratar de no pensar en el trauma”, “distracer la mente”, “tomar alcohol o drogas”, etc. Merecen especial atención las creencias y estrategias disfuncionales asociadas como: “si no controlo mis emociones me dañaré o dañaré a alguien”. Éstas se asocian con: la evitación de todo aquello que pueda generar una emoción positiva o negativa, conllevando embotamiento emocional.

5. Procesamiento cognitivo durante el trauma.

Otro aspecto a resaltar de este modelo es el procesamiento cognitivo en el momento del trauma. Ehlers y Clark aseguran que si el sujeto presenta pensamientos de derrota mental (del tipo; “no tengo ningún control”, “estoy desamparado”, o “he perdido mi dignidad”) durante el evento traumático desarrollará creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo, la permanencia constante del TEPT e incapacidad para enfrentarlo. Las personas que pasan por una experiencia traumática que se vieron abrumados por las impresiones sensoriales y la confusión, aquellos que no pudieron mantener un pensamiento claro y analizar lo que sucedía, tendrán una carencia autorreferencial durante el trauma y es probable que desarrollen una forma crónica de TEPT y una afectación en la memoria del evento. Esto se explica porque dicho procesamiento impide el almacenamiento en la memoria de una forma organizada y localizada en el contexto del evento. Este procesamiento cognitivo es menos conceptual y más centrado en los elementos sensoriales del trauma, lo cual contribuye a explicar el porqué de las reexperimentaciones sensoriales.

6. Características del trauma, experiencias y creencias previas y estado actual.

Finalmente, este modelo tiene en cuenta el tipo de trauma, las creencias y experiencias previas al evento traumático, los cuales son contemplados por el modelo como factores que influyen tanto en la evaluación como su recuerdo. En cuanto a las características del trauma, hay dos elementos a tener en cuenta: la duración y la predicción del evento. Mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático, pues dificultará un procesamiento saludable. Sobre las experiencias previas al trauma, Ehlers y Clark⁽⁴³⁾ señalan que aquellos que sufrieron eventos traumáticos en la infancia pueden tener mayores dificultades para procesar el último evento traumático.

A continuación se presenta un esquema de este modelo:

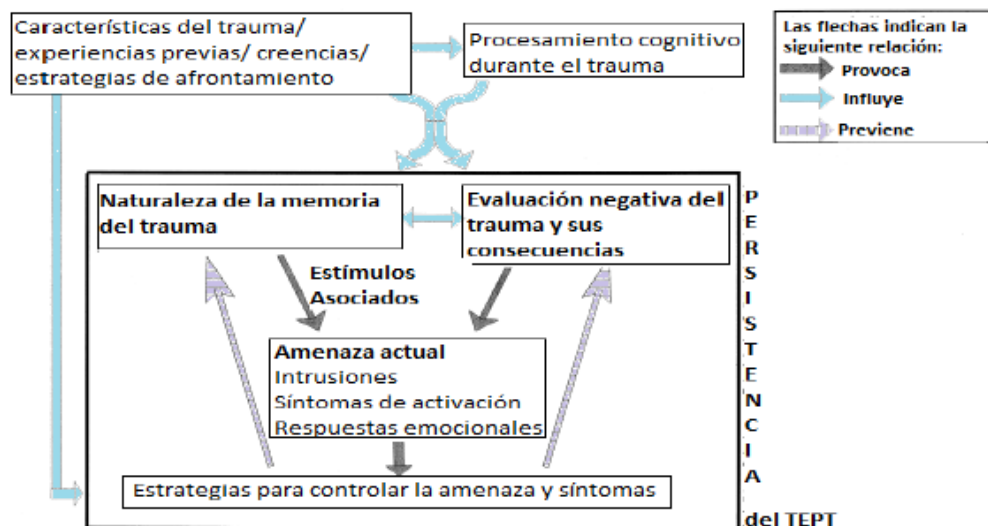


Figura 5. Representación del Modelo Cognitivo del TEPT ⁽⁴³⁾

Teoría Cognitiva Social de Resick

Este modelo señala que la gran mayoría de los sujetos que pasan por trauma tendrán una recuperación natural de las reacciones psicológicas y somáticas después del evento potencialmente traumático los cuales son vistos como reacciones normales. Sin embargo, algunos sujetos no logran esa recuperación natural por lo cual se sugiere ver al TEPT como una falla en el proceso de recuperación donde ciertos elementos la obstaculizan. Así mismo, se centra en el contenido de los pensamientos

asociados con el evento traumático, subrayando el efecto que las creencias distorsionadas tienen a nivel emocional y conductual en los pacientes con TEPT⁽⁴⁴⁾.

Estos autores consideran que el modelo del procesamiento emocional y de la información se enfoca predominantemente en el esquema del miedo y deja a un lado otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación, dichas redes, y no sólo la del miedo, se hacen presentes en varios pacientes con TEPT.

Las respuestas de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización que el sujeto muestra durante el acontecimiento con alta probabilidad de trauma se asocian a claves del ambiente (imágenes, sonidos, olores e incluso la hora del acontecimiento) que estuvieron durante el evento y que antes no tenían ningún significado particular. Pasado el evento traumático estas claves podrán activar la respuesta de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización lo que explicaría la presencia de síntomas de reexperimentación. El sujeto entonces buscará evitar las claves de cuya asociación con el evento es consciente para no experimentar el malestar, lo cual impide un nuevo aprendizaje acerca de que el peligro ya no está presente, lo cual mantendrá un estado de activación en la persona que incidirá en posteriores evaluaciones de situaciones cotidianas como potencialmente peligrosas. Esto conllevará a falsas alarmas y a una pérdida en la confianza del juicio del propio sujeto.

Este modelo considera que existen dos tipos de emociones en los pacientes con TEPT: 1) emociones “naturales” o primarias; miedo, ira o tristeza y que son resultado directo de los pensamientos derivados del acontecimiento traumático como interpretación de una situación real de peligro, abuso o pérdida y 2) emociones secundarias o “manufacturadas”; como por ejemplo la vergüenza y la culpa, que son contempladas como resultado de pensamientos distorsionados que el sujeto hace sobre el evento traumático.

Según el modelo es frecuente que en los pacientes con TEPT, los esquemas de confianza, seguridad, control, estima e intimidad se ven afectados por la experiencia traumática generando puntos de estancamiento, los cuales son creencias que interfieren en el proceso de recuperación. Pueden ser automáticas y normalmente se relacionan con culpa, vergüenza o alguna otra emoción intensa y “manufacturada”. Por lo que el modelo predice que, al modificar las emociones “manufacturadas” y las creencias asociadas a ellas, se generará un cambio positivo en los esquemas conllevando a una mejoría de los síntomas del TEPT. Este modelo de forma más

evidente, explicaría la aparición del trastorno fundamentalmente a través de una vulnerabilidad adquirida (sobre todo de tipo social) responsable de las creencias que las personas mantienen.

Es importante señalar que todos coinciden en que la exposición al evento traumático, desde la narrativa hablada o escrita, es fundamental en el proceso de recuperación del paciente.

Modelo SPAARS

Constituye la aproximación más reciente para explicar el desarrollo de los síntomas del TEPT y trata de integrar las teorías planeadas anteriormente. Inicialmente, se concibió para describir las experiencias emocionales diarias y, posteriormente, se aplicó al TEPT. Dalglish⁽⁵⁷⁾ postula el modelo de estructuras de representación múltiple y dice que hay cuatro niveles de representaciones mentales: Esquemático, Proposicional, Análogo y Asociativo (SPAARS, por sus siglas en inglés). El nivel esquemático representa la información abstracta, genérica o esquemas. En el nivel proposicional, la información es accesible verbalmente, similar al VAM; mientras que la información en el nivel análogo, se almacena en forma de imágenes, a través de los sistemas sensoriales (incluyendo las sensaciones internas), similar al SAM. Las representaciones asociativas son similares a las estructuras de miedo hipotetizadas en la teoría del procesamiento emocional y representan las conexiones entre otros tipos de representaciones.

En el modelo SPAARS, se generan las emociones a través de dos rutas. Una similar al planteado por el modelo cognitivo de Ehlers y Clark⁽⁴³⁾, mediante la valoración en el nivel esquemático, en donde se comparan eventos con metas importantes. La persona califica un evento como amenazante al bloquear una meta importante, entonces experimenta temor. Debido a que los eventos traumáticos son amenazas para la supervivencia, se valoran como tal y causan temor. La segunda ruta para las emociones es a través del aprendizaje asociativo, que es automático y similar a la activación del miedo, descrita por Foa y colaboradores⁽⁵⁸⁾.

Resick, Monzon y Rizvi⁽⁵⁹⁾ reportan que dentro del modelo SPAARS, el evento traumático dispara una reacción intensa de temor, desesperanza y horror, al igual que una gama amplia de otras emociones. La información acerca del evento traumático es almacenada en los niveles esquemáticos, proposicionales y análogos simultáneamente. Debido a que la memoria del evento traumático representa una

amenaza actual a las metas, la persona permanece con un nivel bajo de activación de miedo, con un sesgo cognitivo para atender a las valoraciones de amenaza y a imágenes sensoriales intrusivas.

3.4 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.

En un metanálisis realizado por Golding⁽⁵⁾, se revisaron 11 estudios acerca del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia doméstica, se encontraron tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. En 5 de estos 11 estudios se encuentra que la severidad o duración del maltrato está asociada a la severidad del TEPT. La diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados, tanto para medir violencia doméstica como para medir TEPT, explica la variabilidad en las tasas de prevalencia a través de los estudios, según la autora de este meta-análisis, el TEPT sería la categoría diagnóstica más apropiada para describir las consecuencias psicológicas en las víctimas de violencia doméstica, incluso cuando síntomas de otros trastornos pueden estar presentes.

Así mismo, diversas investigaciones señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica. Se estima que la prevalencia de TEPT en víctimas de violencia doméstica oscila en torno al 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas presenta algún tipo de sintomatología postraumática. Además de que algunos autores afirman que una mujer que experimenta dos o más tipos de violencia tiene mayores probabilidades de padecer este trastorno ^(5,31).

Cabe destacar que los datos sobre problemas psicológicos en mujeres que han experimentado VPI suelen provenir de encuestas, en muchos casos realizadas de forma telefónica, con escaso control sobre la veracidad y precisión de las respuestas, procedimiento que no es el más adecuado para establecer la presencia de un problema psicológico. Además, dada la disparidad entre las mujeres que reconocen la violencia de pareja y las que deben sufrirla, más aún dado que sólo un reducido porcentaje de mujeres acuden en busca de ayuda, no se puede saber los problemas

que afectan a esta población, pero al menos se pueden identificar las características de aquellas que buscan ayuda y el tipo de ayuda solicitada ⁽³¹⁾.

Sin embargo, recientemente se han comenzado a llevar a cabo estudios para analizar el perfil de este cuadro clínico en víctimas de violencia doméstica, que señalan que son los síntomas de reexperimentación e hiperactivación los más característicos del TEPT en estas mujeres. En concreto, serían la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato, el malestar psicológico intenso al recordar el suceso, la dificultad para conciliar el sueño, los problemas de concentración y el estado permanente de hipervigilancia, los más frecuentes. Por el contrario, los síntomas de evitación no lo son tanto. Las características específicas de la violencia podrían explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. Así pues, la exposición prolongada y repetida al maltrato explicaría la presencia continua de recuerdos intrusivos relacionados con la violencia y la gravedad de los síntomas de reexperimentación que manifiestan estas víctimas, que por otro lado, podrían ser disparados por muchas de las situaciones del hogar, que estarían funcionando como estímulos condicionados. Asimismo, la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios agresivos, su percepción de vulnerabilidad, así como la ruptura del marco de seguridad, que supone la pareja como la persona más cerca afectivamente y el hogar como el lugar supuestamente más tranquilo para la víctima, podrían explicar el estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia que manifiestan estas mujeres y que estaría funcionando como una respuesta de alarma ante el temor y la posibilidad de sufrir una nueva agresión. Respecto a los síntomas de evitación, dado que normalmente la ocurrencia de los episodios de violencia se limita al hogar de la víctima, la única conducta de evitación que cabría esperar sería el abandono definitivo del domicilio, decisión que, por otro lado, es tomada en la mayoría de los casos tras muchos años de permanencia en la relación violenta.

A continuación se presentan algunos criterios y su relación con los síntomas del TEPT, así como su frecuencia en mujeres que han experimentado VPI según Rincón y sus colaboradores⁽⁶⁰⁾:

Tabla 3. Frecuencia de síntomas del TEPT en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima ⁽⁶⁰⁾

CRITERIOS	SÍNTOMAS DEL TEPT	FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL TEPT (Rincón, et. al. 2004)
Reexperimentación	Recuerdos Intrusivos	71.5
	Pesadillas	37.1
	Flashbacks	30
	Malestar Psicológico	75.7
	Malestar Fisiológico	62.9
Evitación	Evitar pensar, sentir...	67.1
	Evitar actividades, lugares...	47.1
	Amnesia	15.7
	Anhedonia	62.8
	Sensación de desapego o enajenación	47.1
	Restricción de la vida afectiva	57.1
	Sensación de un futuro desolador	31.4
Hiperactivación	Insomnio	67.2

	Irritabilidad	51.5
	Dificultad de concentración	65.7
	Hipervigilancia	54.3
	Respuesta de Alarma	50

CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES PARA MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA

4.1 Descripción de las Intervenciones

La violencia contra las mujeres no es un problema reciente. Existen datos que identifican agresiones hacia las mujeres desde tiempo remotos. Sin embargo, es 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 vista como una cuestión privada, pasa a ser considerada como un problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos de las mujeres, así se va reconociendo 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 adecuados para medir los resultados de las mismas⁽³⁴⁾.

De acuerdo a una investigación encabezada por el Instituto Nacional de Salud Pública con respecto a los programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja a nivel internacional y nacional se encontró que la ONG son quienes encabezan estas intervenciones. Sin embargo, y aún con décadas de experiencia en el desarrollo y aplicación de intervenciones, el trabajo de las ONG no está bien documentado además de que muchas organizaciones carecen de la infraestructura, tiempo, personal capacitado y recursos económicos y materiales⁽³⁵⁾.

Existen también, programas que inciden sobre el empoderamiento, autoestima, asertividad, toma de decisiones, entre otras. Con respecto a las intervenciones en Norteamérica, sobresalen aspectos legales, para que quien vive violencia pueda dirigirse de una manera más informada, así mismo, otro conjunto de intervenciones se centra en la modalidad de las intervenciones utilizadas para ayudar a las madres y los niños, éstas varían enormemente de un organismo a otro, además, varían en la forma de aplicar estos métodos diferentes: algunos utilizan la terapia de juego para niños, otros proporcionan terapias únicamente para las madres, y otros combinan terapias conjuntas para las madres y los niños. Los servicios de consejería, terapia individual, educación y sensibilización a la comunidad son intervenciones que se practican habitualmente dentro de las organizaciones. Los primeros dos proporcionan ayuda a la

víctima para reclamar sus derechos, tomar decisiones seguras, además de obtener las herramientas necesarias para mejorar la autoestima, autodeterminación y seguridad de los sobrevivientes⁽³⁵⁾.

Las intervenciones que más se llevan a cabo en Europa son los servicios de consejería y terapia grupal. En general, los programas de consejería suministran servicios a cualquier mujer víctima de violencia doméstica; el abuso puede ser emocional, físico, sexual o financiero. El objetivo de las sesiones es aclarar las necesidades de las mujeres y el entendimiento de su situación. Se expone información relevante, la cual está disponible, así como los lugares y los contactos donde se le puede brindar ayuda personalizada a la víctima⁽³⁵⁾.

En las intervenciones que se les ofrecen a las mujeres, sobresale la terapia de corte cognitivo, con respecto a esto, Johnson y Zlotnick⁽³⁶⁾ desarrollaron un programa de tratamiento que utiliza la terapia cognitivo-conductual para las mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático llamado “Ayudando a superar el TEPT por medio del Empoderamiento”. El programa era a corto plazo y se centró en la creación de estabilidad, seguridad y empoderamiento. Además, las mujeres aprendieron habilidades para manejar sus síntomas de TEPT, especialmente cuando los síntomas interferían con su capacidad para acceder a los recursos importantes de la comunidad y/o para establecerla seguridad para ellos y sus hijos. Los autores encontraron que las mujeres eran más capaces de manejar sus síntomas de TEPT después del tratamiento.

A continuación se presenta una tabla donde se resume de manera breve algunas de las intervenciones:

Tabla 4. Resumen de investigaciones de tratamiento en mujeres víctimas de violencia de Pareja Íntima ⁽¹³⁾

AUTORES	MUESTRA	No. DE SESIONES	INTERVENCIONES	RESULTADOS	LIMITACIONES
Cox y Stoltenberg (1991)	50 mujeres de centros de acogida	6	5 módulos de intervención: • Terapia Cognitiva • Asertividad y habilidades de comunicación • Solución de Problemas • Asesoría Profesional	• Aumento significativo en nivel de autoestima y Asertividad y reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y nivel de hostilidad en el grupo	• No se mide el efecto de la intervención en el TEPT • Muestra formada sólo por mujeres de casa de acogida. • Ausencia de seguimientos.

