



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES ECUATORIANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Andrea Moraima Chicaiza Nugra

Director:

Ps. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Ms.

Ambato – Ecuador

Octubre 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

**EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES ECUATORIANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

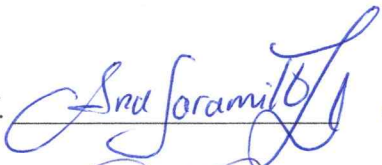
Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

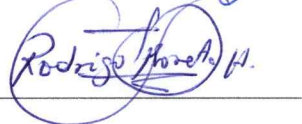
Autora:

Andrea Moraima Chicaiza Nugra

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Ps. Cl. Mg.
CALIFICADOR

f. 

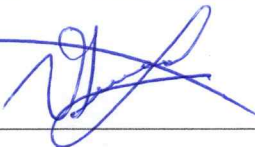
Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Catherine Nathaly Shuguli Zambrano Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, Mg. PhD.
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.  

Ambato – Ecuador
Septiembre 2022

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **ANDREA MORAIMA CHICAIZA NUGRA**, con CC. **180496515-8** autora del trabajo de graduación intitulado: **EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES ECUATORIANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA** previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia de referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, septiembre 2022



ANDREA MORAIMA CHICAIZA NUGRA

CC. 1804965158

DEDICATORIA

A mis padres.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus bendiciones infinitas.

A mis padres Luis Chicaiza, Ana Nugra y Fanny Chicaiza por su confianza, amor y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida. A mis hermanos que estuvieron pendientes de mí y a mi novio que estuvo a mi lado en todo momento y me alentó a cumplir con mis metas y objetivos.

Agradezco a la Ps. MS. Ana Jaramillo Zambrano, quien predispuso su conocimiento y apoyo a lo largo de todo mi proceso de titulación.

RESUMEN

Este proyecto de titulación tiene por objetivo analizar la relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. Por consiguiente, se ocupa una investigación de tipo cuantitativa, con alcance descriptivo correlacional y de corte transversal. A través el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) los resultados muestran una tendencia alta a la evitación experiencial ($\bar{X} = 30,58$) y la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático, los datos demuestran que el 71,7% presentan TEPT moderado. El estudio, se llevó a cabo con una muestra de 60 mujeres víctimas de violencia, cuyo rango de edad oscila entre los 18 y 60 años con una media de 35,00 años. Respecto a los resultados obtenidos muestran que existe una correlación positiva y moderada ($r = 0,729$) entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en esta población. Asimismo, se reconoce el impacto de la evitación experiencial en la intensificación sintomatológica del trastorno de estrés postraumático debido a la inflexibilidad psicológica que adquiere el sujeto tras su comportamiento evitativo. Por ende, se concluye que la relación entre ambas variables es significativa y tiene un alto nivel de influencia entre sí.

Palabras clave: evitación experiencial, mujeres, estrés postraumático, violencia.

ABSTRACT

The aim of this study to analyze the relationship between experiential avoidance and posttraumatic stress disorder in Ecuadorian women victims of violence. Therefore, this is quantitative research, with a descriptive, correlational and cross-sectional scope. The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) results show a high tendency to experiential avoidance ($X = 30.58$) and the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (PTSD-Revised), data show that 71.7% have moderate PTSD. The study was carried out with a sample of 60 women victims of violence, whose age range went from 18 to 60 years with an average of 35,00 years. The obtained results show that there is a positive and moderate correlation ($r = 0.729$) between experiential avoidance and posttraumatic stress disorder in this population. Moreover, the impact of experiential avoidance on the symptomatological intensification of posttraumatic stress disorder is recognized due to the psychological inflexibility acquired by the subject after his or her avoidant behavior. Therefore, it is concluded that the relationship between both variables is significant and has a high level of influence on each other.

Keywords: experiential avoidance, women, posttraumatic stress, violence.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	8
1.1. Violencia.....	8
1.2. Trastorno de Estrés Postraumático.....	24
1.3. Consideraciones previas: Terapia de Aceptación y Compromiso	39
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	46
2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance	46
2.2. Técnicas e Instrumentos	48
2.3. Población, muestra y muestreo	54
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	62
3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos	62
3.2. Análisis descriptivo de EGS-R	62
3.5. Análisis Correlacional del TEPT y EE.....	65
3.6. Verificación de hipótesis	67
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS.....	95

INTRODUCCIÓN

El presente estudio, se enfoca dentro de la sección de salud integral, determinación social y desarrollo humano como línea investigativa. Su ejecución tiene como fin identificar la relación existente entre la evitación experiencial (EE) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. A través de un estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal. Respecto a la estructuración del estudio, se encuentra constituido por tres capítulos: I) marco teórico o estado del arte, II) marco metodológico, III) resultados, conclusiones y recomendaciones. Por ende, en este trabajo, se detallan las variables de trastorno de estrés postraumático y evitación experiencial, así como datos generales sobre la violencia de género para brindar una perspectiva más profunda.

Estudiar las variables entorno a sus definiciones y características, da lugar a profundizar de manera global la temática. Por esta razón, es importante conocer los antecedentes investigativos tanto de la evitación experiencial (EE) como del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia. En la actualidad, es posible encontrar varias investigaciones acerca de la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia (Hien & Ruglass, 2009; Cova, Rincón, Grandón & Vicente, 2011; Soto-Zentella, Zarco-Cárdenas, López-Martínez, Guzmán-Díaz & Cisneros-Herrera, 2022). No obstante, Langer y Lawrence (2009) mencionan que los estudios sobre las consecuencias de la violencia de género son extensos pero las investigaciones sobre la EE y su incidencia en la perpetuación de determinados trastornos psicológicos es limitada. A continuación, se exponen varios estudios acordes a la temática.

Respecto a la variable de trastorno de estrés postraumático su prevalencia en un estudio realizado por Aguirre y otros (2010) en una muestra de 42 mujeres, más del 50% presentó sintomatología de estrés postraumático y un 40,5% evidenció TEPT. Con relación a las consecuencias del trastorno estas persisten a lo largo del tiempo, puesto que, en un 39,3% de los síntomas continuaban a pesar de haber terminado la relación de abuso. Del mismo modo, la situación de violencia que más prevalece para el desarrollo de TEPT en este estudio es la violencia psicológica, seguida de la violencia física y sexual. Un 81% menciona haber sido

obligada a mantener contacto sexual si su consentimiento y alrededor de un 45% haber sido víctima de violencia física leve. Para concluir, las mujeres enfatizan en que la ayuda psicológica es un componente fundamental para superar el trauma, por lo tanto, ratifican su fortalecimiento en las posibles intervenciones.

En la investigación realizada por Saquinaula-Salgado, Castillo-Saavedra y Rosales (2020) que tuvo como finalidad determinar la relación entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático en una población de 105 mujeres. Se encontró que un 43,8% de las mujeres sufrieron violencia severa y moderada. Con respecto al TEPT el 23,8% presentaron síntomas de TEPT no severo y un 14,3% TEPT severo. Por lo tanto, el análisis demuestra que existe una asociación positiva y significativa entre ambas variables. Así mismo, se halló correlación entre la violencia sexual, física y psicológica con el desarrollo de TEPT. Lozano, Gómez de Terreros Guardiola, Avilés y Sepúlveda García de la Torre (2017), señalan que la violencia sexual es un gran estresor debido que, son eventos con altos niveles de agresividad. Además, de que son continuados y perpetuados por meses e incluso años en una relación de abuso, por lo tanto, a largo plazo generan TEPT.

Por otro lado, Ferrel, Ferrel, Cañas-Herazo, Barros y Yáñez (2020) realizaron una investigación para conocer la relación existente entre el estilo de vida y estrés postraumático en mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual. Los resultados del estudio señalaron que el 80% de las mujeres desplazadas víctimas de violencia sexual tenían un nivel crónico de estrés postraumático. En comparación a un 35% de mujeres que fueron únicamente desplazadas. La investigación no logró comprobar una correlación entre el estilo de vida y el estrés postraumático.