			• Percepción del Cuerpo	experimental en comparación con el grupo control.	
Holiman y Schilit (1991)	12 mujeres físicamente maltratadas	10	3 módulos de intervención: • Modificación de pensamientos desadaptativos • Expresión adecuada de emociones. • Grupo de Apoyo	• Reducción significativa del nivel de ira y mejora del nivel de satisfacción, pero no de autoestima.	• Intervención no estandarizada • No centra el cambio terapéutico en el TEPT • Ausencia de un grupo control • Reducido tamaño muestral • Ausencia de seguimientos.
Tutty, Bidgood y Rothery (1993)	76 mujeres	10-12	• Grupo de Apoyo	• 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.	• Intervención no estandarizada • No centra el cambio terapéutico en el TEPT • Ausencia de un grupo control
Mancoske, Standifer y Cauley (1996)	20 mujeres	8	Compararon dos modalidades terapéuticas • Intervención en crisis más grupo de apoyo orientado al conflicto. • Intervención en crisis más grupo de apoyo de orientación feminista.	Únicamente las participantes que recibieron grupo de apoyo orientado al conflicto mejoraron su nivel de autoestima y autoeficacia al postratamiento	• Intervención no estandarizada • No centra el cambio terapéutico en el TEPT • Ausencia de un grupo control • Reducido tamaño muestral
Echeburúa et. al.	62 mujeres	12	Programa Cognitivo Conductual:	Reducción significativa de	• Ausencia de un grupo

(1996)			• 9 Expresión emocional • Reevaluación Cognitiva • Habilidades de afrontamiento	la sintomatología de TEPT, depresiva y ansiosa y mejora de la autoestima al postratamiento.	control • Reducido tamaño muestral
Schlee, Heyman y o'Leary (1998)	74 parejas con problemas de malos tratos	14	Compararon dos modalidades terapéuticas: • 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	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.	• No centra el cambio terapéutico en el TEPT • Ausencia de un grupo control • Ausencia de seguimiento • Muestra formada únicamente por parejas con malos tratos de gravedad moderada.
Colosetti y Thyer (2000)	5 mujeres físicamente maltratadas en prisión	6-8	Entrenamiento en relajación (placebo)+ DRMO	Únicamente una de las mujeres mejoró en ansiedad y pensamientos intrusivos tras la aplicación de la DRMO.	• Ausencia de un grupo control • Reducido tamaño muestral • Muestra únicamente formada por mujeres en prisión. • Ausencia de seguimiento
Labrador y Rincón (2002)	9 mujeres	8	Programa cognitivo conductual: • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva	Remisión del TEPT en el 100% de las mujeres del grupo experimental al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a los 6 meses. Mejora de la sintomatología concomitante. El grupo control en lista de	• Ausencia de seguimientos a largo plazo • Reducido tamaño muestral

				espera no experimentó ninguna mejoría.	
Rincón y Labrador (2004)	18 mujeres	8	Programa cognitivo conductual: • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva	Remisión del TEPT en el 94.4% de las mujeres del grupo experimental al postratamiento y en el 88% en el seguimiento a los 6 meses. Mejora de la sintomatología concomitante. El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría.	• Ausencia de seguimientos a largo plazo • Reducido tamaño muestral
Kubany et. al. (2004)	125 mujeres	8-11	Programa cognitivo conductual: • Psicoeducación • Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva • Aprendizaje de habilidades de autocuidado	Remisión del TEPT en el 87% de las participantes al postratamiento y mejora significativa de depresión, culpa, autoestima y vergüenza en comparación con un grupo control en lista de espera. Mantenimiento de la mejoría a los tres y seis meses.	• Ausencia de seguimientos a largo plazo • Muestra formada únicamente por mujeres separadas del agresor.
Labrador y Alonso (2005)	20 mujeres	8	Programa cognitivo conductual: • Psicoeducación • Respiración • Exposición - Reestructuración cognitiva	Mejora significativa de sintomatología del TEPT y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimiento al mes y tres meses.	• Ausencia de seguimientos a largo plazo • Reducido tamaño muestral
Arinero (2006)	78 mujeres	8	Programa cognitivo conductual: • Psicoeducación	Reducción de la sintomatología postraumática,	• Ausencia de un grupo control

			• Respiración • Exposición • Reestructuración cognitiva • Planificación de Actividades gratificantes • Mejora de la autoestima • Prevención de recaídas • Entrenamiento de habilidades de comunicación	depresión, ansiedad, expresión de la ira y mejora del nivel de adaptación al postratamiento, tanto en las participantes asignadas a la 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.	
Alonso (2007)	103	8	• Modalidad Grupal • Psicoeducación • Control de activación • Terapia cognitiva • Exposición	Mejora en síntomas de TEPT Reexperimentación • 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.	• Adecuado tamaño muestral de mujeres españolas inmigrantes y mexicanas. • Aplicación de algunos instrumentos de evaluación validados con muestras norteamericanas o españolas, a otras poblaciones.

Fuente: Tomado de Rincón (2004) y Alonso (2007), y actualizado por Montañez (2013).

4.2 Intervenciones en México

En México, los grupos de mujeres, en su mayor parte autodefinidos como organizaciones feministas, jugaron un papel trascendental para impulsar los cambios legislativos ya expuestos, crear programas centrados en la atención de las consecuencias de la violencia doméstica, así como, años más tarde, instituciones encargadas de desarrollar políticas públicas con el propósito de la transversalización de la equidad de género⁽⁸⁰⁾.

En un primer momento, en particular en la década de 1970, el movimiento feminista aglutinó a los grupos existentes en torno de tres ejes: a) la lucha por la despenalización del aborto, b) la lucha contra la violencia a las mujeres y c) la libre opción sexo afectiva. Después de la creación de las organizaciones pioneras, como la ya referida Camvac, las experiencias se multiplicaron en diferentes regiones del país y tuvieron un efecto sustancial en diferentes planos: a) el surgimiento de otras organizaciones de la sociedad civil; b) la creación de los servicios gubernamentales que existen hasta el momento y c) el diseño de modelos de atención tanto para mujeres que sufren de violencia de pareja como para los hombres que la ejercen. La figura 6 ilustra la distribución nacional de los centros que prestaban algún tipo de atención o intervención a finales del decenio de 1980. Ocho organizaciones en el país ofrecían servicios a mujeres maltratadas: Centro de Apoyo a la Mujer (CAM) en Colima, el Colectivo Feminista de Xalapa, el Centro de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. En la Ciudad de México se encontraba Camvac, el Colectivo de Lucha Contra la Violencia (Covac), el Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (Cecovid). En Oaxaca, el Centro Rosario Castellanos y en Morelos Cidhal A.C. Como se puede observar en el mapa, la mayoría de los estados no contaba con servicios para atender casos de violencia. Además, es necesario mencionar que la capacidad de cobertura de los centros era limitada, dada la escasez de recursos humanos y financieros, esto a su vez, generó la apertura de más organizaciones para la década de los 90's tal y como lo señala figura 7 ⁽⁸¹⁾.

Figura 6.
Organizaciones Pioneras en la Atención de
mujeres violentadas en la década de los 80's.
Fuente: Programas de intervención con mujeres
víctimas de violencia de pareja y con agresores ⁽⁸¹⁾



Figura 7.
Impacto del movimiento feminista en la apertura
de nuevos centros de atención a la violencia
intrafamiliar en la década de los 90's. Fuente:
Programas de intervención con mujeres víctimas
de violencia de pareja y con agresores ⁽⁸¹⁾



En su mayoría, el modelo de atención que trabajaban incluía el trabajo psicoterapéutico individual y el trabajo grupal desde un enfoque humanista existencial. En el primero se establecían cinco objetivos generales, es decir, que cada mujer: a) descubra sus propias alternativas de solución; b) tome conciencia de su condición de género; c) se responsabilice de sus pensamientos, sentimientos, deseos y actitudes; d) asuma sus potencialidades y capacidades; e) y, con base en sus propias alternativas, realice proyectos a corto y mediano plazos para transformar su realidad. Respecto del modelo del trabajo grupal, se desarrollaron dos modelos, el primero denominado “Grupo de autoayuda con coordinación terapéutica” (con seis meses de duración) y, el segundo, llamado “Grupo de autoayuda con un acercamiento del modelo de grupo operativo” (con cuatro meses de duración) ⁽⁸¹⁾.

Fue a principios del decenio de 1990 que organismos internacionales, como la Organización de Estados Americanos y la Organización de las Naciones Unidas, la incluyeron como tema primordial en sus agendas de trabajo. Este periodo se caracterizó por la aparición de nuevos actores sociales, entre los cuales figuran los esfuerzos de los sectores judicial, legislativo, académico y de salud. El interés institucional por el tema consiguió obtener espacios de discusión y se materializó, por ejemplo, en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, en el medio del sector legislativo. Por su parte, el sector salud convocó a diversas organizaciones de

la sociedad civil y académicas a la discusión y diseño de la “Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar”, cuyo proyecto de norma se publicó el día 20 de octubre de 1999 en el Diario Oficial de la Federación con la NOM-190. En ese escenario político nacional se redefinió la participación del sector salud como responsable de la política de atención y prevención de la violencia familiar y de género en nuestro país. Como cabeza de sector, la Secretaría de Salud recibió, por primera vez, la encomienda de encabezar las acciones nacionales en favor de la atención y prevención de la violencia familiar.

Para el año 2000, se crearon nuevas instituciones y programas que pretendían responder a las demandas del movimiento amplio de mujeres, razón por la cual se fundó el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) en 2001. Hasta la fecha, el Inmujeres es un organismo público autónomo descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión. El 12 de enero de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la ley que lo crea y se estableció, formalmente, el 8 de marzo de ese mismo año, en el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer. Su objetivo general es promover y fomentar las condiciones que den lugar a la no discriminación, igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros, el ejercicio de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país ⁽⁷⁹⁾.

Así mismo, con la finalidad de responder a la urgencia social de legislar los actos de violencia hacia las mujeres, en ese mismo periodo el H. Congreso de la Unión, a través de la Cámara de Diputados durante la LVIII Legislatura (2000-2003) y la LIX Legislatura (2003-2006), propuso y aprobó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la cual señala, a lo largo de sus capítulos y apartados, los compromisos de diversas instancias de gobierno para desarrollar un programa de reeducación destinado a las víctimas y agresores de violencia familiar.

A continuación, en la tabla 4, se muestra una breve descripción de espacios gubernamentales que atienden a las mujeres que han experimentado violencia por parte de su pareja.

Tabla 5. Generalidades de Programas gubernamentales que atienden a víctimas de violencia familiar. Fuente: Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores ⁽⁸¹⁾ y modificado por la autora de la presente tesis.

PROGRAMA	SERVICIOS QUE OFRECE	POBLACIÓN BLANCO	EVALUACIÓN
CAVI (Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar)	-Atención de trabajo social -Apoyo psicoterapéutico individual y grupal a mujeres y sus hijas e hijos. -Asesoría legal	Mujeres víctimas de violencia de pareja; niñas y niños hasta 12 años de edad víctimas de violencia familiar.	Interna
UAPVIF (en Hidalgo, UEPVFS)	-Aplicación de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar -Apoyo psicoterapéutico grupal a mujeres y hombres. Doce sesiones semanales	Mujeres, parejas y familias urbanas	Interna
DIF (Desarrollo Integral para la Familia)	-Asesoría jurídica, médica, psicológica y de trabajo social	Mujeres, parejas, familias de población abierta	No se conoce
Inmujeres (Instituto Nacional de las Mujeres)	-Indirectos: a través de financiamientos a las organizaciones de la sociedad civil que ofrecen servicios, atención, acciones preventivas, atención a la salud, capacitación, asesorías legales y otras. Los múltiples servicios que dependen de las convocatorias y de las acciones de las ONG. -Directo: línea telefónica 01 800 para canalizaciones y vinculación de servicios Indirecto a través de financiamiento a organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que ofrecen atención psicológica, acciones preventivas, capacitación, asesorías, atención a la salud integral -Directos: perspectiva de género en sus programas, biblioteca electrónica sobre género, capacitación virtual sobre género	Mujeres en situación de vulnerabilidad social y violencia de género	Interna

INDESOL	-Albergue para mujeres y sus hijos, capacitación, atención psicológica, grupal e individual, médica, legal	Mujeres en situación de vulnerabilidad social, violencia de género	Externa
Red Nacional de Refugios	Instancias gubernamentales y de la sociedad civil	Mujeres y sus hijos en situación de riesgo grave de violencia por su pareja	Interna/externa
Programa Nacional para la Atención a la Violencia Familiar	Componentes del proceso de atención: a) identificación de la situación de violencia; b) consejería especializada; c) evaluación del riesgo y el plan de seguridad e información legal; d) atención médica esencial y especializada; e) referencia y contrarreferencia.	Usuarías de los servicios de salud.	Sin evaluación
CONAVIM Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia en contra de las Mujeres	-Centros de Justicia para las Mujeres -Redes Ciudadanas y Comunidades Juveniles. -Líneas Telefónicas -Elaboración y Seguimiento del Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. -Declaración de Alerta por Violencia de Género y notificarla al Poder Ejecutivo de la entidad federativa correspondiente. -Vigila y promueve directrices para que los medios de comunicación favorezcan la erradicación de la violencia.	Mujeres, familias, parejas y población en general.	Interna/Externa

Así mismo, existe el Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar⁽⁸²⁾, Sexual y contra las Mujeres, el cual, aborda un modelo operativo que fue diseñado a partir del conocimiento e intercambio de experiencias con países como Brasil, Venezuela, Canadá, Estados Unidos de América, España y la experiencia del modelo de intervención centroamericano desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. Este modelo ubica a las mujeres como el centro de atención para sus diversos niveles de intervención de acuerdo a sus necesidades tal y como lo representa la siguiente figura:



Figura 8. Modelo Operativo y sus componentes. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo

Cabe mencionar que este mismo modelo plantea dos tipos de atención que son, la esencial y la especializada. La primera es el paquete mínimo de servicios que debe ofrecerse a las usuarias en situación de violencia en todas las unidades de salud y la segunda comprende servicios médico-quirúrgicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia, mediante la combinación de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación seleccionadas con base en el tipo y magnitud de la agresión sufrida y la valoración clínica integral de cada caso en particular. A continuación se presenta, de manera gráfica, cada uno de estos dos tipos:

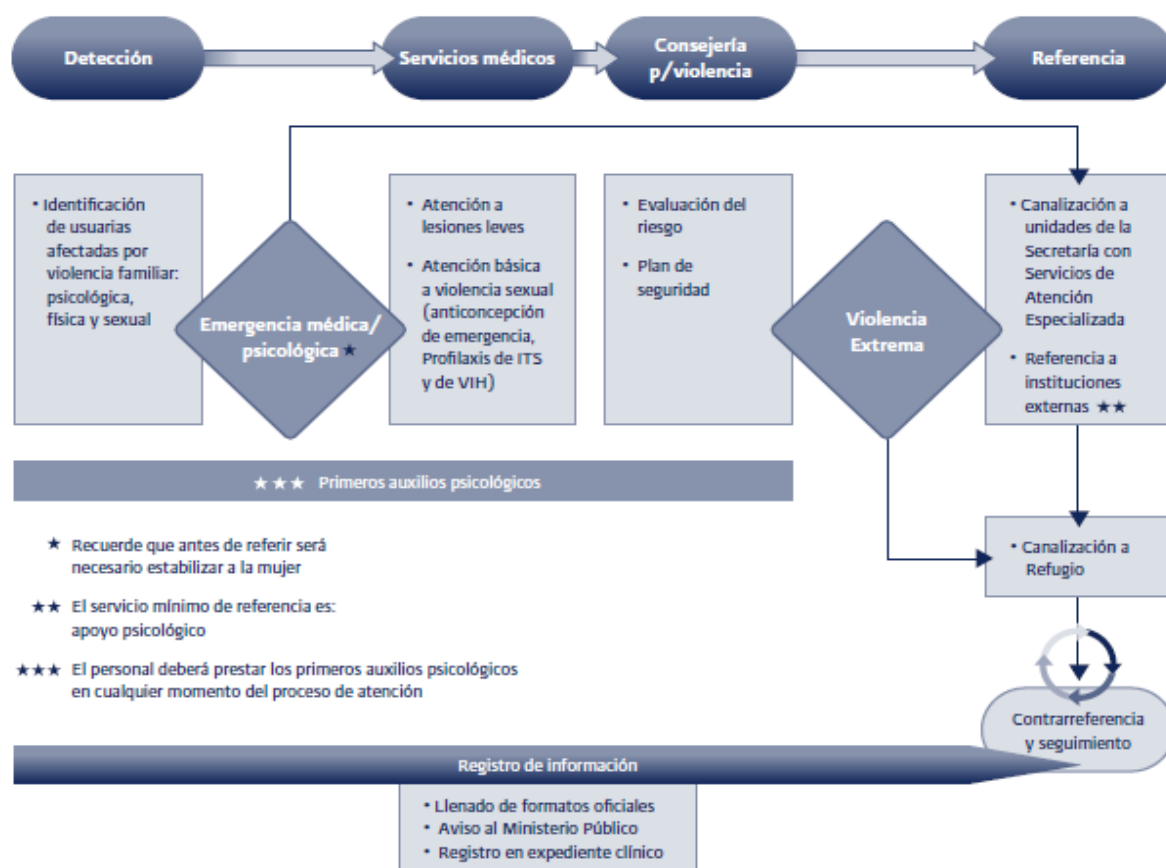


Figura 9. Atención Esencial. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo

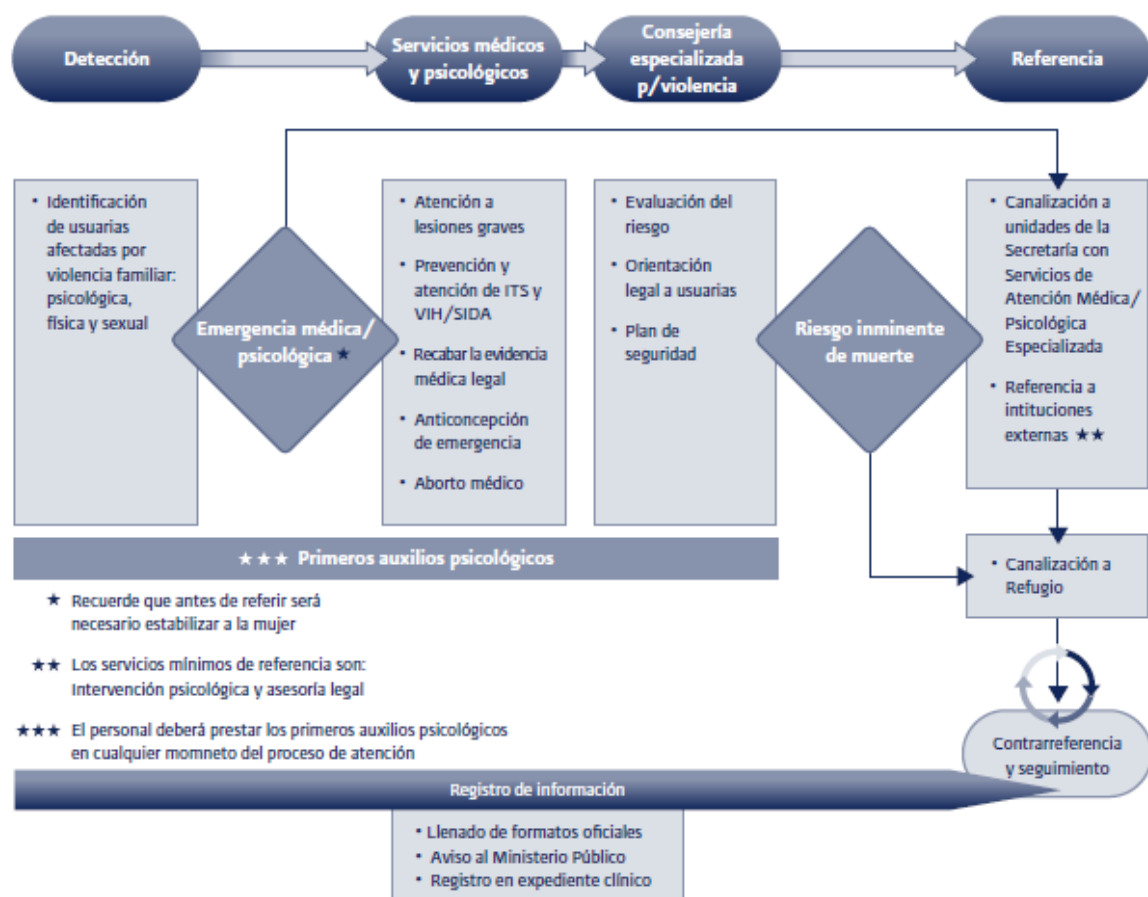


Figura 10. Atención Especializada. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo

En una búsqueda en la web, realizada por Híjar y Valdez ⁽⁸¹⁾ sobre el trabajo de las ONG's en México con respecto a la violencia, encontraron únicamente cuatro, el mismo número con que cuenta Reino Unido. Sin embargo, las autoras comentan que el número de ONG encontradas en la búsqueda no puede sostenerse como un indicador definitivo y determinante del trabajo de las organizaciones en México. Sin embargo, los resultados que arroja la búsqueda general evidencian la realidad de que un número considerable de organizaciones no cuenta con páginas web para promover su trabajo, sea por motivos presupuestales u otras razones, entre ellas la falta de sistematización de información, carencia de personal técnico a cargo de las tareas informáticas, e incluso el hecho de que un sitio en la red no representa beneficios directos para su práctica y desarrollo.

4.3 Intervenciones en Hidalgo

En el apartado anterior se ha descrito, de manera general, las diferentes instituciones que operan a nivel nacional y que de una u otra forma, todas están estrechamente relacionadas con respecto a su operación. En Hidalgo se encuentran 4 principales instituciones que operan bajo normas establecidas que previamente fueron mencionadas, a continuación se describirán de manera breve las funciones de estas instituciones.