Pero sí evidenció un mayor deterioro en el estilo de vida de las mujeres desplazadas víctimas de violencia sexual. Así mismo, respecto a la prevalencia de estrés postraumático especialmente en los niveles de reexperimentación del suceso este fue elevado en dicho grupo. En definitiva, existe una íntima correlación entre el estrés postraumático y la violencia ejercida en las mujeres, puesto que, son actos prolongados de ataque.

En otro contexto, en un trabajo realizado en una población de 114 mujeres, las cuales, fueron víctimas de agresión física, sexual y abuso psicológico. El estudio tuvo la finalidad de evaluar la asociación sintomatológica del TEPT y los esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres víctimas de violencia conyugal. De acuerdo con Calvete, Estévez y Corral (2007), los resultados refieren que 77 mujeres, es decir más del 60% cumplían con los criterios diagnósticos de TEPT, por lo tanto, existe una íntima relación entre la violencia de género y el desarrollo del trastorno.

A su vez, las cogniciones de las mujeres con TEPT tenían puntuaciones altas en las variables como dependencia, aislamiento social, culpa, entre otras. A excepción de los esquemas de abuso psicológico, privación emocional y fracaso. Finalmente, a manera de conclusión el estudio demostró que el TEPT media la asociación entre la violencia y los esquemas cognitivos considerados negativos, puesto que, el suceso traumático o trauma tiene la capacidad de generar cambios en las cogniciones.

En torno a la evitación experiencial (EE) en víctimas de violencia, existen algunos estudios realizados únicamente en mujeres caucásicas. Por esta razón Merwin, Zachary-Rosenthal y Coffey (2009) realizaron una investigación con una muestra étnicamente diversa de 190 mujeres y 473 mujeres caucásicas. El objetivo del estudio fue conocer si en ambas muestras al igual que en otras investigaciones la EE media la relación entre la victimización sexual, el TEPT y/o depresión.

Los resultados de varianza demostraron que en ambos grupos las medidas de EE, sintomatología de TEPT y depresión no difirieron. Así mismo, se comprobó que la evitación de la experiencia es similar en varios grupos socioculturales de Estados Unidos. También, se pudo exponer con base en otras investigaciones que la victimización sexual pronostica la EE, la que a su vez predice la depresión y la sintomatología de TEPT. En conclusión, las tres variables antes mencionadas están correlacionadas entre sí, puesto que, la EE es un proceso subyacente a la depresión, TEPT y victimización sexual.

Los estudios sobre la EE son relativamente nuevos, pero diversas investigaciones lo plantean como un fenómeno subyacente de otros trastornos, sobre todo los trastornos de ansiedad. Patrón-

Espinosa (2013), realizó un estudio con el fin de identificar diferencias en los niveles de EE entre personas que tienen y no tienen un diagnóstico psiquiátrico. La muestra fue de 108 participantes, se dividieron cuatro grupos de 27 personas: sin diagnóstico clínico, ansiedad, depresión y trastorno psicótico. Inicialmente, los estudios demostraron que los niveles de EE en personas sin diagnóstico clínico eran menores en comparación a los tres grupos diagnosticados. Estos resultados eran los esperados, sin embargo, la EE entre los grupos con algún diagnóstico no fueron concluyentes. Debido que, los trastornos de ansiedad y depresión tuvieron niveles de EE similares, pero el trastorno psicótico obtuvo niveles menores. Por lo cual, el fenómeno de la EE es más evidente en los trastornos antes mencionados, no obstante, es importante estudiar más a fondo el papel que juega en diferentes trastornos mentales, como el TEPT.

Por otra parte, Craig, Ray-Sannerud y Heron (2015) ejecutaron un estudio para conocer los efectos protectores de la flexibilidad psicológica en veteranos de guerra. Se sabe que los conflictos bélicos son uno de los eventos traumáticos predisponentes para desarrollar TEPT (González-González, 2014). En el estudio los autores hallaron que, a mayor flexibilidad psicológica en los sujetos, el estrés postraumático era menos severo, así como la depresión.

En este punto, es importante mencionar que los dos aspectos primordiales de la inflexibilidad psicológica son la evitación experiencial y la fusión cognitiva (Greco & Hayes, 2008). Por tanto, a partir de esta investigación cabe inferir que de existir mayor evitación experiencial mayor sintomatología de estrés postraumático. Debido que las estrategias de afrontamiento del sujeto en su mayoría están basadas en el escape de recuerdos u otros eventos privados.

Conforme la información presentada, se valora que los resultados cuantitativos de los estudios sobre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático varían conforme a las poblaciones escogidas y sus características. Esto da a conocer que la dinámica entre ambas variables depende del contexto y de la situación traumática a la que el sujeto fue sometido. En algunas investigaciones, se pudo conocer que la violencia sexual o de género si es un factor predisponente para el desarrollo de TEPT.

Al igual que la evitación experiencial al ser un trastorno transdiagnóstico mantiene los niveles de dicho trastorno. Por esta razón, surge la necesidad de indagar en la relación existente entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia, por lo tanto, es pertinente ejecutar la investigación.

Respecto a la problemática, se observa que la exposición a situaciones traumáticas como la violencia causa estados de terror e indefensión, pérdida de identidad y autonomía, entre otras consecuencias (Ebert & Dyck, 2004). La investigación sugiere que el TEPT es la principal consecuencia en mujeres víctimas de violencia; por lo cual, las intervenciones psicoterapéuticas enfatizan en su tratamiento (Torres, 2014).

No obstante, los altos grados de evitación cognitiva y/o experiencial funcionan como mecanismos de defensa frente al sufrimiento humano, pero a largo plazo limita la vida del sujeto, por lo cual, no logra alcanzar un nivel de satisfacción personal oportuno (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005). Dicha variable no se ha estudiado en el contexto ecuatoriano en casos de violencia de género, a pesar de ser un factor común en la mayoría de las psicopatologías puesto, que se basa en la búsqueda de control de los eventos privados (Gómez-Martín, López-Ríos & Mesa-Manjón, 2007).

El desconocimiento de la incidencia de la EE en el mantenimiento de un trastorno genera un sesgo en la práctica clínica, puesto que, no se perciben las propiedades topográficas y funcionales de la conducta que sostienen un comportamiento desadaptado. La falta de investigación sobre la relación entre ambas variables resulta complicada, pero al mismo tiempo motiva a continuar con el estudio para conocer su dinámica.

Por lo tanto, se hipotetiza que existe una relación entre el mantenimiento del trastorno de estrés postraumático y la evitación experiencial. Desde esta perspectiva, se busca conocer si a mayor nivel de evitación experiencial en mujeres víctimas de violencia, mayor sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Por este motivo, esta suposición es sometida a comprobación a partir de los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Analizar la relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar teóricamente sobre la evitación experiencial y del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia.
2. Evaluar los niveles de la evitación experiencial y del trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia.
3. Desarrollar un análisis estadístico descriptivo y correlacional de la evitación experiencial y del trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia.

Para la consecución de los objetivos expuestos, se ejecuta un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional, entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático. En una muestra de mujeres ecuatorianas de las provincias de Tungurahua, Chimborazo, Orellana, Azuay, Cotopaxi, Pichincha y Carchi. Conjuntamente, se diseña en la aplicación *Google Forms* la versión digital de los instrumentos psicológicos del estudio con algunos apartados correspondientes a la carta de consentimiento informado y la ficha sociodemográfica.

Los instrumentos son: el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) creado por Bond y colaboradores (2011); la versión, que se utiliza en la presente investigación es la adaptada al español y evaluada en Colombia por Ruiz y colaboradores (2016) para medir a variable de evitación experiencial y la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático creada por Echeburúa y colaboradores (2016) en su versión español modificada y actualizada de la Escala de Gravedad de síntomas (1997).