Una de ellas es el Instituto Hidalguense de las Mujeres (IHM), el cual, tiene como propósito *“coordinar y ejecutar acciones orientadas a promover el desarrollo integral de las mujeres a fin de garantizar su plena participación en la vida económica, política, cultural y social de la entidad, lleva a cabo actividades de capacitación, talleres, conferencias, así como, atención directa a las mujeres que han estado expuestas a la violencia de género por medio de módulos fijos e itinerantes en diferentes municipios del estado”*⁽⁸³⁾.

El Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de Hidalgo (CJMH), es otra de estas instituciones, la cual pertenece al programa federal de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia en contra de las Mujeres (CONAVIM). Este centro tiene el objetivo de *“coordinar y articular dentro de un mismo espacio las acciones que realizan dependencias encargadas de derechos humanos, seguridad pública, procuración de justicia, administración de justicia, salud y mecanismos para el adelanto de las mujeres, entre otras”*⁽⁸⁴⁾.

Otra institución es El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia Hidalgo, de la cual, su misión es *“contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad, mediante la implementación de políticas, programas y proyectos de asistencia social que incrementen sus capacidades y que les permitan alcanzar un desarrollo humano”*⁽⁸⁵⁾.

La Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (UEPAVFS), también se encuentra en el Estado y es la responsable de la detección, prevención, atención y erradicación de la violencia familiar y sexual basada en el respeto a los derechos humanos⁽⁸⁶⁾.

El Centro de Atención a Víctimas (CAVI), que cuenta con asistencia social, atención psicológica, asesoría legal, seguimiento jurídico en materia penal, atención médica de emergencia, tramitación de medidas de protección de emergencia y/o elaboración de dictámenes psicológicos victimales ⁽⁸⁷⁾.

Estas Instituciones se encuentran estrechamente relacionadas, y como se ha visto anteriormente en las figuras 9 y 10, cuando se detecta algún caso de violencia extrema en las mujeres, son canalizadas algún Refugio, y es precisamente este escenario el lugar de atención para el presente estudio. En el estado de Hidalgo, se cuenta únicamente con un Refugio llamado “En Familia Rompamos el Silencio, A. C.”, de la cual se hará una descripción a continuación.

De acuerdo con el Modelo de Atención en Refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos ⁽⁸⁸⁾, en la Norma Oficial Mexicana Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención NOM-046-SSA2-2005, se define refugio como “espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es del dominio público”. Según esta norma, los refugios se crean para atender la violencia extrema hacia las mujeres.

Los refugios forman parte de una red de servicios especializados dirigidos a apoyar a las mujeres víctimas de violencia y el auxilio que otorgan puede representar la diferencia entre la vida y la muerte para una mujer. En México existen 66 refugios en las 32 entidades federativas; uno es mixto, es decir, está a cargo de una OSC y del municipio, 34 son de las organizaciones de la sociedad civil y 31 de gobiernos estatales o locales (procuradurías estatales de justicia, Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres en las Entidades Federativas, sistemas estatales o municipales para el Desarrollo Integral de la Familia y Secretarías de Desarrollo Social). Algunos de ellos funcionan bajo una dirección mixta y la mayor parte se ubica en las zonas urbanas de las entidades federativas. Su objetivo general es brindar protección, atención integral y especializada desde las perspectivas de género y derechos humanos, a las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, en situación de riesgo, cuando así lo soliciten, y de esta manera contribuir a que superen la situación de violencia y facilitar su proceso de empoderamiento y ciudadanía. La estancia de la mujer víctima de violencia, sus hijas e hijos en el refugio comprende un proceso conformado por varios momentos que

comienza con el ingreso y concluye con su egreso. A continuación se presenta de manera gráfica este proceso:

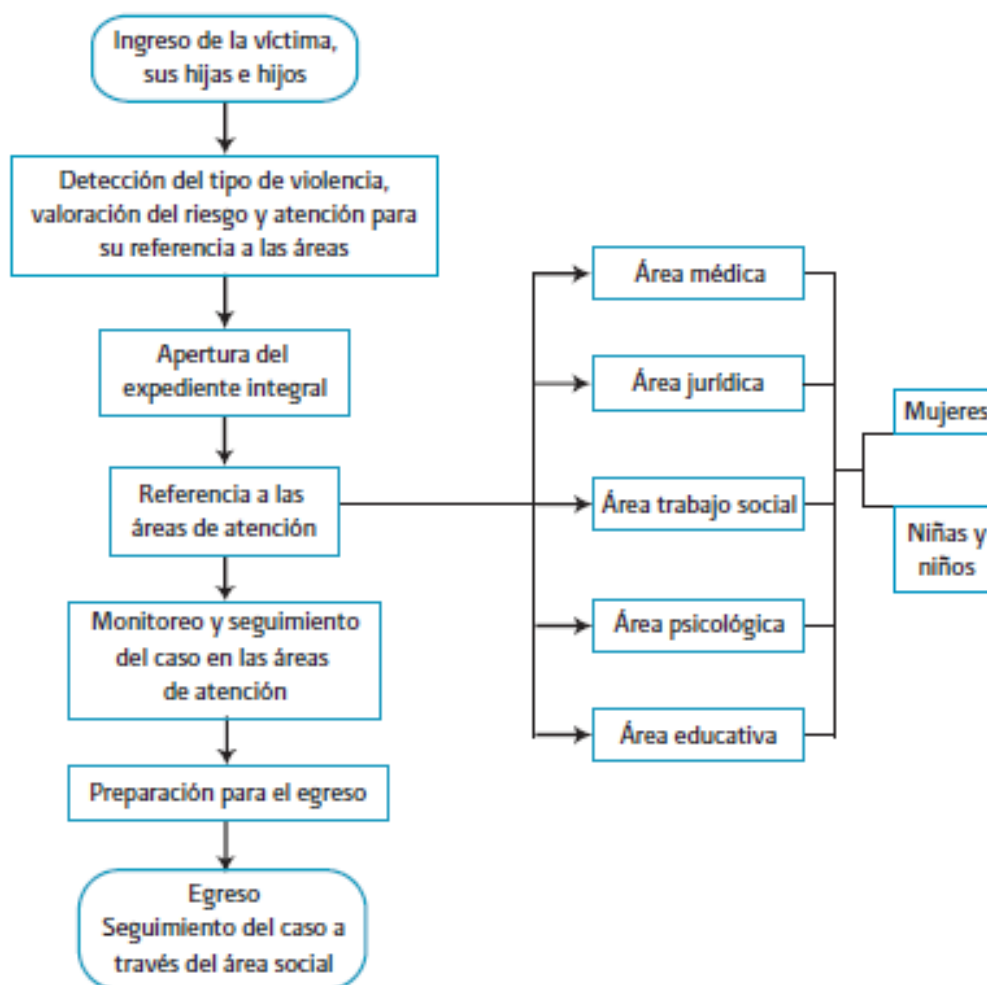


Figura 11. Ingreso, permanencia, egreso y seguimiento. Fuente: Modelo de Atención en Refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos, p. 29.

Como lo muestra la figura anterior, el Refugio trabaja desde un enfoque multidisciplinar y, específicamente, el área de Psicología sigue un modelo cognitivo conductual en su intervención con las usuarias. Sin embargo, es importante resaltar, que a pesar de que cerca del 100% de las mujeres que ingresan presentan el Trastorno de Estrés Postraumático, no hay datos de que exista en un Refugio alguna intervención dirigida específicamente para aminorar la sintomatología de este trastorno.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la eficacia de un programa de intervención para reducir la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado violencia extrema de pareja íntima?

Objetivo General

Evaluar un programa de intervención para reducir la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia Extrema de Pareja Íntima.

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de gravedad del TEPT, Autoestima, Depresión Cogniciones Postraumáticas e Inadaptación en mujeres en situación de Refugio que han experimentado violencia extrema por parte de su pareja íntima mediante una batería de pruebas psicológicas para así obtener las puntuaciones antes de iniciar la intervención.
- Desarrollar y aplicar una intervención psicológica con enfoque cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del TEPT en mujeres en situación de Refugio que han experimentado violencia extrema por parte de su pareja íntima.
- Evaluar el nivel de gravedad del TEPT, Autoestima, Depresión, Cogniciones Postraumáticas e Inadaptación en mujeres en situación de Refugio que han experimentado violencia extrema por parte de su pareja íntima mediante una batería de pruebas psicológicas después de haber finalizado la intervención para así conocer su eficacia.

Tipo Investigación

NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Investigación tipo: Cuasiexperimental

Diseño de la investigación

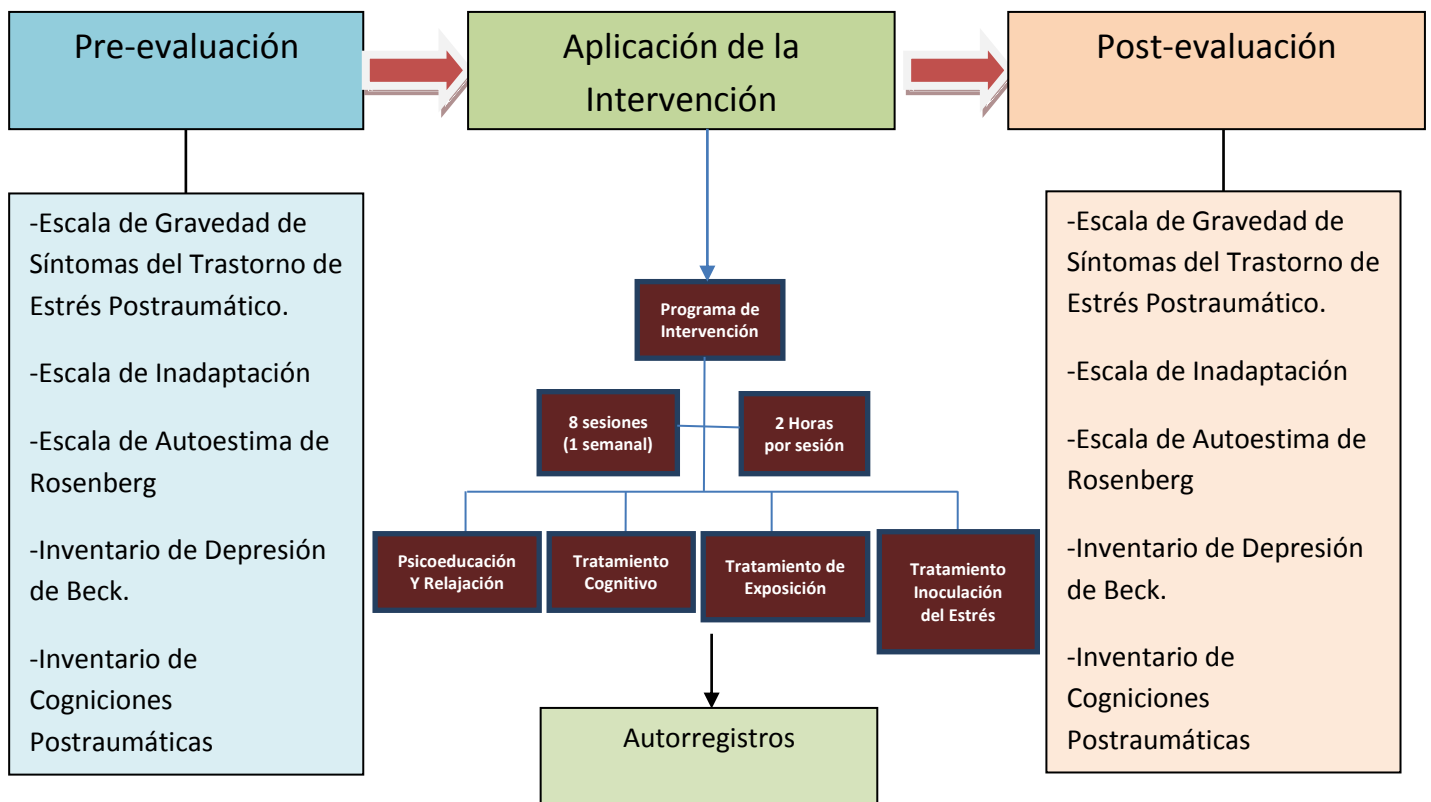


Figura 12. Diseño de investigación

HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna:

El programa de Intervención será eficaz en la disminución de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.

Hipótesis Nula:

El programa de Intervención no será eficaz en la disminución de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima

PARTICIPANTES

Población

- Refugio “En Familia Rompamos el Silencio, A. C.”

Criterios de Inclusión: Se incluirán a las mujeres de entre 18 a 40 años que hayan reportado 2 o más tipos de violencia, puntuación global mayor o igual a 15 en la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT además de cumplir con los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático de acuerdo a la siguiente clasificación del DSMIV:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Criterios de exclusión: Mujeres que no hayan vivido violencia por parte de su pareja íntima, mujeres que presenten adicción a alguna sustancia, que no cumplan con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático, puntuación global menor o igual a 14 en la escala de Gravedad de Síntomas del TEPT .

Criterios de eliminación: Mujeres que falten a más de dos sesiones.

Datos Sociodemográficos de la Muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo de 18 mujeres quienes se encontraban en el Refugio “En Familia Rompamos el Silencio, A.C.”, cabe destacar que a esta Asociación llegan las mujeres que han vivido violencia extrema por parte de su pareja íntima y que su vida y la de sus hijas e hijos peligran, son referidas por diversas instituciones como el Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de Hidalgo, el Instituto Hidalguense de las Mujeres, Instancias Municipales de las Mujeres, DIF estatal y municipales, la Unidad Especializada para la Prevención y

Atención de la Violencia Familiar y Sexual (UEPAVFS), Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, Red Nacional de Refugios, entre otros. A continuación, se muestran los resultados de diversos datos sociodemográficos como por ejemplo: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, lugar de procedencia y años viviendo con su última pareja quien ejerció la violencia.

Edad

La media de edad fue de 31.06 años $\pm$ 6.804 con un rango mínimo de 22 y uno máximo de 43 años de edad. Esto tiene una estrecha relación con lo que otros autores han mencionado acerca de que las mujeres que se encuentran en edad reproductiva son más proclives a experimentar violencia en algún momento de su vida.

Estado Civil

El 66.66% de las mujeres que componían la muestra se encontraban en unión libre con sus parejas, mientras que el resto, (33.33%) estaban casadas.

Escolaridad

En el total de la muestra, el 38.88% lo ocupaban las mujeres que habían estudiado hasta el nivel de bachillerato, seguido por el nivel de secundaria con un 33.33%, 22.22% concluyeron sus estudios hasta nivel primaria y el 5.55% no tenía estudios.

Ocupación

En este aspecto se encontró que 72.22% se dedicaban al hogar, seguido por el 16.66% que eran comerciantes y el 11.11% empleadas.

Número de Hijos

El 100% de la muestra tenía hijos, con una media de edad de 9.5 años.

Lugar de Procedencia

El 88.88% de la muestra provenían del estado de Hidalgo de los siguientes municipios: Pachuca, Sahagún, Atitalaquia, Santiago de Anaya, Epazoyucan, Mineral de la Reforma, Molnago, Huejutla, Tianguistengo, Tula y Tizayuca. El 11.11%, eran mujeres provenientes del estado de Monterrey de Guadalajara.

Tiempo de convivencia con el agresor

En relación a los años de convivencia con el agresor, se encontró una media de 10 años $\pm$ 7.46, teniendo un rango mínimo de 1 y máximo de 25. Dentro de este tiempo, las mujeres verbalizaron en el 100% de los casos que este último episodio violento, no había sido el único, ya que en su mayoría la violencia estuvo presente incluso desde el noviazgo.

Lugar del último episodio violento vivido

En cuanto al lugar donde fue ejercida la violencia extrema hacia las mujeres por parte de su pareja íntima, se encontró que, principalmente, el episodio violento se llevó a cabo, en la casa, específicamente en la sala y en la recámara con un 33.33 % en cada uno, seguido por ser ejercido en la calle con un 22% de las usuarias y por último, en el patio de su casa con un 11.11%.

Antecedentes de Familiares de Violencia

Es de suma importancia destacar también que, dentro de los hallazgos, el 61.11% de la muestra comentaron que en su niñez, en la convivencia que veían entre sus padres había existido el ejercicio de algunos de los diferentes tipos de violencia, el

22.22% mencionaron el no haber vivenciado estas situaciones y el 16.66% no recordaron o fueron criadas por otras personas de la familia, ya sea abuelos y/o tíos.

A continuación se presenta una representación gráfica de los datos anteriores:

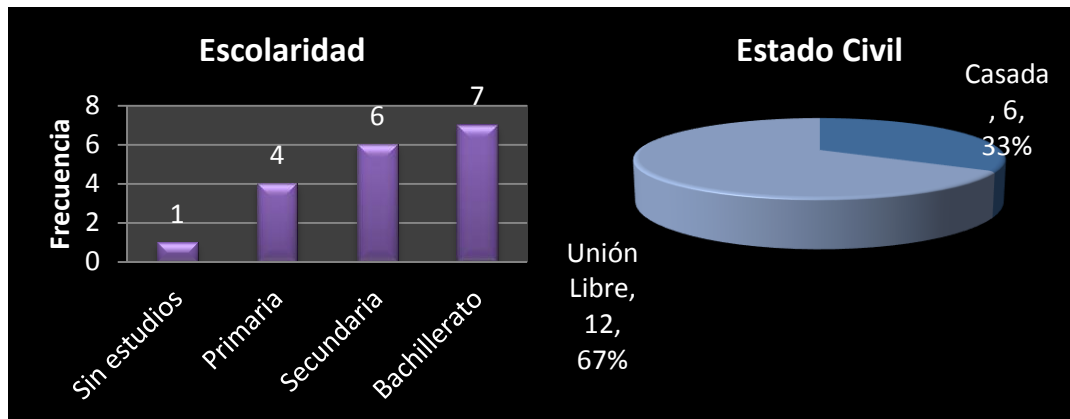


Figura 13. Nivel de Escolaridad de las Participantes

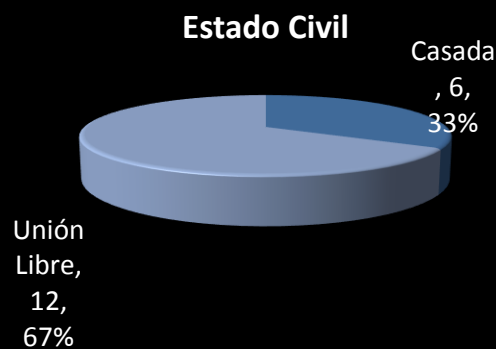


Figura 14. Estado Civil de las Participantes

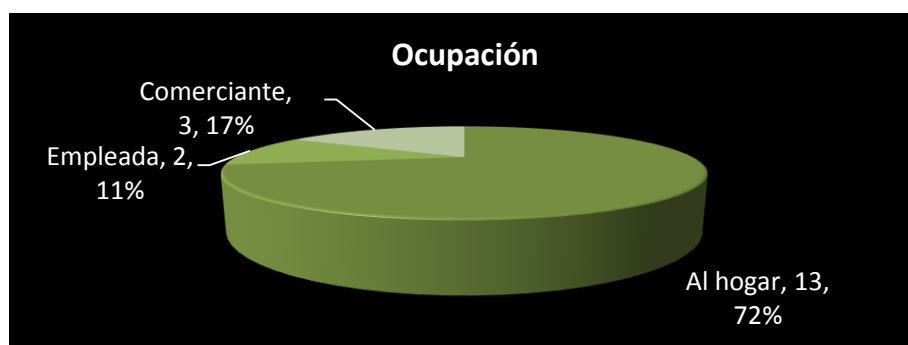


Figura 15. Ocupación de las Participantes

Recursos:

Materiales: Material Informativo, fotocopias de instrumentos de medición, material de apoyo para las sesiones, audios, programa SPSS.