El principal objetivo de esta investigación es determinar si existe una correlación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático. De este modo, el estudio pretende

aportar con los resultados obtenidos información que es útil a la hora de establecer programas de intervención. De igual manera, la información proporcionada es valiosa para los docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, puesto que, al conocer que existe una correlación entre ambas variables este conocimiento es transmitido a las aulas de clase.

Por lo tanto, los estudiantes y docentes tienen la posibilidad de conocer la importancia de estas variables en los casos de violencia de género, así como, estimarían las mismas variables para realizar diversos estudios. Por otra parte, en Ecuador son escasas las investigaciones referentes a la temática del trastorno de estrés postraumático, sobre todo de la evitación experiencial que es más estudiada desde el enfoque conductual-contextual de la psicología, por lo que resulta oportuno ahondar en este tema.

Finalmente, de comprobarse la hipótesis previamente establecida los resultados obtenidos permitirán conocer las dimensiones en las que existe o no una relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático. Esta información posibilita plantear nuevos mecanismos de control e intervención adecuada en las mujeres víctimas de violencia.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Violencia

Definición

El concepto de violencia ha sido planteado desde diferentes perspectivas disciplinarias: psicología, derecho, filosofía, antropología, entre otras; sin embargo, la mayor parte de los autores acepta la definición de violencia como el maltrato físico o uso de la fuerza intencionada a causar daño a otra persona y Jean Claude Chesnais (1981) citado en Blair, (2009), asevera este concepto a continuación:

En sentido estricto, la única violencia medible e incontestable es la violencia física. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien. (p. 13)

La conceptualización alude a la violencia perpetuada en París en la cual existía una precaria definición jurídica de la violencia, por lo cual, la restringe entorno a las consecuencias o evidencias físicas. En efecto, las sociedades dan lugar a un tipo de violencia específico según el momento histórico, esta definición se basa en un ente colectivo abstracto como el Estado. A partir de dicha connotación, se perfila y propone una definición acorde a la acepción inicial de la noción de violencia. Según Taboada (2010), teorizar y conceptualizar el fenómeno de la violencia es consustancial en sí mismo y al sujeto, porque resulta un proceso regresivo. Además, desde una perspectiva más amplia el uso de la fuerza, también, tiene una implicación moral, la cual va por encima de su carácter de violencia política, sexual y social, es decir, éticamente, se incluyen todas en la actualidad.

Desde otra perspectiva, Domenach (1980) menciona que la violencia es: “uso de una fuerza abierta o escondida, con el fin de obtener de un individuo o un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente” (p. 9). En primer lugar, la conceptualización es más amplia, puesto que, es concebido desde el ámbito comportamental (uso de la fuerza) como desde el ámbito

psicológico, las relaciones de dominación/subordinación, amenazas y otras formas de violencia naturalizadas. La conducta violenta es específicamente humana, en el sentido que el sujeto goza de libertad para decidir dañar a otros. Adicionalmente, uno de los elementos que problematizan la violencia es el contexto. Sin embargo, es invisibilizado debido que, busca la causa de la violencia en las características de las víctimas y victimarios. Es decir, no se considera el contexto histórico social o antecedentes desencadenantes, solo asume que el acto violento, se origina y termina en el momento en que sucede (Wertham, 1971).

En el mismo orden de ideas, es importante recalcar que la dinámica del acto violento está compuesta tanto por la intención o voluntad de un sujeto o grupo para causar daño, así como la poca posibilidad de defensa o involuntariedad de la persona que es sometida (víctima/s); si estos elementos, se evidencian en un acto, se habla de violencia. Por último, las coacciones dirigidas a causar daño y perjudicar el desarrollo, también, son de tipo psíquico, simbólico y físico (Cuervo, 2016). Por lo tanto, la intencionalidad con la, que se ejerce una acción, también, es problemática, puesto que, el agravio percibido por la víctima es real y negativo. La violencia no solo es medible, observable y perceptible por un tercero, también, es encubierta.

Ciclo de la Violencia

La manipulación global que el agresor tiene sobre la víctima, en la mayor parte de casos impide que logre reconocer el patrón o ciclo de violencia que vive; en las mujeres el agresor casi siempre es el cónyuge. Jáuregui (2006) menciona que el ciclo de violencia cumple con una estructura progresiva hasta llegar a la muerte a menos, que sea interrumpida. El autor manifiesta que el primer escalón es la violencia psicológica, luego la violencia verbal, violencia o agresión físicas y sexual hasta llegar al homicidio o suicidio de la víctima.

La información y apoyo exterior que recibe una persona es primordial a la hora de abandonar este tipo de relaciones. Walker (1979) citado Gómez, Hormigos y Perelló (2019) sugiere que existen tres fases del ciclo de violencia: fase de acumulación de tensión, fase de agresión y fase de luna de miel o conciliación.

Autores como Walker (1979), Nogueiras (2006) y Paz (2009) defienden las siguientes fases del ciclo de violencia:

- **Fase de acumulación de tensión:** El agresor adopta una actitud irritable e iracunda, por lo cual, el comportamiento de su pareja le resulta extremadamente fastidioso. A menudo la víctima intenta arreglar el problema, pero el victimario reacciona de forma más agresiva. En medio de esta confusión la mujer evita el contacto con su agresor, sin embargo, estas actitudes enfadan más al victimario, por lo cual, empieza a culpabilizar a su víctima. De acuerdo con Yugueros (2015), en esta etapa inicial predomina la violencia verbal, amenazas, prohibiciones, etc. No obstante, estas actitudes lejos de ser señales peligrosas suponen ser muestras de amor y generan dependencia, sumisión, sentimientos de culpabilidad y justificación del comportamiento errado por parte de su pareja.
- **Fase de explosión violenta:** El victimario pierde el control y agrede física, sexual y verbalmente a la mujer y a sus hijos, a través de insultos, chantajes o intimidaciones. Anteriormente, la víctima asumió la culpa de la situación y se siente débil e impotente. Por lo cual, entra en un estado de indefensión aprendida en la cual otorga todo el poder a su agresor. En algunas ocasiones esta fase termina con la muerte de la víctima. Lorente (2009) resalta que, en esta fase el alcohol u otras drogas actúan como un factor desencadenante o como excusa del agresor para defender su conducta.
- **Fase de Luna de Miel:** Ulteriormente a la agresión, el victimario alega estar arrepentido por sus acciones y pide perdón. Para conseguirlo adopta un comportamiento atento y servicial, de tal manera que la víctima siente que tiene algo de poder dentro de la relación. Aun así, lo que realmente significa es que el agresor recupera la dependencia emocional de su pareja. Una vez que él consigue el perdón, se siente seguro y suspende sus actitudes encantadoras para retomar las antiguas. Desde esta perspectiva es él quien controla cuando empiezan y terminan los ciclos de violencia.

Por otra parte, Collett y Bennett (2015) manifiestan que existen cuatro fases del ciclo de la violencia: “fase de creación de tensión, fase incidente o explosión, fase de reconciliación y fase de luna de miel. A continuación, una breve explicación sobre la fase de reconciliación:

- **Fase de reconciliación:** La víctima busca ayuda externa ya sea familiar o institucional, pese a todo lo que ha atravesado la búsqueda no es inmediata. Además, el abusador mantiene el control sobre sus víctimas y culpabiliza su conducta a situaciones externas como el alcohol u otros factores. Se disculpa y amenaza a su víctima de forma más sutil como el autolesionarse si no están juntos, para generar empatía.

Los ciclos de violencia son repetidos y varían en cuanto al tiempo de duración, sin embargo, cada vez son más violentos e intensos (Breiding, 2014). La violencia contra la mujer, se ha convertido en un problema social en proceso de erradicación. En consecuencia, existen varias colectivas de apoyo femenino que tienen el objetivo de informar y hacer conscientes a otras mujeres sobre los tipos de violencia, modalidades, machismo, sexismo, etc.