Humanos: Comité Tutorial para las revisiones teórico metodológicas y estudiantes de licenciatura en apoyo a la aplicación de instrumentos de evaluación.

Financieros: Aproximadamente \$5, 000.00

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, conformado por un grupo de 18 mujeres que reportaron dos o más tipos de violencia por parte de su pareja y que presentaron síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático, que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

Material e Instrumentos

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático ⁽⁴⁹⁾

Es una escala heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, con preguntas cerradas, que evalúa los síntomas y la intensidad del TEPT, según los criterios del DSM IV TR (presencia de un síntoma en la escala de reexperimentación, de 3 en la de evitación y 2 en la de activación, siempre que haya transcurrido más de un mes del acontecimiento traumático). Se encuentra 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 hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global. Tiene una alfa de Cronbach de 0.92, así mismo, la validez se ha establecido en términos de contenido, convergente y de constructo. Su eficacia diagnóstica es de 95.4%, con una sensibilidad del 100% y una confiabilidad de 93.7 %.

- ***Inventario de Depresión de Beck***⁽⁵⁰⁾

Los reactivos se refieren al estado de ánimo, pesimismo, deseo suicida, indecisión y pérdida de peso, entre otros, prevaleciendo el elemento cognitivo de la depresión sobre los componentes fisiológicos o conductuales. Están estructurados en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3), que la participante 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 utilizada para diferenciar entre población sana y aquejada de la sintomatología depresiva es de 18.

- Escala de Autoestima de Rosenberg⁽⁵¹⁾

Evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene para consigo misma. Consta de 10 reactivos estructurados en una escala tipo Likert, 5 de ellos planteados de una forma positiva y 5 en negativa. 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.

- ***Inventario de Cogniciones Postraumáticas***⁽⁵²⁾

Evalúa 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 factores principales: cogniciones negativas acerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y la autoculpabilización por lo sucedido. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert, con 7 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. 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 de semana y superior a 0.80 en un intervalo de tres semanas.

- Programa de Intervención para Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima.

Intervención psicológica en formato grupal de 8 sesiones con una duración de 90 minutos cada una, incluye psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, terapia de exposición e inoculación del estrés. Dentro de los cuales se utilizarán autorregistros, entre otros que puedan apoyar en la comparación intrasujeto e intragrupo.

Descripción del Programa de Intervención

Como ya se ha mencionado inicialmente, la violencia contra las mujeres, en especial aquella que es ejercida por parte de su pareja, tiene un alto impacto en su salud física y mental, así mismo continúa siendo un problema grave de salud pública, que tiene consecuencias a corto y largo plazo⁽⁴⁵⁾. Así mismo, como se abordó en el capítulo anterior, investigaciones desde 1991 han demostrado consistentemente que el TEPT es el diagnóstico que mejor describe el conjunto de síntomas que presentan las mujeres que han vivido violencia de pareja ⁽⁵⁾.

Así mismo, aunque ha aumentado el interés sobre el tema, aún son escasas las investigaciones sobre tratamientos sobre el TEPT en esta población y en los existentes, se encuentra escasa validez interna y falta de estandarización de los programas aplicados, falta de grupo control y falta de resultados sobre la eficacia empírica ⁽¹³⁾.

Es por ello que, a continuación, se describe el programa de intervención que se aplicó con el objetivo de reducir la sintomatología del TEPT. Cabe señalar que toma como base y antecedente directo el programa de intervención desarrollado por Labrador y Alonso ⁽⁴⁶⁾, el cual se desarrolló en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, es un programa breve (8 sesiones de 90 minutos), en modalidad grupal, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. La muestra estuvo constituida por 43 mujeres que sufrían o habían sufrido malos tratos por su pareja y que, por tal motivo, habían demandado ayuda psicológica, social y/o jurídica en centros especializados en atención a estas víctimas. El presente estudio, pretende aplicarse a mujeres en situación de Refugio de esta misma ciudad con algunos componentes extras que han demostrado tener eficacia para el tratamiento del TEPT, mismos que se explicarán más adelante, ya que nunca antes se había intervenido con esta población para el tratamiento del trastorno. Es importante mencionar que la finalidad inicial era comparar los resultados con un grupo control y seguimientos a corto y mediano plazo, sin embargo, debido a la peligrosidad que implica la situación de cada una de las usuarias fue imposible aplicar dichos criterios.

En el presente programa está formulado bajo el formato de tratamiento grupal, que provee de las ventajas para el tipo de población 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 los demás. Además, el formato grupal les permite crear nuevas redes de apoyo, o aumentar las que ya tenían. El programa de intervención consta de cuatro componentes:

Psicoeducación: Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema⁽⁴⁷⁾. En esta parte se pretende que a través de obtener la información acerca de la violencia, le permita comprender la experiencia de violencia que está viviendo y establezca un marco de referencia para conducir sus acciones y reacciones ante los actos violentos.

Entrenamiento en control de la activación: se explica y se entrena a las participantes en la técnica de control de la respiración y la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson, con el objetivo de reducir la hiperactivación fisiológica que presenta esta población, disminuyendo su nivel de irritabilidad y respuestas de alarma, mejorar la calidad de sueño y su capacidad de concentración.

Terapia Cognitiva: se empleará la detención del 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, así como la terapia de exposición, basada en el modelo de Brewin⁽⁴²⁾.

A continuación se esquematiza el contenido de las sesiones basado en el programa de intervención de Labrador y Alonso ⁽⁴⁶⁾ y con algunas modificaciones realizada por la autora de esta tesis:

Tabla 6.Descripción del Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima

No. de Sesión	Contenido
1	✓ Presentación de las participantes y de la facilitadora. ✓ Encuadre de la intervención. ✓ Presentación de los objetivos de la Intervención.

	✓ Evaluación inicial. ✓ Información sobre violencia, sus dimensiones, tipos, ciclos y consecuencias. ✓ Entrenamiento en la técnica de Control de la Respiración. ✓ Asignación de tareas: ✓ Control de la Respiración. ✓ Registro de Síntomas de Reexperimentación.
2	✓ Revisión de tareas. ✓ Entrenamiento en la identificación del lenguaje del propio cuerpo a partir de las emociones. ✓ Psicoeducación sobre el funcionamiento del estrés y la Ansiedad. ✓ Entrenamiento en detención del pensamiento. ✓ Control de la Respiración ✓ Relajación progresiva muscular ✓ Asignación de Tareas: ✓ Puesta en práctica de la detención del pensamiento. ✓ Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.
3	✓ Revisión de tareas. ✓ Evaluación de las cogniciones postraumáticas ✓ Reevaluación cognitiva. ✓ Planeación de actividades gratificantes ✓ Información sobre Autoestima y su importancia en la vida cotidiana. ✓ Actividades que favorezcan al fortalecimiento de su Autoestima. ✓ Asignación de tareas: ✓ Realización de actividades gratificantes. ✓ Registro de hojas A-B-C-D. ✓ -Identificación y registro de situaciones problemáticas. ✓ -Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.
4	✓ Revisión de tareas. ✓ Reevaluación cognitiva. ✓ Entrenamiento en solución de problemas. ✓ Escenificación de problemas y actuación de las posibles soluciones que las participantes generen. ✓ Asignación de tareas: ✓ Registro y definición de situaciones problemáticas. ✓ Registro de hojas A-B-C-D.

	✓ Realizar actividades gratificantes. ✓ Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.
5	✓ Revisión de tareas. ✓ Solución de problemas y entrenamiento en comunicación asertiva. ✓ Mejora de la Autoestima ✓ Asignación de Tareas: ✓ Práctica de la técnica de solución de problemas. ✓ Realizar actividades gratificantes. ✓ Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.
6	✓ Revisión de tareas ✓ Técnica de Exposición. ✓ Realizar autoexposición en imaginación. ✓ Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo. ✓ Asignación de tareas: ✓ Realizar autoexposición en imaginación ✓ Ejercitar el control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.
7	✓ Revisión de tareas. ✓ Técnica de Inoculación del estrés. ✓ Práctica de la Técnica
8	✓ Revisión de las tareas. ✓ Cierre de la intervención ✓ Evaluación final

Componentes del Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia de Pareja Íntima

La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica que pretende ser su punto de referencia, el objeto de su tratamiento es la conducta y sus procesos

subyacentes en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como susceptible de medición y evaluación, en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos⁽⁷⁰⁾.

En los últimos años numerosos estudios sobre el enfoque Cognitivo Conductual demostraron su efectividad para tratar los síntomas del TEPT debido a que sus principios básicos consisten en lo siguiente⁽⁵⁸⁾:

- ✓ Se focaliza en el comportamiento y la cognición.
- ✓ Está orientada hacia el presente.
- ✓ Utiliza mayormente terapias a corto plazo.
- ✓ Pone énfasis en la cuantificación de las conductas por medio de escalas de tratamiento, evaluación y seguimiento.
- ✓ La relación terapeuta paciente se basa en el Empirismo Colaborativo.
- ✓ Tiende a fomentar la independencia del paciente (brinda técnicas de manejo).
- ✓ Está centrada en los síntomas y su resolución.
- ✓ Rechaza el principio de Sustitución Sintomática.
- ✓ Pone énfasis en el cambio.
- ✓ Desafía por medio de Disputas Racionales las creencias del paciente que sostienen la disfunción.
- ✓ Se centra en la resolución de problemas.
- ✓ Utiliza estrategias terapéuticas de tratamiento (planificación del proceso psicoterapéutico).
- ✓ Propone una continuidad temática entre las entrevistas (trabajo con agenda).
- ✓ Tiene dos bases de trabajo bien definidas: trabajo sobre ideas y trabajo sobre conductas.

Así mismo, es necesario reconocer que esta perspectiva clínica es la base de la mayor parte de las alternativas psicosociales de tratamiento que cuentan actualmente con sólido apoyo empírico, incluyendo adultos⁽⁶¹⁾, niños y adolescentes⁽⁶²⁾ y adultos mayores⁽⁶³⁾, lo que constituye un indicador a favor de su flexibilidad y potencialidad como modelo para los dispositivos de atención en salud mental.

Actualmente, el abordaje cognitivo conductual reúne distintos tratamientos con sólido apoyo empírico^(64,65): (a) la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma⁽⁶⁶⁾, (b) la exposición prolongada^(67,68,69), (c) la terapia de procesamiento cognitivo^(67,69), y (d) el entrenamiento en inoculación del estrés^(64,67).

Técnicas Cognitivo Conductuales aplicadas en la Intervención

- **Psicoeducación**

El concepto de psicoeducación podría definirse como “proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno e implica, también, consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema⁽⁷¹⁾”. Permite a la mujer entender qué es lo que le está pasando y cómo puede establecer un marco de referencia para orientar su actuación.

Se ha elegido esta técnica, ya que combina la educación sobre la problemática a enfrentar con la entrega de estrategias de resolución de problemas ⁽⁷²⁾.

Botero⁽⁵⁰⁾ señala que la educación sobre el trauma es una herramienta útil en el abordaje terapéutico del TEPT ya que le permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla.

- **Entrenamiento en la Técnica de Control de la Respiración**

El control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés⁽⁷⁰⁾.

Es importante insistir en el valor de una respiración correcta que permita una adecuada oxigenación del organismo: Los ritmos de vida actuales facilitan patrones de respiración con ritmo acelerado y una escasa intensidad (respiración superficial). Sólo se utiliza una parte de la capacidad pulmonar (parte superior)⁽⁷⁰⁾.

Una respiración inadecuada provoca:

- Menor oxigenación en los tejidos.
- Mayor aparición de ansiedad, depresión.
- Fatiga física.

Una respiración adecuada provoca:

- Mejor oxigenación con la consiguiente mejoría funcional de los tejidos.
- Menor trabajo cardíaco, dificultando la aparición de fatiga muscular y las sensaciones de ansiedad.

El objetivo de las técnicas de respiración: Enseñar un adecuado control voluntario de la respiración, para después automatizar este control, de forma que su regulación se mantenga también en las situaciones problemáticas⁽⁷⁰⁾.

- **Entrenamiento en Relajación Progresiva Muscular:**

Esta técnica, desarrollada originalmente por Edmond Jacobson en 1929, está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Es un método mecánico, que consiste básicamente en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación. De este modo se aprende a reconocer la tensión en cada parte del cuerpo y a relajarse. La relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad. Este tipo de relajación está especialmente indicada para personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican altos niveles de tensión, como en el insomnio o en las cefaleas tensionales, y en los que la ansiedad interfiere con la realización de otras conductas⁽⁹⁰⁾.

El aprendizaje de la técnica de Jacobson se plantea en tres fases: se empieza tensando y relajando dieciséis grupos musculares (fase I), para ir reduciendo este número a medida que se va desarrollando la habilidad, pasando luego a la fase II, en la que se tensan y relajan ocho grupos musculares y, finalmente, a la fase III, en la que se trabajan cuatro grupos musculares. Por último, la relajación rápida, en la que no hay ejercicios de tensión y los músculos se relajan con la ayuda de la respiración. Cada una de las fases se ejercitará durante dos o tres semanas antes de pasar a la siguiente⁽⁹⁰⁾.

- **Técnicas de Detención y Control del Pensamiento:**

Las técnicas de “detención del pensamiento” consisten en que, ante la aparición de un síntoma intrusivo, el paciente utiliza una clave verbal dirigida a detener el pensamiento displacentero⁽⁷³⁾. A juicio de Wolpe ⁽⁷⁴⁾, esta técnica resulta útil sólo en aquellos momentos en que al paciente le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático. Cía⁽⁷³⁾ agrega que utilizar esta técnica en exceso contradice los principios de la exposición al evento traumático, ya que se constituye como una estrategia de evitación que perpetúa la sintomatología del TEPT.

Por su parte, la técnica de “control del pensamiento” es una derivación de la detención de pensamiento. Su diferencia radica en que permite que la persona detenga la cognición perturbadora, que luego la evoque voluntariamente y que finalmente la detenga o cambie por otra, también de forma voluntaria⁽⁷⁵⁾. De esta manera, el paciente puede detener y luego exponerse de forma voluntaria al pensamiento sin perpetuar la sintomatología evitativa.

- **Técnicas de Solución de Problemas**

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos de la TSP son reducir la psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previniendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, y maximizando a su vez la calidad de vida⁽⁷⁰⁾.

- **Inoculación del Estrés**

Es un marco de intervención en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes. La peculiaridad de este tipo de intervenciones es que la persona aprende a interpretar su problema desde un modelo específico, permitiéndole seleccionar aquellas técnicas que mejor se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenta. El procedimiento consta de tres fases: educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación ⁽⁷⁰⁾.

De acuerdo con Haynes y O'Brien ⁽⁹²⁾, es aquél que proporciona un modelo de formulación de casos clínicos que puede definirse, de forma muy general, como una síntesis de los problemas del paciente y de las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas. Así mismo, el término *funcional* puede ser usado de dos formas. Una de ellas se refiere al efecto que una conducta tiene sobre el medio, dicho de otra forma, al propósito o función del comportamiento de un individuo sobre su entorno. El segundo uso tiene que ver con la relación de contingencia que se establece entre dos variables, donde cambia en función de la presencia o ausencia de la otra. Si bien es cierto, como algunos autores mencionan, el análisis funcional consiste en llevar un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente en el que se establezcan las variables que determinan la conducta problema y que se pueda controlar para el cambio, sin embargo, en este apartado el análisis funcional será una guía para dar pauta a aquellas relaciones que se pueden originar en este grupo de mujeres con características muy similares.

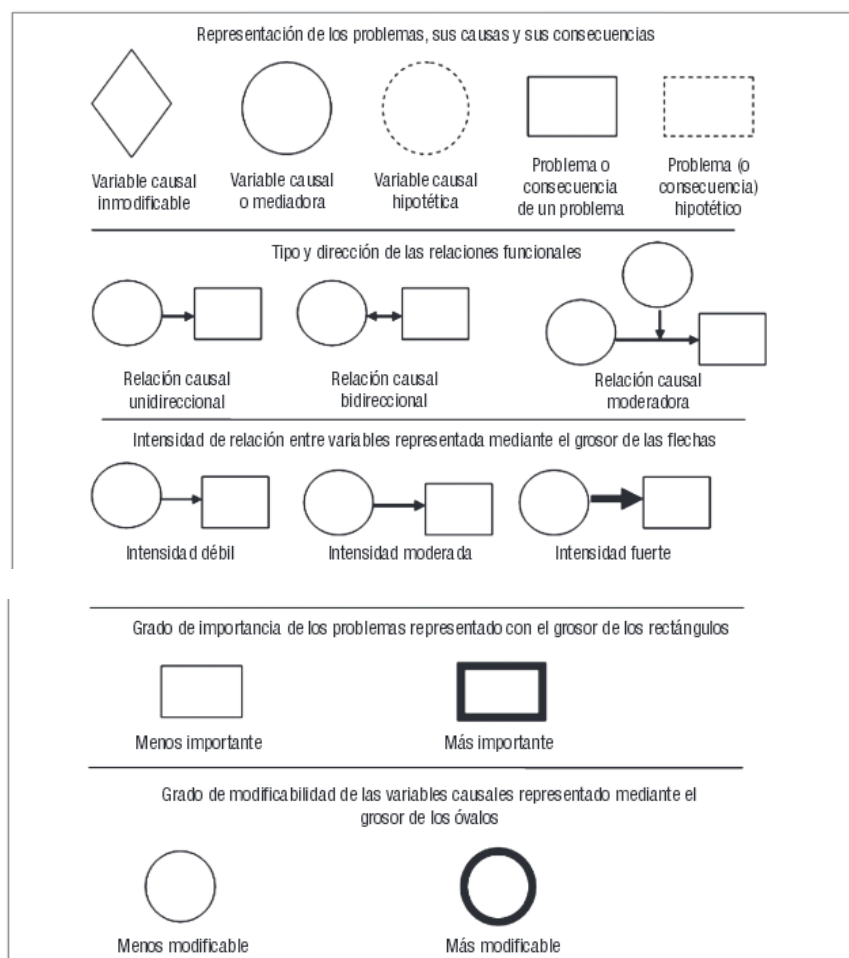


Figura 16. Símbolos Utilizados en un FACCD ⁽⁹³⁾(tomado de J. Keawe'aioku, et al./ Clínica y Salud, 2013).

Capítulo 6. Resultados

6.1 Diagnóstico evaluación inicial

Con respecto a la variable de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático es importante recordar que el puntaje de corte establecido es, para la escala global, 15 puntos y 5, 6 y 4 puntos, para los síntomas de Reexperimentación, Evitación y aumento de la Activación respectivamente. Es por ello que, a continuación, se muestran los resultados de esta primera fase de pre-evaluación y diagnóstico de las participantes que, al mismo tiempo, demuestran la intensidad y la gravedad de este trastorno:

Tabla 7. Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Puntuación Global de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT	31.38	9.55
SubescaladeReexperimentación	9.61	3.14
Subescala de Evitación	12.44	4.68
Subescala de Activación	9.66	2.74

De acuerdo a la tabla anterior, resulta de gran importancia destacar que los síntomas de Evitación presentan una mayor gravedad en este grupo de mujeres, es decir, evitan sentimientos, pensamientos o conversaciones asociadas al suceso traumático. Sin embargo, es importante destacar que, en el trabajo en grupo, las mujeres referían que ese era un buen espacio para poder compartir sus experiencias. En los síntomas de Activación, la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la hipervigilancia y la irritabilidad se presentaban con frecuencia. Así como, en los síntomas de Reexperimentación, la presencia de pensamientos intrusivos y el malestar al recordar el trauma eran constantes.

A continuación se presenta el diagnóstico en cuanto a la sintomatología concomitante:

- Depresión: Fue medida a través del Inventario de Depresión de Beck encontrando una media de 25 ± 10.35 , esto indica que la mayoría de las mujeres se encontraba ante un diagnóstico de depresión entre moderada y severa.
- Autoestima: Medida a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg con una media de 25.16 ± 7.09 , que de acuerdo a los puntos de corte, podemos ver que existe mayor tendencia de las participantes a estar de acuerdo con aquellos reactivos que muestran una desvalorización de sí mismas.
- Escala de Inadaptación: Escala elaborada por de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, arroja una media de 22.88 ± 6.35 , es decir, las participantes se encuentran ante un diagnóstico de Afectación Moderada. Sin embargo, es de resaltar que en el aspecto de Relación de Pareja la mayoría de las respuestas oscilan entre “mucho” y “muchísimo”.
- Cogniciones Postraumáticas: Medido a través del Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa, et.al., arrojó una media de 197.11 ± 17.22 .

Con los resultados anteriores se demuestra que, efectivamente, las mujeres que han experimentado violencia extrema por parte de su pareja presentan Trastorno de Estrés Postraumático, así mismo, de acuerdo con los resultados de las escalas que miden la sintomatología concomitante, la mayoría de las mujeres muestran una tendencia a la desvalorización de sí mismas y el aspecto de Relación de Pareja se ve más afectado.

6.2 Evaluación durante la intervención.

En el presente apartado se tomará como base el análisis funcional de la conducta, utilizando un análisis funcional indirecto, ya que es un método que no se basa en la observación directa de la conducta por el evaluador conductual, sino que se realiza a partir de los resultados de cuestionarios, entrevistas, escalas de evaluación, auto-registros, entre otros. Es por esto, que en el siguiente análisis se abordará la información arrojada por los diversos autorregistros mencionados en capítulos anteriores, así como la información que las participantes fueron aportando durante la intervención.

cuidadores primarios como abuelos o tíos, siendo éstos últimos, generadores de violencia sexual en 3 de las mujeres del grupo. Esta primera, tiene una relación causal unidireccional con una intensidad moderada con la segunda que es, relación con parejas violentas, ya que muchas de ellas verbalizaban que “aprendieron” que era “algo normal” y que así “debía ser”. En esto último se observan marcados estereotipos y roles de género que se han pasado de generación en generación.

Esta segunda tiene una relación causal unidireccional con la tercera con una intensidad fuerte, ya que, si ellas “aprendieron” que eso era “algo normal”, la probabilidad de experimentar violencia por parte de la pareja es alta, llegando incluso al ejercicio de violencia extrema, como lo fue en el 100% de los casos, que aparte de ocasionar heridas físicas graves, las consecuencias psicológicas se presentan con mayor impacto generando así, el Trastorno de Estrés Postraumático con su sintomatología como lo es, Reexperimentación, Evitación y Activación, que es la que se muestra en el diagrama con una relación causal bidireccional y de intensidad fuerte, ésta, a su vez, genera relaciones causales bidireccionales de fuertes intensidades con otras variables causales como por ejemplo, malestar físico como dolores de cabeza, gripes constantes, dolor de piernas y brazos y algunas otras mujeres que ingresaron al Refugio con enfermedades como artritis reumatoide, diabetes, enfermedades relacionadas con el corazón, entre otras, las cuales se llegaron a intensificar a partir del suceso traumático. Así mismo, existían relaciones bidireccionales causales con intensidad fuerte con los pensamientos disfuncionales que en su mayoría tenía que ver con lectura del pensamiento, adivinación del futuro, catastrofización, culpabilidad, personalización, entre otras. Esto ocasionaba que las mujeres constantemente estuvieran irritables, desinteresadas por las actividades que antes disfrutaban, desapego y regaños constantes hacia sus hijos, poca tolerancia, dificultad para conciliar el sueño y que se presentaran constantes discusiones tanto con sus propias compañeras como con el personal de la Institución.

Lo anterior demuestra la alta necesidad de tratar los problemas con mayor grado de importancia, como lo son, la sintomatología propia del TEPT (así como sus consecuencias), los pensamientos disfuncionales y que, de acuerdo con el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual, el malestar fisiológico también es una consecuencia de los pensamientos disfuncionales.

En el desarrollo de la intervención se implementaron algunas técnicas como psicoeducación, identificación de sensaciones corporales ante determinadas emociones generadas por pensamientos, respiración profunda, imaginación, relajación

progresiva muscular, asertividad, resolución no violenta de conflictos, identificación y debate de pensamientos disfuncionales, técnica de exposición, inoculación del estrés entre otras. Esto con la finalidad de que identificaran y controlaran la Ansiedad que les era generada por algún estímulo, para ello, se utilizaron diversos autorregistros que las participantes debían llenar cada vez que se encontraran ante algún estímulo o situación que le generara ansiedad y/o estrés.

A continuación se presenta el diagrama analítico-funcional, donde se incluye la relación que existe entre las variables que abordan cada uno de ellos:

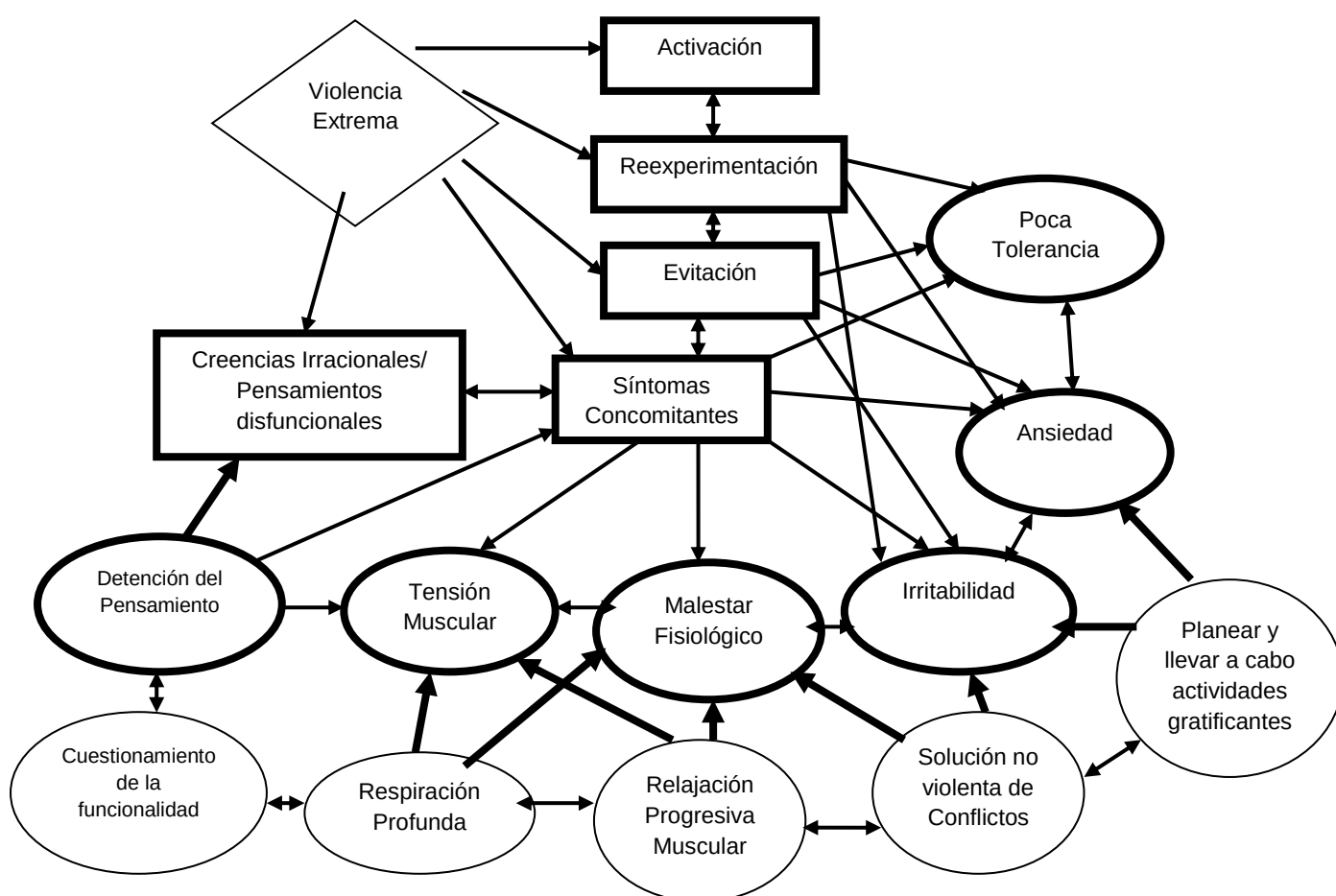


Figura 18. Diagrama Clínico Analítico-Funcional del grupo de mujeres participantes de acuerdo a los autorregistros

En la figura anterior se muestra una variable causal inmodificable que es, el haber experimentado la violencia extrema por parte de su pareja íntima, la cual tiene una relación causal unidireccional con una intensidad fuerte hacia cinco problemas principales, que son, los síntomas propios del TEPT (reexperimentación, evitación y activación), la sintomatología concomitante (depresión, cogniciones postraumáticas,

disminución de la autoestima) y creencias irracionales o pensamientos disfuncionales causando directamente malestar fisiológico, irritabilidad, ansiedad, tensión muscular y poca tolerancia, que son aspectos que las participantes registran. Cabe mencionar que ante la identificación que ellas mismas hacen, empieza el entrenamiento en las diversas técnicas cognitivo-conductuales como: detención del pensamiento, cuestionamiento de la funcionalidad de los pensamientos, relajación progresiva muscular, solución no violenta de conflictos, respiración profunda, planeación y realización de actividades gratificantes, las cuales, después de su aplicación ante cualquier situación generadora de estrés y/o ansiedad, tuvieron una relación unidireccional y un efecto positivo en los niveles de las diversas variables.

La utilización de estos formatos nos permitió conocer el nivel de ansiedad que presentaban antes de aplicar la(s) estrategia(s) aprendida(s), después de aplicarlas y el nivel de relajación al finalizarla. Los resultados se muestran en la siguiente gráfica:

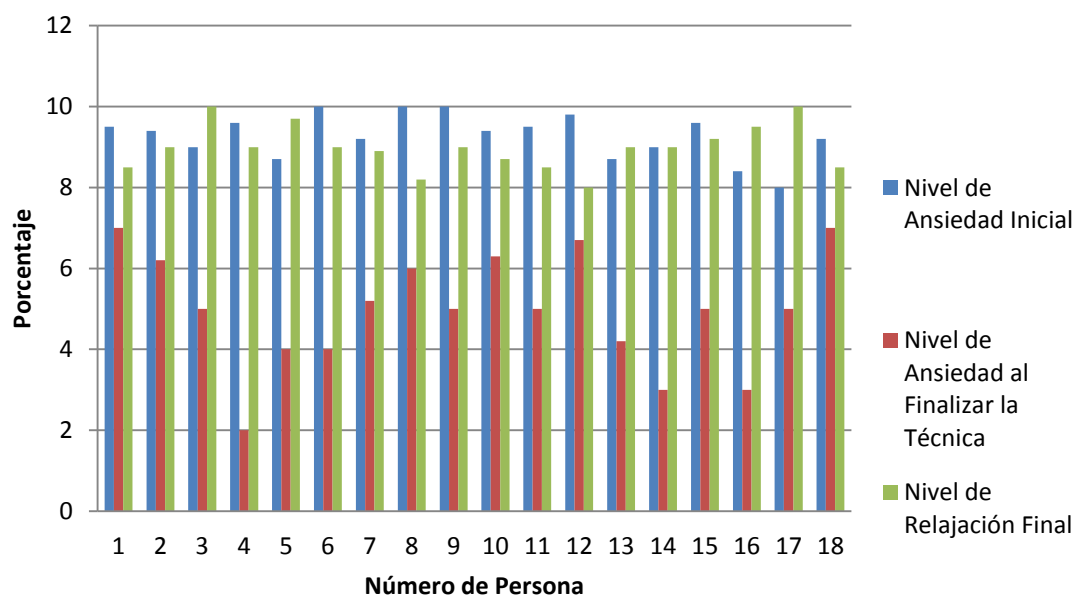


Figura 19. Nivel de Ansiedad antes y después de la aplicación de técnicas y Nivel de Relajación al finalizar por participante

En la gráfica anterior se puede observar cómo existe una disminución significativa del nivel de ansiedad entre el antes y después de haber aplicado alguna de las técnicas ($t_{(17)} = 13.21, p < .000$). Así mismo, se obtuvo una media de nivel de Relajación de $8.98 \pm .55$. Con esto, se puede observar que la utilización de las diversas técnicas es eficaz para la reducción del nivel de ansiedad y el aumento de la relajación.

6.3 Comparación de Resultados antes y después de la Intervención

En el presente apartado se muestra una comparación entre la pre-evaluación y la post-evaluación en las variables principales de estudio, como lo son, Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Cogniciones Postraumáticas, Inadaptación, Depresión y Autoestima. Para el análisis de los mismos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 mediante una *t* de *Student* para muestras relacionadas, encontrando lo siguiente:

Tabla 8. Prueba t para muestras relacionadas, antes y después de la intervención

VARIABLE	□ PRE- EVALUACIÓN	□ POST- EVALUACIÓN	<i>t</i>	<i>P</i> < 0.05
Puntuación Global de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.	31.38	8.44	10.13	.000
• Síntomas de Reexperimentación	9.61	2.83	8.19	.000
• Síntomas de Evitación	12.44	3.72	8.58	.000
• Síntomas de Activación	9.66	1.94	11.68	.000
Escala de Autoestima de Rosenberg	25.16	34.00	-5.36	.000
Inventario de Depresión de Beck	25.00	5.27	7.65	.000
Escala de Inadaptación	22.88	6.66	11.61	.000
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	197.11	71.27	29.93	.000

En la tabla anterior se pueden observar los resultados de manera general, a continuación se describirá variable por variable.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

En el puntaje global se puede observar que en la pre-evaluación existe una media de 31.38 ± 9.55 , la cual en la post-evaluación, reduce a 8.44 ± 6.8 , así mismo, se puede decir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje global antes de iniciar la intervención y después de finalizarla con una $t_{(17)}=10.13$, $p<.000$, $d = 2.76$. De manera gráfica, se puede observar lo siguiente:

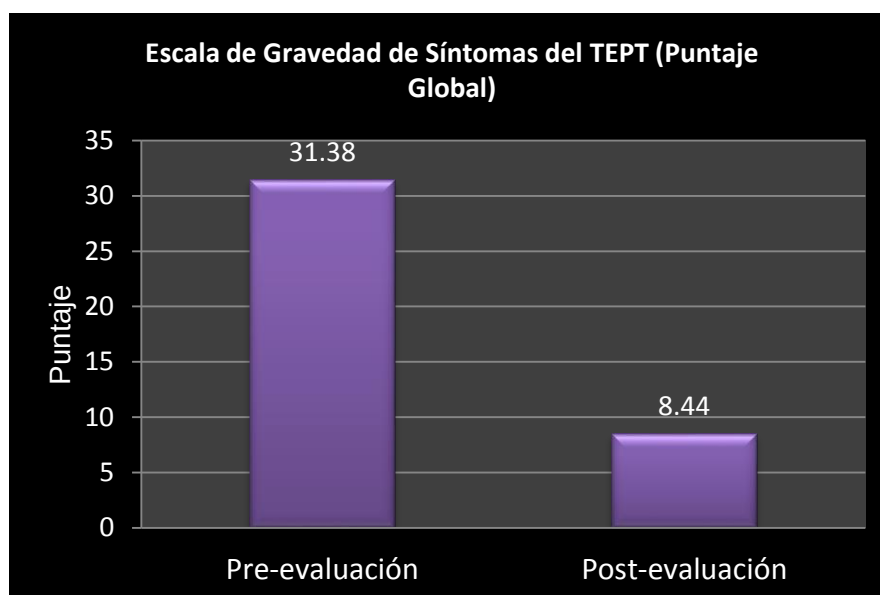


Figura 20. Puntaje global de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT de la pre-evaluación y post-evaluación

Considerando que un puntaje mayor a 24 está clasificado como: ***Presencia de TEPT crónico a agudo.***

Subescala de Síntomas de Reexperimentación

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de la subescala de Reexperimentación ($t_{(17)} = 8.19$, $p<.000$, $d = 3.50$).

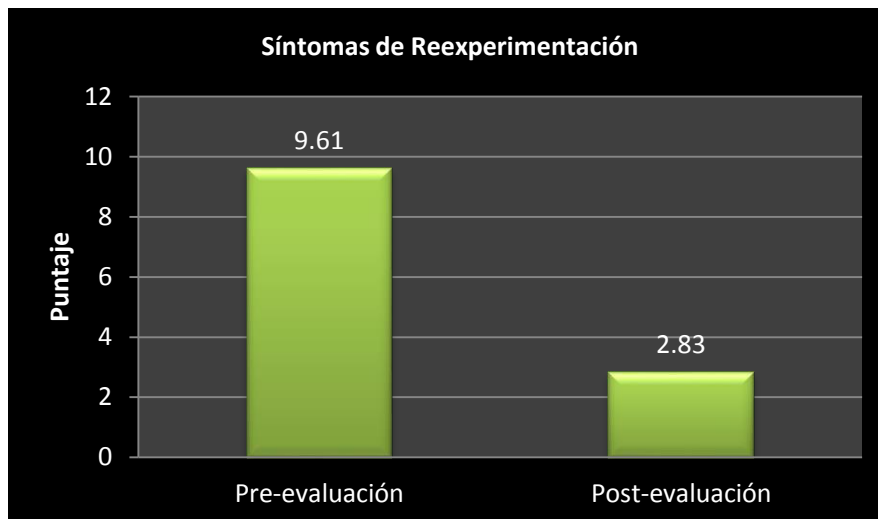


Figura 21. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la subescala de Síntomas de Reexperimentación

Considerando que el punto de corte es de 5, un puntaje mayor a éste se cataloga como grave.

Subescala de Síntomas de Evitación

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de la subescala de Evitación ($t_{(17)}=8.58, p<.000, d = 4.30$).

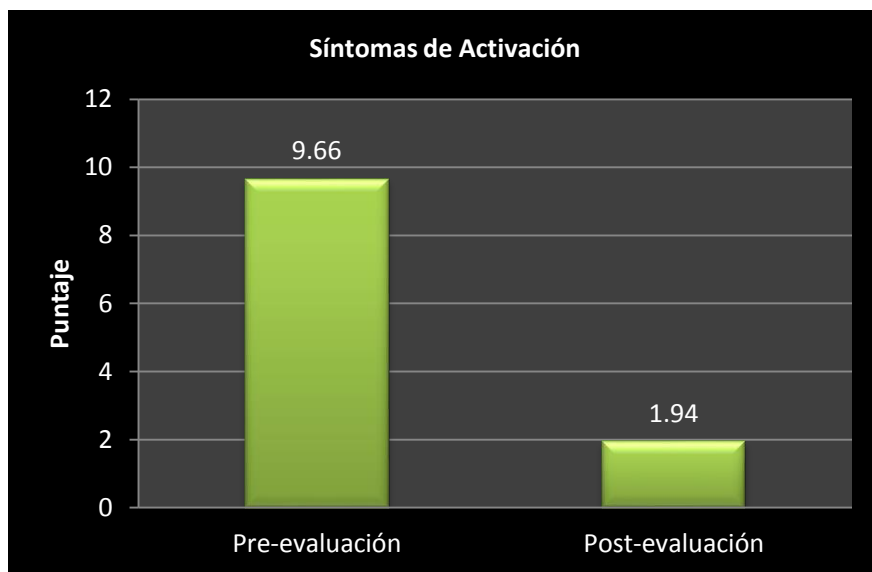


Figura 22. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la subescala de Síntomas de Evitación

Considerando que el punto de corte es de 6, un puntaje mayor a éste se cataloga como grave.

Subescala de Síntomas de Activación

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de la subescala de Activación ($t_{(17)}=11.68, p<.000, d = 2.80$).



Considerando que el punto de corte es de 4, un puntaje mayor a éste se cataloga como grave.

Escala de Autoestima de Rosenberg

En esta escala se encontró que la intervención tuvo un impacto positivo, ya que hubo diferencias estadísticamente significativas ($t_{(17)}=-5.368, p<.000, d = 6.98$).

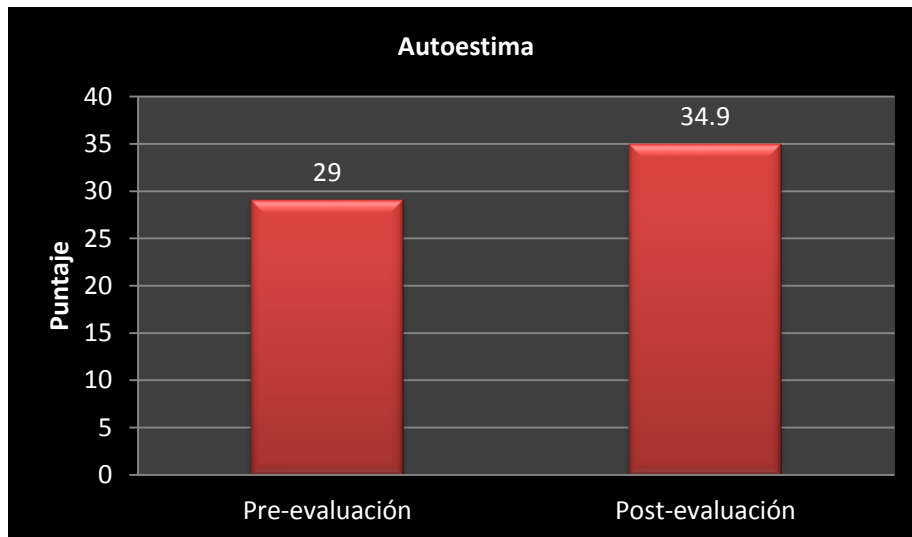


Figura 24. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en la Escala de Autoestima de Rosenberg

Nota: 29: Autoestima Media
30-40: Autoestima Elevada

Inventario de Depresión de Beck

En esta variable se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($t_{(17)}=7.65, p<.000, d = 10.92$).

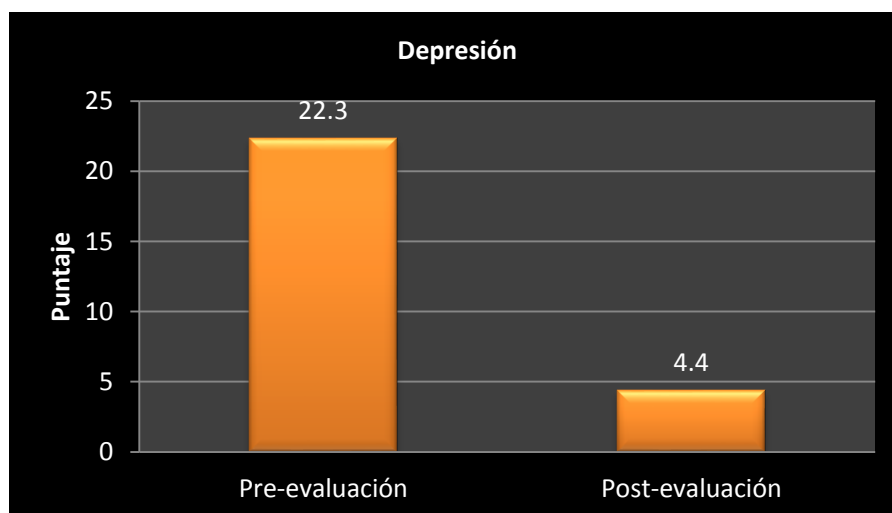


Figura 25. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en el Inventario de Depresión de Beck

Nota: 19-29: Depresión entre moderada y severa.

5-9: Existencia de altibajos que se consideran normales

Escala de Inadaptación

En esta escala se encontró que la intervención tuvo un impacto positivo, ya que hubo diferencias estadísticamente significativas ($t_{(17)}=11.61$, $p=.000$, $d = 5.92$).

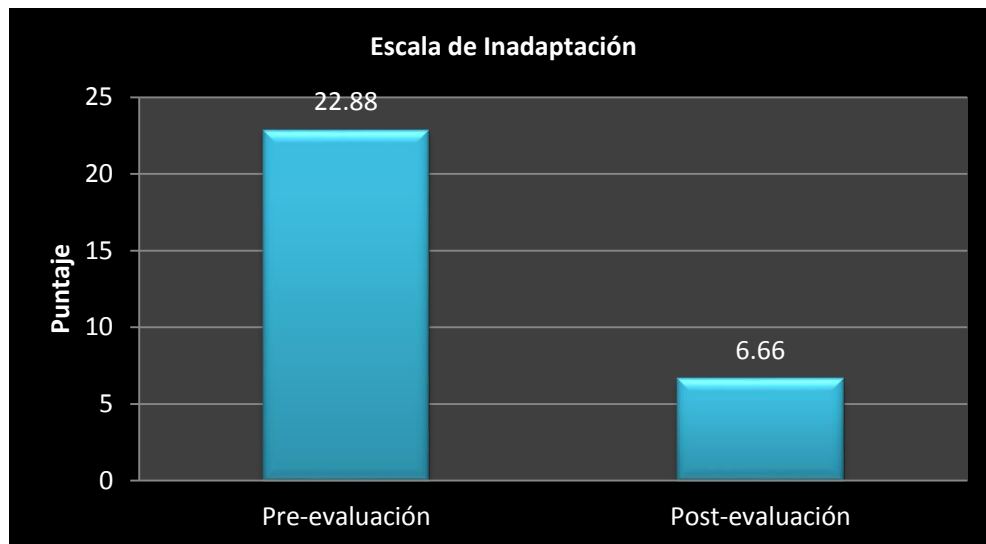


Figura 26. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación de la en la Escala de Inadaptación

Nota: 16-23: Afectación Moderada

0-7: Existencia de altibajos que se consideran normales

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Para esta variable, se pudo observar que la intervención también fue benéfica, ya que se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre la pre-evaluación y la post-evaluación ($t_{(17)}=29.93$, $p<.000$, $d = 17.83$).

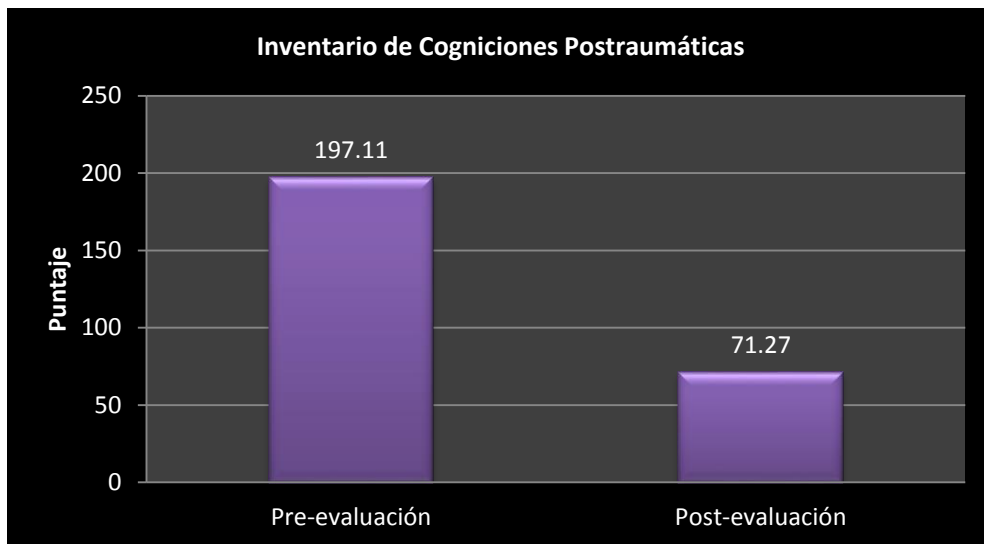


Figura 27. Comparación de puntaje de medias entre la pre-evaluación y post-evaluación en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Nota: Considerando que entre más alto es el puntaje, es mayor el nivel de cogniciones postraumáticas.

De acuerdo a estos resultados podemos decir que la intervención fue eficaz en la reducción de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y su sintomatología concomitante mostrando diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables.

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

La discusión de los resultados obtenidos en esta investigación se abordará a través de analizar los principales objetivos del estudio, primordialmente, el de evaluar la eficacia de un programa de intervención para reducir la sintomatología del TEPT en mujeres que han experimentado Violencia Extrema de Pareja Íntima.

Respecto a los antecedentes de violencia, se observa que el 61% de las mujeres que participaron en el estudio reportan que en sus hogares existía algún tipo de violencia entre sus padres. Esto concuerda con los resultados de investigaciones previas sobre las causas de violencia de la pareja íntima, donde concluyen que los antecedentes de violencia familiar, ya sea por parte de los padres o cuidadores primarios, tienen relación con el hecho de interiorizar o justificar la violencia que sufren con su pareja, ya que, en su infancia, aprendieron que ese tipo de acciones era algo normal y esta forma de convivencia entre pareja debía ser así. Esta violencia se transmite de generación en generación como parte de los estereotipos y roles de género del hombre y la mujer en el hogar.

Según los resultados hallados, las mujeres que se encuentran en el refugio tienen un nivel máximo de estudios de bachillerato y provienen de municipios semi urbanos como son, Pachuca de Soto, Cd. Sahagún, Mineral de la Reforma, entre otros aledaños a Pachuca. Algo que es importante señalar es que, a pesar de contar con un nivel de estudios de bachillerato, ninguna de ellas se encuentra realizando alguna actividad que les proporcione independencia económica, pues el 72% de ellas se dedican al hogar de tiempo completo, sólo el 11% estaban realizando alguna actividad económica al momento del ataque por parte de su pareja íntima. Estas condiciones han sido mencionadas como factores que inciden en la prevalencia de violencia hacia las mujeres dentro de sus hogares. Esto podría explicar el hecho de que estas mujeres se mantuvieran cerca de su agresor, ya que 100% de las mujeres tenían hijos y, por lo tanto, tienen la necesidad de sostener a sus hijos ⁽⁸³⁾. Por otro lado, algunos autores han señalado que las condiciones de nivel de ingresos bajos en el hogar, los bajos niveles de educación, entre otros, pueden resultar factores que posibilitan la presencia de conductas violentas como parte de la interacción en la pareja ⁽⁸⁴⁾.

En base a los resultados podemos concluir que, si bien, la violencia por parte de la pareja íntima se produce en todos los estratos socioeconómicos; el hecho de que las mujeres de este estudio que pertenecen a municipios semirurales y que no realizan

alguna actividad económica puede ser una evidencia clara de que estas condiciones influyen directamente en las condiciones de violencia de pareja íntima. Al respecto, es posible que aquellas mujeres que tienen cierta independencia económica y que cuentan con más recursos económicos perciban mayores posibilidades de solicitar ayuda, independizarse o acudir a centros de atención privada a este tipo de problemáticas y puedan terminar el ciclo de violencia en el cual están inmersas⁽⁸³⁾.

La prevalencia de las características de la historia de violencia por parte de la pareja íntima nos permite constatar la gravedad de este problema social, ya que en este grupo de mujeres se observa un promedio 10 años, como tiempo promedio de convivencia con el agresor. Esto concuerda con los resultados encontrados en otras investigaciones similares⁽⁸⁵⁾. Ante esta situación, es inevitable cuestionar por qué las mujeres se quedan dentro de este ciclo de violencia del cual son víctimas.

En respuesta a la pregunta anterior, se observan distintas cuestiones, como la dependencia económica, que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio. Por otro lado, se puede agregar la carencia de lazos familiares o afectivos que podrían ser de apoyo para la víctima; sin olvidar el ciclo de violencia, que, según Walker⁽²⁷⁾ es aquel en el que la mujer que ha sido sometida a un maltrato crónico y pasa por un proceso de intimidación intermitente. Este ciclo genera que la mujer se perciba indefensa y con imposibilidad de controlar o impedir que ocurran los episodios de violencia de los cuales, es víctima. Esa condición genera que la víctima se paralice ante las circunstancias y su única alternativa sea someterse a la voluntad de su agresor como un medio en el cual se protege a sí misma y a sus hijos.

Como se ha mencionado, las participantes de este estudio han sido sometidas a una situación extrema de violencia por parte de la pareja íntima, dicha situación ha posibilitado que se presenten manifestaciones de los síntomas del TEPT. Los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT permiten concluir que existe una gravedad significativa de este padecimiento. Según las puntuaciones obtenidas, se obtuvo una media de (31.38) en la escala global, cuyo punto de corte establecido es 15. Así mismo, en la puntuación de las principales subescalas alcanzaron: Reexperimentación (media= 9.61) con un punto de corte de 5; Evitación (media= 12.44) con un punto de corte de 6 y la subescala Activación (media= 9.66) con un punto de corte de 4 puntos.

Respecto a la subescala Activación observamos que las mujeres manifiestan puntuaciones considerablemente altas y presentan síntomas relacionados a los

síntomas de falta de sueño, irritabilidad, hipervigilancia, dificultad para concentrarse y respuesta de sobresalto. Por lo cual, se puede concluir que cuando se es víctima de violencia por la pareja íntima, las mujeres sufren consecuencias psicológicas graves, ya que no están seguras ni siquiera dentro de su propio hogar, el cual supone debería ser el lugar más seguro y reconfortante para ellas, donde deberían encontrar protección y afecto al lado de la persona a quien consideran su compañero de vida y a quien entregaron su confianza. Según los resultados, se observó que la mayoría de los episodios de agresión ocurrieron dentro de la casa o en el patio. Por tal razón, las mujeres que han sido violentadas por muchos años reaccionan con altos niveles de temor, ya sea por circunstancias reales o imaginarias ante el miedo intenso de volver a ser agredidas⁽⁸⁶⁾.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las subescalas Evitación y Reexperimentación, se observaron puntajes relativamente más altos para Evitación, subescala que consiste en evadir aquellos pensamientos y sentimientos experimentados al recordar los episodios de violencia de los que fueron víctimas, también se experimenta amnesia, apatía y distanciamiento de otras personas y aumenta la percepción de un futuro desolador en el cual carecen de respuestas o alternativas para salir adelante y volver a una vida sin violencia. Si se toma en cuenta los resultados obtenidos en investigaciones similares, es la evitación precisamente la subescala en la que se obtiene puntajes menos elevados. Sin embargo, la muestra de nuestro estudio muestra resultados diferentes, esto podría ser explicado por el hecho de que las mujeres de esta investigación provienen de zonas semi rurales y quizá no perciban demasiados lazos de apoyo para poder cambiar su estilo de vida, además que están sumergidas en una sociedad en la cual es aceptado que el hombre maltrate a la mujer⁽⁸⁵⁾.

Finalmente, en el caso de los síntomas de la subescala de Reexperimentación observamos que las mujeres que conformaron la muestra, reportaron puntajes relativamente altos en esta subescala. La sintomatología de la reexperimentación consiste en presentar recuerdos y sueños intrusivos, malestar psicológico y fisiológico. Estos síntomas agrupados suelen ser los más disfuncionales, ya que las mujeres se dan cuenta con facilidad de estos síntomas. Como consecuencia a todos los años en los que estas mujeres han sido víctimas de violencia, presentan estos síntomas, cómo los llamados “flashbacks” que las asaltan sin previo aviso. Estos síntomas quizás sean los que pueden desaparecer con mayor facilidad, ya que estas mujeres ya no se encuentran viviendo con su agresor, pues fueron retiradas de sus hogares y, como

mencionamos, se encuentran en un refugio junto con sus hijos y está estrictamente prohibido que su agresor conozcan el lugar donde están viviendo y tampoco puede acercarse a ellas o a sus hijos.

Como mencionamos anteriormente, las mujeres que sufren violencia por parte de la pareja íntima no sólo pueden padecer los síntomas del TEPT, la gravedad de las consecuencias por haber sufrido por largo tiempo los distintos tipos de violencia puede acarrear diferentes consecuencias a nivel psicológico y social. Como pueden ser baja autoestima, pensamientos postraumáticos negativos y una condición de vida cotidiana inadaptada, entre otros, mismos que se pueden observar en el apartado del diagnóstico de la muestra.

Respecto a los síntomas depresivos en las participantes de esta investigación, se concluye que la mayor parte de ellas se encuentra con un diagnóstico de depresión entre moderada y severa. Lo que confirma los resultados hallados en otras investigaciones, en las cuales se observa que aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia por un largo tiempo, tienden a presentar estrés psicológico y físico que las pone en riesgo de ser diagnosticadas con el trastorno depresivo, condición que les genera sentimientos de pérdida, distorsiones cognitivas, baja autoestima, indefensión y altos niveles de culpabilidad. Esta condición puede estar relacionada con el hecho de que las mujeres que son víctimas de violencia perciban imposible salir del círculo de violencia en la cual se encuentran. La literatura previa señala que un nivel de baja autoestima es un factor importante que está relacionado a impedir que la mujer violentada busque una salida a su condición de maltrato, es decir, las mujeres que son constantemente humilladas y violentadas tienden a percibirse inferiores a su agresor y solo les resta soportar la violencia pues no encuentran su valor como personas, quedando a merced de sus agresores ⁽⁸³⁾.

Los bajos niveles de autoestima son un factor que contribuye a que las mujeres se queden en el ciclo de violencia del cual son víctimas, en lo que respecta a los resultados hallados en este estudio, las mujeres reportan estar de acuerdo con aquellas preguntas que se relacionan con situaciones de desvalorización de sí mismas. En este sentido, las mujeres no se perciben capaces de encontrar alternativas para un nuevo estilo de vida. Se debe tomar en cuenta que la autoestima se refiere a la percepción de la imagen que se tiene de sí misma y la relación con el entorno, es así que la mujer que es sometida a constante maltrato, violencia y todo tipo de vejaciones, se sentirá demasiado abrumada por la situación de violencia hacia su persona y no será capaz de encontrar una salida al ciclo de violencia ⁽⁸⁶⁾.

Lo anterior, permite aceptar la hipótesis alterna previamente planteada, el programa de Intervención fue eficaz en la disminución de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que han experimentado Violencia Extrema de Pareja Íntima. Así mismo, es importante mencionar que la utilización de técnicas como Relajación por medio de la Respiración Profunda, Relajación Progresiva Muscular, detención del pensamiento, cuestionamiento de la funcionalidad de pensamientos negativos, entre otros, resultaron significativos para ello.

Finalmente, es necesario resaltar la importancia del trabajo cercano de los profesionales de salud y las universidades con las Organizaciones no Gubernamentales encargadas del trabajo con población vulnerable. La eficacia de las Intervenciones cognitivo-conductuales ha sido probado a nivel nacional e internacional, siendo, el presente, el primer trabajo en el Refugio de Pachuca que vincula a ambas entidades para el tratamiento específico de esta sintomatología.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia en contra de las Mujeres. [Internet] [citado 15 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
2. INMUJERES. Estadística de Violencia contra las mujeres en México. 2014.
3. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de violencia contra la mujer. 2013.
4. Jurado G, Rascón M. Ideas irracionales y padecimientos psicológicos: análisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 11, 2011, pp. 83-99
5. Golding J. Intimate Partner Violence as a risk factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, Vol. 12, 1999.
6. Johnson D, Zlotnick C. HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Prof. Pshycol. Res. Pr.* Vol. 40, 2009, pp. 234-241
7. Miracco M, Vetere G. Tratamientos Psicoterapéuticos Eficaces para Mujeres Golpeadas con Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista Argentina de Psicología Clínica*. Vol. 17, 2008, pp. 57-64
8. Guerra V, Plaza V. Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de Violación Infantil. *Revista de Psicología*. Vol 18, 2009
9. Híjar M, Valdez R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
10. Medina M, Borges G, Lara C, Ramos L, Zambrano J, Fleiz B. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Méx.* Vol. 47, 2005, pp. 8-22
11. Friedman M, Cohen J A, Foa E, Keane T. Integration and Summary. En Edna F, Terence K, Matthew F, Cohen J. *Effective Treatments for PTSD*. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 2009, pp. 617-642. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies. New York, NY: The Guilford Press.
12. Foa E B, Keane T M, Friedman M J, Cohen J A. *Effective treatments for PTSD*. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, NY, US: The Guilford Press, 2009.

13. Alonso G. Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con trastornos de Estrés Postraumático: Validación Empírica de una programa de tratamiento. 2007.
14. OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2002.
15. Vidal F. "Los nuevos aceleradores de la violencia remodernizada" en García-Mina F., A. (Coord.) (2008) Nuevos escenarios de violencia. Reflexiones Comillas Ciencias Sociales I. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 2008.
16. Bandura A. Agression: A social learning analysis. New Jersey:Prentice-Hall International, 1973.
17. Andreu J. Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y sociocognitivas. Psicopatología Clínica y Forense, Vol. 9, 2009, pp.85-98.
18. Velasco M. Violencia Reactiva e Instrumental. La impulsividad como aspecto diferenciado. Revista Educación, 361, 2012, pp. 665-685
19. Organización Panamericana de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. 2005.
20. Hubbard J, Dodge K, Cillessen A, Coie J, Schwartz D. The dyadic nature of social information processing in boys reactive and proactive aggression. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 80, 2001, pp. 268-280.
21. OMS. Global and regional estimates of violence against woman: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Italy: WHO Library. 2013.
22. LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. México. 2007. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
23. Vanderschueren F. The Prevention of Urban Crime". Artículo presentado durante la Cumbre de Ciudades Africanas de 2000, Windhoek, Namibia. Citado en ONU-Hábitat, 2006, p. 144
24. INEGI. Estadísticas a propósito del día Internacional de la eliminación de la Violencia contra la Mujer. 2013
25. Johnson M. A typology of domestic violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance and Situational Violence. United States of America: Northeastern University Press. 2008.

26. Gardeta A. Terrorismo Íntimo. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental. Vol. 3. 2010.
27. Walker L. The battered woman. New York:Harper&Row, Publishers. 1979.
28. Spangaro J, Zwi A, Poulos R. The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. Trauma, violence& Abuse. Vol. 10. 2009. pp55-68
29. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against woman, definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss Medical Weekly. 2010. Doi:10.4414/smw2010.13099
30. Silva M, Falbo G, Figueiroa J, Cabral J. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public health care service in the Northeast of Brazil. CadSaúde Pública. Vol. 26. 2010. pp 264-272
31. Labrador F, Fernandez-Velasco M, Rincon P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicothema. Vol. 22, 2010. pp. 99-105
32. Aguirre P, Cova F, Domarchi M, Garrido C, Mundaca I, Rincon, Troncoso P, Vidal P. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Revista chilena de neuropsiquiatria. vol. 42. 2010. pp. 114-122. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272010000300004&lng=es&tlng=es.%2010.4067/S0717-92272010000300004
33. Lila M. Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las relaciones de pareja. Intervención Psicosocial. Vol. 19. 2010. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592010000200001&lng=es&nrm=iso
34. Wathen N, Mc Millan H. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. Vol. 5. 2003. pp. 589-600.
35. Híjar M, Valdez R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana. México:Instituto Nacional de Salud Pública. 2009.
36. Johnson D, Zlotnick C. Hope for battered women with PTSD in domestic violence. ProfPsychol Res Pr. 2009 ; 40(3): 234–241. doi:10.1037/a0012519.
37. INEGI. Encuesta Nacional de Víctimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012. 2012

38. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed., textorevisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Author. 2000.
39. Sareen J, Cox B, Stein M, Afifi O, Fleet C & Asmundson G. Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *Psychosomatic Medicine*. 2007. 69:242–248.
40. FoaE, HupperT J, Cahil S. Emotional processing theory. *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*, NY: Guilford. 2006.
41. Lang, P Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*. Vol. 8. 1977. pp. 862–886.
42. Brewin C, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4) 1996. pp. 670-686.
43. Ehlers A. Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000. pp. 319–345
44. Resick P, Uhlmansieck M, Clum G, Galovski T, Scher CH., Young-Xu, Y. A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *J Cons Clin Psychol*. April, 76(2) 2008. pp. 243–258.
45. Blasco-Ros C, Sanchez S, Martinez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and postraumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but no psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 10 (98) 2010. Doi:10.1186/1471-244x-10-98
46. Labrador, F., Alonso E. Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 12(2) 2007. pp. 117-130
47. Anderson C, Douglas R, Hogarty G. Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu. 1988.
48. Labrador F, Rincón, P. Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 2002. pp. 905-932.
49. Baguena M. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3) 2001 pp. 479- 492.

50. Botero C. Efectividad de una intervención cognitivoconductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. *Universitas psicológica*, 4(2) 2005 pp. 205- 219.
51. Norris, F. H. y Slone, L. B. (2007). The Epidemiology of Trauma and PTSD. En M. J Friedman, T. M. Keane y P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice*. Nueva York: Guilford
52. Friedman, M. J., Resick, P.A. y Keane, T. M. (2007). PTSD Twenty five years of Progress and Challenges. En M. J. Friedman, T. M. Keane y Resick, P.A. (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 3-18). Nueva York: Guilford.
53. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003
54. De Loos WS. 1990. Psychosomatic manifestations of chronic posttraumatic stress disorder. En: Wolf & Mosnaim. *Posttraumatic Stress Disorder*. American Psychiatric Press. Washington.
55. Hidalgo R, Davidson J, 2000. Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61 (suppl 7): 5-13
56. Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
57. Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
58. Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
59. Resick, P. A., Monson, C. M. y Rizvi, S. L. (2008). Posttraumatic stress disorder. En D. H. Barlow. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 65-122). Nueva York: Guilford Press.
60. Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116
61. Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

62. Muñoz-Solomando, A., Kendall, T., & Whittington, C.J. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 332-337.
63. Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 371-377.
64. Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S., (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
65. Ponniah, K. & Hollon, S.D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26 1086-1109.
66. Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., & de Jesus Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 241-259.
67. Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
68. Powers M B, Halpern J M, Ferenschak M P, Gillihan S J, Foa E B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 2010, p. 635-641.
69. Resick P A, Nishith P, Weaver T L, Astin M C, Feuer C A. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 2002, p. 867-879.
70. Ruiz M A, Díaz M, Villalobos A. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer: España. 2012 p. 82
71. Albarrán AJ, Macías M A. Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud* 2007 IX 118-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290206>.

72. Belloso J., García, B. y De Prado, E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, 20(73), 23-40.
73. Cía, A. Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado. Buenos Aires: Imaginador. 2001.
74. Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford:Stanford UniversityPress. 1958.
75. Caballo, V. y Buela-Casal, G. (1998). Técnicas diversas enterapia de conducta. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapiay modificación de conducta* (pp.- 777- 818). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
76. Foa E B, Kozak M J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
77. American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En American Psychiatric Association (Eds.), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. New York: Panamericana. 2014 pp. 159-175
78. Schnurr P P, Friedman M J, Sengupta A, Jankowski M K, Holmes T. PTSD and utilization of medial treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental disease*, 188, 2000, 496-504.
79. INMUJERES [Internet]. México:Gobierno Federal; 2016 [actualizado 1 de diciembre 2015; citado 13 de febrero 2016]. Disponible en: <http://www.gob.mx/inmujeres>
80. Valdez-Santiago R. Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Marta Torres-Falcón (editora). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México, D.F.: COLMEX 2004:417-447 p.
81. Híjar M, Valdez R, ed. *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
82. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo*. 2da ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2009.

83. Instituto Hidalguense de las Mujeres [Internet]. México:Gobierno Estatal; 2016 [actualizado 15 de diciembre 2015; citado 6 de Abril 2016]. Disponible en: <http://mujeres.hidalgo.gob.mx/>
84. Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de Hidalgo [Internet]. México:Gobierno Estatal; 2016 [citado 15 de Abril 2016]. Disponible en: <http://justiciamujeres.hidalgo.gob.mx/>
85. Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia Hidalgo [Internet]. México:Gobierno Estatal; 2016 [citado 20 de Abril 2016]. Disponible en: <http://dif.hidalgo.gob.mx/?p=173>
86. Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Directorio Telefónico [Internet]. México:Gobierno Estatal; 2016 [citado 20 de Abril 2016]. Disponible en: <http://www.hidalgo.gob.mx/seguridad/seguridad/directorio-telefonico.html>
87. Centro de Atención a Víctimas. Directorio a dónde acudir. [Internet]. México:Gobierno Estatal; 2016 [citado 20 de Abril 2016]. Disponible en: <http://sepladerym.hidalgo.gob.mx/equidad/medios/Directorio%20A%20DONDE%20ACUDIR.pdf>
88. Vázquez J A, Santaella A J, Río A, Padilla M C, Rodriguez C, Salazar R M, Figueroa RM, Guillé MM & Cornona A. Modelo de atención en refugios para mujeres víctimas de violencia y sus e hijas INMUJERES:México, 2011.
89. Matud, MP.El maltrato a la mujer en el municipio de Santa Cruz de Tenerife; características generales e intervención psicológica. Centro Municipal de la Mujer del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2004.
90. Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. Gobierno de Canarias, servicio del Sistema Integral contra la Violencia de Género, 2010.
91. Hofstadt JC, Quiles MJ, Quiles Y. Aprenda a Relajarse fácilmente. Barcelona:Farmabook audiolibros, 2008.
92. Haynes S N, O'Brien W O. Principles and Methods of Behavioral Assessment: New York: Plenum/Kluwer Press, 2000.
93. Keawe'aioku J,Godoy A, O'Brien W, Haynes S, Gavino A. Análisis Funcional en Evaluación Conductual y formulación de casos clínicos. Clínica y Salud, (24) 2013, 117-127.



ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA (VPI)

Número de Sesión	1
Nombre	"Informándome y Formándome"
Objetivo	Que las participantes conozcan acerca de la problemática de violencia, pero sobre todo del Trastorno de estrés Postraumático con la finalidad de eliminar prejuicios, contribuir al tratamiento grupal, reducir riesgo de recaídas y les permita ser más proactivas en la comprensión y tratamiento de la enfermedad.
Técnica y/o Estrategia	Psicoeducación

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Ruptura de hielo y presentación de las participantes y la facilitadora.	Propiciar un ambiente de confianza a través de la ruptura de hielo y la distensión, que favorezca el desarrollo del taller, así mismo, conocer el nombre las participantes y de la facilitadora.	• Ruptura de hielo • Presentación de las participantes y la facilitadora.	• Desarrollo de la técnica: "Cesta de frutas".	• Sillas. • Etiquetas.	10'
Encuadre de la Intervención.	Dar a conocer la importancia de la intervención, así como su contenido y duración, además de establecer junto con las participantes los días y horario de trabajo.	• Descripción general de la Intervención. • Establecimiento de acuerdos.	• La facilitadora describirá de manera general la Intervención. • A través de la técnica de "Lluvia de Ideas", las participantes propondrán acuerdos para facilitar la forma de trabajo.	• Rotafolios. • Marcadores.	10'
Presentación del contenido de la Intervención, así como los	Dar a conocer el objetivo general y los específicos a las participantes.	• Objetivo General de la intervención • Objetivos específicos de	• De manera expositiva, la facilitadora dará a conocer los objetivos	• Cañón • Lap Top • Presentación en	10'

objetivos de cada sesión.		cada sesión.	del contenido de la intervención.	Diapositivas	
Evaluación Inicial	Aplicar los instrumentos de evaluación que se utilizarán como línea base de la Intervención.	• Inventario de Depresión de Beck • Escala de Autoestima de Rosenberg. • Inventario de Cogniciones Postraumáticas.	• La facilitadora aplicará a las participantes los diferentes instrumentos.	• Fotocopias de los Instrumentos de evaluación. • Lápices.	30´
Violencia	Dar a conocer a las participantes información sobre lo que es Violencia, sus dimensiones, tipos, su ciclo y consecuencias.	• Violencia • Dimensiones de la Violencia • Tipos de Violencia • Ciclo de la Violencia • Consecuencias de la Violencia	• La facilitadora brindará información a las participantes sobre lo que es violencia y los temas que de ella surgen, así mismo, fomentará la participación grupal y resolverá dudas al respecto. • Dentro del tema de Consecuencias de la	• Cañón • Lap Top • Presentación en Diapositivas • Videos de apoyo • Trípticos informativos.	20´

			Violencia, en ésta sesión se realizará mayor énfasis en el TEPT, y se abordarán los Síntomas de Reexperimentación		
Psicoeducación sobre Trastorno de Estrés Postraumático	Que las participantes conozcan todo lo relacionado con el TEPT para que así sean más proactivas en la adherencia al tratamiento.	• Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	• Se brindará información acerca del TEPT, así como sus causas, consecuencias, síntomas recurrentes, su incidencia, su evolución, entre otros. • Se hará especial énfasis en los Síntomas de Reexperimentación.	• Cañón • Lap Top • Trípticos	
Entrenamiento en la Técnica de	Facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que	• Identificación del lenguaje de	• Se dará a conocer información a las	• Música de Relajación.	20´

Control de la Respiración	pueda ser mantenido en situaciones de estrés.	nuestro cuerpo. • Situaciones estresantes • Técnica de Control de la Respiración • Retroalimentación	participantes acerca de las respuestas fisiológicas de nuestro cuerpo ante situaciones estresantes, específicamente la respiración. • Se identificarán las situaciones que hacen que tanto su respiración como su ritmo cardiaco se aceleren. • La facilitadora las guiará en primera instancia para realizar la técnica, posteriormente las participantes la realizarán siguiendo sus propias instrucciones. • Se realizará una	• Esencias aromáticas. • Tapetes • Espacio amplio	
----------------------------------	--	---	---	---	--

			retroalimentación acerca de cómo se sintieron las participantes al realizar la técnica.		
Asignación de Tareas	Que las participantes practiquen en casa la técnica de Control de la Respiración, sobre todo cuando se presentes Síntomas de Reexperimentación, para así disminuir la ansiedad que éstos generen.	• Reconocimiento del lenguaje de nuestro cuerpo. • Técnica de Control de la Respiración • Síntomas de Reexperimentación.	• Una vez que las participantes identifiquen los Síntomas de Reexperimentación y los cambios fisiológicos a nivel de respiración, deberán poner en práctica la Técnica de Control de la Reexperimentación. • Una vez que hayan logrado los pasos anteriores, deberán registrar en los formatos correspondientes	• Registro de Control de la Respiración Y Formas de Reexperimentación	

Número de Sesión	2
Nombre	"Mi cuerpo como regulador de mis emociones"
Objetivo	Que las participantes obtengan información necesaria para comprender la Ansiedad, así como aprender a reducir la activación psicofisiológica causada por la ansiedad, mediante la regulación de la respiración y sus sensaciones para así contrarrestar las escenas que provocan ansiedad.
Técnica y/o Estrategia	Psicoeducación. Manejo de la Ansiedad mediante el entrenamiento en la técnica de Respiración profunda e identificación de tensión muscular. Detención del Pensamiento.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Bienvenida de la segunda sesión	Contribuir al clima de confianza entre las participantes.	• Distensión	• Dinámica " El Autobús"	• Espacio amplio • Sillas	10´
Revisión de Tareas	Realzar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	• Técnica de Control de la Respiración • Síntomas de Reexperimentación	• Plenaria en grupo.	• Registro de Control de la Respiración Y Formas de Reexperimentación	10´
Entrenamiento	Que las participantes aprendan a	• Entrenamiento en	• Se pondrá en práctica el	• Espacio amplio	20´

en la identificación del lenguaje del propio cuerpo a partir de las emociones.	identificar el lenguaje de su cuerpo a partir de las emociones.	la identificación del lenguaje del propio cuerpo a partir de las emociones.	entrenamiento en la identificación del lenguaje del cuerpo a partir de las diferentes emociones que se pueden experimentar.	• Rotafolios • Marcadores	
Psicoeducación sobre el funcionamiento de la Ansiedad	Dar a conocer a las participantes qué es la Ansiedad y cuál es el impacto que tiene a nivel biopsicosocial.	• Qué es la Ansiedad • Cómo se manifiesta • Por qué alguien la padece • Mecanismos de funcionamiento	• La facilitadora brindará información a las participantes sobre el tema de Ansiedad, fomentará la participación grupal y resolverá dudas al respecto.	• Cañón • Lap top • Tríptico informativo	15'
Entrenamiento en la detención del Pensamiento	Que las participantes aprendan y practiquen la técnica de Detención del Pensamiento para evitar que surjan pensamientos negativos o bien, cambiarlos por positivos con la finalidad de disminuir la ansiedad.	• Técnica de Detención del Pensamiento	• La facilitadora dará a conocer la importancia de esta técnica. para posteriormente ayudar a las participantes a que identifiquen los pensamientos que les generan ansiedad, con esto, la facilitadora	• Formato de apoyo para Detención de Pensamiento.	20'

			pedirá que sustituyan esos pensamientos negativos por positivos para que cada vez que se presenten “detengan” ese pensamiento negativo con ayuda de una frase corta que ellas mismas elegirán.		
Actividad del Control de la Respiración	Facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.	• Técnica de Control de la Respiración	• Las participantes realizarán la técnica de Respiración profunda (ya anteriormente vista) siguiendo sus propias instrucciones.	• Música de Relajación. • Esencias aromáticas.	10´
Asignación de tareas	Que las participantes practiquen en casa la técnica de Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo, además de la puesta en práctica de la técnica de detención del pensamiento.	• Control de las emociones a partir del lenguaje del propio cuerpo. • Técnica de Detención del Pensamiento. • Técnica de	• Una vez que las participantes hayan comprendido cada una de las técnicas así como su procedimiento, deberán ponerlas en práctica en casa y hacer uso de los registros y	• Registro de control de la respiración • Formato de apoyo para Detención de Pensamiento.	5´

		Respiración Profunda.	formatos correspondientes.		
--	--	-----------------------	----------------------------	--	--

Número de Sesión	3
Nombre	“Proponiéndome ser feliz”
Objetivo	Que las participantes aprendan a disminuir las ideas disfuncionales, ya que en el TEPT existe un procesamiento desadaptativo de la información, generando perturbación de esquemas específicos (por ejemplo, seguridad, confianza, independencia, poder, estima e intimidad).
Técnica y/o Estrategia	Reestructuración Cognitiva (se utilizarán formatos de registro A-B-C-D). Ensayos Conductuales (hoja de actividades gratificantes). Detención de Pensamiento.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Bienvenida de la tercera sesión	Contribuir al clima de confianza entre las participantes.	Distensión	Dinámica “El Lavacoches”	- Espacio amplio - Sillas	10´

Revisión de Tareas	Realizar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	• Control de las emociones a partir del lenguaje del propio cuerpo. • Técnica de Detención del Pensamiento. • Técnica de Respiración Profunda.	• Plenaria en grupo.	• Registro de control de la respiración • Formato de apoyo para Detención de Pensamiento.	10'
Evaluación de las Cogniciones postraumáticas	Identificar y evaluar las cogniciones postraumáticas de las participantes.	• Cogniciones postraumáticas	• La facilitadora aplicará el inventario de Cogniciones Postraumáticas y posteriormente explicará a qué se refieren y cuáles son sus consecuencias.	• Inventario de Cogniciones Postraumáticas.	30'
Reestructuración Cognitiva	Que las participantes identifiquen y cuestionen sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o	• Técnica de Reestructuración Cognitiva • Identificación de Supuestos y	• A partir de la identificación de las cogniciones postraumáticas, la facilitadora empleará la técnica de	• Registro de hojas A-B-C-D	20'

	conductual causada por los primeros.	Creencias	Reestructuración Cognitiva, iniciando por la identificación de supuestos y creencias.		
Autoestima y su importancia en la vida	Que las participantes reconozcan el autoestima como parte importante de su vida y los beneficios que esta conlleva	• Autoestima	• La facilitadora dará a conocer información sobre el Autoestima, así como su importancia. • Dinámica “El cofre mágico”	• Cañón • Lap Top • Videos • Caja pequeña • Espejo dentro de la caja	15´
Planeación de actividades gratificantes y que eleven la autoestima	Que las participantes planeen actividades que les resulten gratificantes con la finalidad de contrarrestar la aparición de pensamientos generadores de ansiedad.	• Actividades Gratificantes	• La facilitadora pedirá a las participantes que realicen una lista de las actividades que disfruten hacer y que las enumeren de acuerdo a su facilidad de poderlas realizar. Así mismo, de acuerdo a la enumeración de las actividades deberán planearlas fijando	• Formato de “Planeando mi felicidad”.	10´

			fechas para llevarlas a cabo.		
Asignación de Tareas	Que las participantes realicen en casa las tareas asignadas para reforzar el aprendizaje de éstas, así como la identificación y puesta en práctica de pensamientos positivos, además de la identificación de situaciones problemáticas.	• Reestructuración Cognitiva • Autoestima • Control de la respiración a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo. • Registro de situaciones problemáticas	• Una vez que las participantes hayan comprendido cada una de las técnicas así como su procedimiento, deberán ponerlas en práctica en casa y hacer uso de los registros y formatos correspondientes.	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato “Planeando mi Felicidad” • Registro de situaciones problemáticas • Registro de control de la respiración	

Número de Sesión	4
Nombre	“Aprendiendo a resolver mis problemas”
Objetivo	Que las participantes aprendan nuevas formas adaptativas de afrontar y resolver los problemas ya que a menudo, personas con TEPT , emplean habilidades de afrontamiento desadaptativo, además de la evitación psicológica y el embotamiento emocional
Técnica y/o Estrategias	Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento en habilidades específicas de resolución de problemas. Role playing.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de Tareas	Realizar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	• Reestructuración Cognitiva • Autoestima • Control de la respiración a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo. • Registro de situaciones problemáticas	• Plenaria Grupal • Retroalimentación	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato “Planeando mi Felicidad” • Registro de situaciones problemáticas • Registro de control de la respiración	15´
Reestructuración Cognitiva	Que las participantes realicen un cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas.	• Reestructuración cognitiva	• La facilitadora proporcionará las herramientas necesarias para que	• Rotafolios • Marcadores • Hojas blancas	30´

			las participantes examinen las pruebas y la utilidad de un pensamiento negativo, así como examinar qué pasaría realmente y qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto y extraer las conclusiones pertinentes.	• Lápices	
Entrenamiento en Solución de Problemas	Que las participantes adquieran las habilidades para poder solucionar los problemas de manera asertiva.	• Solución de Problemas	• La facilitadora dará a conocer el entrenamiento en solución de problemas.	• Rotafolio • Marcadores • Hojas Blancas • Lápices	20´
Escenificación de Problemas y actuación de las posibles soluciones	Que las participantes observen las consecuencias de las diferentes soluciones y que puedan discernir de acuerdo al programa de entrenamiento.	• Solución de Problemas.	• La facilitadora dará a conocer 3 diferentes problemas, a los cuales las participantes deberán proponer posibles soluciones y de acuerdo a esto,	• Material de apoyo para la escenografía de las actuaciones.	30´

			escenificar para posteriormente, en plenaria, elegir la opción que cubre con los requisitos del entrenamiento en solución de problemas.		
Asignación de Tareas	Que las participantes realicen en casa las tareas asignadas para reforzar el aprendizaje de éstas, así como la identificación y puesta en práctica de pensamientos positivos, además de la identificación de situaciones problemáticas.	• Reestructuración Cognitiva • Control de la respiración a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo. • Registro y definición de situaciones problemáticas • Realización de actividades gratificantes y que fortalezcan la autoestima.	• Una vez que las participantes hayan comprendido cada una de las técnicas así como su procedimiento, deberán ponerlas en práctica en casa y hacer uso de los registros y formatos correspondientes.	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato “Planeando mi Felicidad” • Registro de situaciones problemáticas • Registro de control de la respiración	

Número de Sesión	5
Nombre	“Expresando lo que siento y pienso”
Objetivo	Que las participantes desarrollen habilidades de Asertividad para así mejorar sus relaciones interpersonales.
Técnica y/o Estrategias	Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento en Asertividad. Cuestionamiento Conductual de las cogniciones desadaptativas. Cuestionamiento de creencias y supuestos.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de Tareas	Realizar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	• Reestructuración Cognitiva • Control de la respiración a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo. • Registro y definición de	• Plenaria en grupo.	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato “Planeando mi Felicidad” • Registro de situaciones problemáticas • Registro de control de la	10´

		situaciones problemáticas • Realización de actividades gratificantes y que fortalezcan la autoestima.		respiración	
Reestructuración cognitiva	Que las participantes identifiquen y cuestionen sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.	• Cuestionamiento conductual de las cogniciones desadaptativas. • Cuestionamiento de las creencias y supuestos.	• En el cuestionamiento conductual la facilitadora y las participantes generan predicciones específicas a partir de los pensamientos negativos (expectativas, interpretaciones, atribuciones, valoraciones), y diseñan experiencias para comprobar si tales predicciones se cumplen o no. Es decir, a través de tareas o	• Modificación de la Imagen y afrontamiento.	30'

			experimentos conductuales, y siguiendo por lo general un enfoque gradual, se somete a prueba la validez de los pensamientos.		
Solución de problemas y entrenamiento en comunicación asertiva	Que las participantes practiquen la resolución de problemas de manera tal que les permita la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.	• Solución de Problemas • Asertividad	• La facilitadora dará a conocer a las participantes la Técnica de entrenamiento asertivo. • Las participantes mediante el rol playing escenificarán conflictos resolviéndolos de manera asertiva.	• Cañón • Lap Top • Folleto sobre comunicación asertiva • Rotafolios • Marcadores • Escenografía para el rol playing.	30´
Asignación de Tareas	Que las participantes realicen en casa las tareas asignadas para reforzar el aprendizaje de éstas, así como la identificación y puesta en práctica de pensamientos positivos, además de la	• Asertividad • Reestructuración cognitiva • Realizar actividades gratificantes.	• Una vez que las participantes hayan comprendido cada una de las técnicas así como su procedimiento, deberán	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato "Planeando mi Felicidad" • Registro de	5´

	identificación de situaciones problemáticas y su resolución asertiva.	Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.	ponerlas en práctica en casa y hacer uso de los registros y formatos correspondientes.	situaciones problemáticas Registro de control de la respiración	
--	---	--	--	---	--

Número de Sesión	6
Nombre	“Enfrentando mis miedos”
Objetivo	Que las participantes puedan afrontar de forma sistemática y deliberada, determinadas situaciones que generan ansiedad y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada y así comprobar que las consecuencias anticipadas no ocurren.
Estrategias y/o Técnicas	Técnica de Exposición en Imaginación. Manejo de la Ansiedad mediante relajación y respiración profunda.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
------	----------	-----------	-------------	------------	----------

Revisión de Tareas	Realizar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	• Asertividad • Reestructuración cognitiva • Realización de actividades gratificantes. • Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.	• Plenaria en grupo	• Registro de hoja A-B-C-D • Formato “Planeando mi Felicidad” • Registro de situaciones problemáticas • Registro de control de la respiración	15´
Técnica de Exposición Autoexposición en Imaginación	Tienen el objetivo de afrontar, de forma sistemática y deliberada, determinadas situaciones que generan ansiedad y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada. Las participantes deben mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o	• Técnica de Exposición	• Exposición en Imaginación, las participantes imaginarán que se están afrontando a las situaciones problemáticas que les generan ansiedad. Esto supone recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los	• Salón Amplio • Sillas cómodas • Guión para la autoexposición en imaginación.	60´

	hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.		pensamientos y las consecuencias temidas.		
Control de la respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio cuerpo.	Que las participantes, a través del control de la respiración puedan manejar las emociones negativas que la técnica de autoexposición en imaginación pueda generar.	• Control de la respiración para manejo de las emociones. • Autoexposición en imaginación.	• Las participantes, aplicarán la técnica de control de la respiración para disminuir las emociones negativas que la técnica anterior haya generado con la finalidad de que cada vez que experimenten una situación similar, los síntomas del TEPT no impacten de manera significativa.	• Salón amplio • Sillas cómodas	15´
Asignación de tareas	Que las participantes realicen en casa las tareas asignadas para reforzar el aprendizaje de éstas.	• Control de la Respiración y de las emociones a través de la identificación del lenguaje del propio	• Una vez que las participantes hayan comprendido cada una de las técnicas así como su procedimiento, deberán ponerlas en	• Registro de hoja A-B-C-D • Registro de situaciones problemáticas • Registro de	5´

		cuerpo.	práctica en casa y hacer uso de los registros y formatos correspondientes.	control de la respiración	
--	--	---------	--	---------------------------	--

Número de Sesión	7
Nombre	“Eligiendo mis estrategias”
Objetivo	Que las participantes, después de haber llevado a cabo las diferentes técnicas y estrategias, elijan aquellas que les fueron más eficaces para la reducción de los síntomas del TEPT, esto mediante el entrenamiento en inoculación del estrés , ya que se centra en aumentar la autosupervisión durante situaciones provocadoras de estrés.
Técnicas y/o Estrategias	Inoculación del estrés

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de	Realizar el análisis de las tareas	Control de la	Plenaria en grupo.	Registro de	10´

Tareas	encomendadas en la sesión anterior	respiración para manejo de las emociones. • Autoexposición en imaginación.		situaciones problemáticas • Registro de control de la respiración	
Técnicas de Inoculación del Estrés	Que las participantes aprendan a interpretar su problema desde un modelo específico, permitiéndole seleccionar aquellas técnicas que mejor se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenten.	• Técnicas de inoculación del estrés.	• La facilitadora enseñará diferentes técnicas para el manejo del estrés que las participantes puedan aplicar en diversas situaciones de estrés, esto consta de dos fases: la educativa y aprendizaje y/o reforzamiento de las habilidades.	• Salón amplio. • Lap Top • Cañón • Trípticos • Hojas blancas. • Lápices	60´
Asignación de Tareas	Que las participantes realicen en casa las tareas asignadas para reforzar el aprendizaje de éstas.	• Técnicas de inoculación del estrés.	• Que las participantes identifiquen cuál fue la técnica que le fue más útil para el manejo de situaciones problemáticas.	• Autorregistros • Cuestionario sobre eficacia de las técnicas.	10´

Número de Sesión	8
Nombre	"Generando una vida de mejoras"
Objetivo	Conocer el puntaje de las escalas al finalizar la intervención (evaluación posttest) con la finalidad de saber el impacto de la intervención sobre la sintomatología del TEPT, así mismo, las participantes establecerán compromisos con ellas mismas para llevar a cabo las técnicas cuando lo requieran.
Técnicas y/o Estrategias	Evaluación Posttest. Plenaria Grupal.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de Tareas	Realizar el análisis de las tareas encomendadas en la sesión anterior.	Técnicas de Inoculación del Estrés.	Plenaria en grupo para conocer las técnicas que mejor les haya servido.	- Salón amplio. - Cuestionario sobre eficacia de las técnicas. - Formatos correspondiente	20'

				S.	
Cierre de la Intervención	Conocer la experiencia de las participantes con respecto a la intervención y generar un compromiso en ellas.	Experiencia en la intervención.	- Plenaria en grupo. - Dinámica: “Me comprometo a...”	Salón amplio.	40´
Evaluación Final	Mediante instrumentos de evaluación conocer si la intervención resultó significativa.	- Inventario de Depresión de Beck - Escala de Autoestima de Rosenberg. - Inventario de Cogniciones Postraumáticas.	- La facilitadora aplicará a las participantes los diferentes instrumentos. - Agradecimiento por su participación.	- Fotocopias de los Instrumentos de evaluación. - Lápices.	30´
Seguimientos	Medir si las conductas saludables se mantienen al primer y tercer mes de la intervención.	- Inventario de Depresión de Beck - Escala de Autoestima de Rosenberg. - Inventario de Cogniciones Postraumáticas.	La facilitadora aplicará a las participantes los diferentes instrumentos.	- Fotocopias de los Instrumentos de evaluación. - Lápices.	30´

2. ANEXOS

2.1 Descripción detallada de las actividades.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
“Cesta de Frutas”	Que las participantes se presenten ante el grupo de una manera divertida, logrando así, generando así un clima relajado y de confianza.	Se colocan en círculo el mismo número de sillas que integrantes haya en el grupo, el animador permanece de pie para realizar esta dinámica rompe hielo. La facilitadora asigna a varias personas el nombre de una fruta, incluso a él mismo. Por ejemplo, tres personas son peras, seis son plátanos, cinco naranjas y seis fresas. La facilitadora grita el nombre de dos frutas y, entonces, las personas con esas frutas deben levantarse y cambiar de asiento. Quedará una persona sin sentarse, esta se presentará y gritará el nombre de otras dos frutas para conseguir un sitio.	Sillas	20´
“Técnica de Lluvia	Definir las reglas básicas	A partir de una pregunta generadora	Rotafolios	20´

de Ideas”	a seguir para la realización positiva de la Intervención. Favorecer la participación múltiple de las participantes, enfocándola hacia un tema específico, de forma estructurada y sistemática.	planteada por la facilitadora, las participantes expondrán sus opiniones, para que al finalizar se establezcan los acuerdos.	• Marcadores	
“Técnica de Control de la Respiración”	Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas.	La facilitadora dará las instrucciones para la realización de esta técnica con las siguientes variantes: Ejercicio 1:Inspiración abdominal El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe de percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la	• Música de Relajación. • Esencias aromáticas. • Tapetes • Espacio amplio	20´

		situada sobre el estómago. Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre. Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho. Ejercicio 4: Espiración Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de		
--	--	---	--	--

		forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada. Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estomago y pecho). La espiración se hace parecido al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso. Ejercicio 6: Sobregeneralización Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, solo, etc.		
--	--	---	--	--

Dinámica “ El Autobús”	Generar confianza entre las participantes.	Se colocan dos bancos paralelos separados en 1,20m (se pueden sustituir por dos hileras de sillas juntadas unas frente a otras. Los jugadores toman asiento en los dos bancos frente a frente lo más juntos posible. Un jugador de pie en el centro, es el revisor y avisa las paradas (elegir nombre de las paradas del metro, autobús o tranvía de la propia localidad) Cada vez que el revisor nombra una parada los jugadores se cambian entre sí de sitio. Si el conductor anuncia cambio de dirección, todos los jugadores tienen que abandonar los bancos, salir del autobús, dar corriendo una vuelta alrededor del mismo, y entrar de nuevo obligatoriamente por el mismo lado (fijado de antemano). El revisor debe dar el ejemplo. Se aprovecha del desplazamiento de los jugadores para encontrar un sitio. El jugador que se queda de pie se convierte a su vez en revisor y el juego continúa.	• Espacio amplio • Sillas	10´
Técnica de Detención del	Detener los pensamientos negativos que aumentan el nivel de	1. Identificación de los pensamientos negativos que aumentan el nivel de ansiedad.	• Formato de apoyo para detención del	20´

Pensamiento	ansiedad.	2. Identificar pensamientos alternativos (pensamientos positivos) 3. Adoptar una frase corta e imperativa que detenga el pensamiento negativo, por ejemplo, “basta”, “no más”, entre otros. 4. Identificar pensamientos que pueden ayudar a distraerse. Procedimiento: entrenar a la participante para que cada vez que le surjan pensamientos negativos utilice la(s) frase(s) corta(s) que haya adoptado para detenerlo y posteriormente enfocarse en el pensamiento que le genere distracción. Para que esta técnica funcione no basta con saberla: hay que practicarla (“entrenarla”). Por ello es conveniente ensayarla todos los días hasta que se domine, dedicándole unos minutos.	pensamiento.	
Dinámica “El lavacoches”	Favorecer la afirmación, el sentirse querido y	El grupo forma dos filas, mirándose una a otra. Cada pareja, frente a frente, se	• Espacio amplio	10´

	acogido por el grupo	convierte en una parte de una máquina de lavado de coches, haciendo los movimientos adecuados. Acarician, frotan y palmean al "coche" mientras pasa a través del túnel de lavado. Al llegar al final, se incorpora a la máquina, mientras otra persona reinicia el juego: Así sucesivamente, hasta que todos los participantes han sido "lavados".		
Dinámica “El cofre mágico”	Reflexionar acerca de la importancia que tiene el poder dedicar un tiempo a mirarnos para poder querernos más y mejor.	Se pregunta al grupo: “¿Quién es para ustedes la persona Más especial en el mundo entero? Tras la respuestas del grupo, se continua diciendo: - “Yo tengo una caja mágica, en el interior de la cual tendréis la oportunidad de mirar a la persona más importante en el mundo” Se pide a cada persona que se acerque y mire el interior de la caja mágica y que después regrese a su sitio y que mantenga en secreto este hallazgo (nadie puede	• Caja pequeña • Espejo dentro de la caja.	10´

		hablar después de mirar la caja). Cuando todo el grupo ha mirado la caja, se pregunta: “¿Quién fue la persona más importante que vimos en la caja mágica?” Se pregunta al grupo: “¿Cómo se siente cada uno de ellos al ver que son las personas más importantes?”		
Entrenamiento en Solución de Problemas	Que las participantes adquieran las habilidades para poder solucionar los problemas de manera asertiva.	1. Identificar las situaciones problemáticas. 2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara. 3. Hacer una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "lluvia de ideas" para	• Rotafolio • Marcadores • Hojas blancas • Lápices	20'

		conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de lluvia de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos. 4. Ver las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica. 5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?. Si no es así buscaremos nuevas alternativas al problema.		
--	--	---	--	--

Técnica de Entrenamiento Asertivo	Que las participantes puedan expresar directamente los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.	6.	•	