El proceso de recuperación de una mujer víctima de violencia es extenso y complicado; sin embargo, el objetivo de estas organizaciones es guiar el desarrollo de la mujer hacia su empoderamiento, explotación de sus capacidades y la valoración de sí mismas. Esta autoafirmación refuerza la decisión de la víctima a buscar alternativas frente a los factores inhibidores o psicosociales a los, que se ve atada (dependencia económica, escaso apoyo familiar, entre otros) (Amor & Echeburúa, 2010).

Tipos y modalidades de violencia contra la mujer

Los problemas sociales casi siempre son reconocidos por entidades del Estado y tratan de proporcionar soluciones o proyectos. En la misma línea existen otro tipo de organizaciones como las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que tienen el objetivo de visibilizar las problemáticas y asistir las con posibles resoluciones. En cuanto a la erradicación de la violencia contra la mujer las acciones implementadas para mejorar esta situación en su mayoría son de organismos gubernamentales y no gubernamentales tanto en ámbitos nacionales como internacionales de diferentes países del mundo (Cantú-Martínez, 2021).

En el Ecuador La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres clasifica a los tipos de violencia de la siguiente forma: violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, política y gineco-obstétrica. Por otra parte, la modalidad de violencia contra la mujer, es decir, la forma y contextos en los, que se manifiesta está comprendida en: intrafamiliar, educativo, laboral, deportivo, institucional, mediático y cibernético, en centros de privación de libertad, en espacios públicos, centros de salud y en emergencias o situaciones humanitarias (Asamblea Nacional República del Ecuador , 2018).

Varios autores coinciden en la clasificación de los tipos de violencia, en este caso Águila, Hernández y Hernández (2016) señalan los siguientes:

- **Violencia física:** Aquella que es visible por terceros y causa daño, dolor o incluso la muerte debido a los golpes, agresiones y castigos inmensurables que amenazan la integridad física de la mujer; es el maltrato basado en contusiones, quemaduras, apuñaladas, dislocaciones, heridas internas, etc.
- **Violencia psicológica:** Es encubierta y difícil de detectar tanto para la víctima como para las personas de su entorno porque el victimario, se muestra amable y encantador. La manipulación emocional, control y comportamiento abusivo es tan fuerte y prolongado al punto de naturalizar una relación basada en insultos, amenazas, burlas, humillaciones, desprecio, entre otras actitudes destinadas a desestabilizar la integridad psíquica, causar sentimientos de indefensión, baja autoestima y poca dignidad en la víctima.
- **Violencia sexual:** Es la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de una persona puesto que, es obligada a prácticas sexuales sin su consentimiento, se efectúa a través de la intimidación e indefensión. Por ejemplo, el impedimento del uso de métodos anticonceptivos, forzar al acto sexual a través de la violencia física, menosprecio sexual, la transmisión de enfermedades sexuales, entre otras acciones.

Por otra parte, según la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Capítulo I. Art. 10 con base en al Código Orgánico Integral Penal (COIP) y la Ley agrega los siguientes tipos de violencia:

- **Violencia económica y patrimonial:** Es la apropiación arbitraria, retención o hurto de los bienes y recursos económicos de la víctima por parte de su agresor, con el objetivo de fortalecer su dominio. Este tipo de violencia se caracteriza por el control excesivo de las remuneraciones económicas de la mujer, limitación financiera para satisfacer sus necesidades o a su vez impedirle acceder a un puesto de trabajo.
- **Violencia simbólica:** Es toda acción, símbolo, ícono o mensaje basado en una construcción social sobre el comportamiento con base en al género que perpetúan la desigualdad, discriminación, exclusión o rechazo hacia las mujeres.
- **Violencia política:** Es aquella que niega o menosprecia la participación de las mujeres en cargos públicos, militantes o lideresas políticas; también, son las amenazas a las que son sometidas para ejercer un cargo que no desean.
- **Violencia gineco-obstétrica:** Es la obstrucción para recibir servicios de salud gineco-obstétricos con base en a una percepción personal o social, por ejemplo, la esterilización forzada, limitación de métodos anticonceptivos, impedimento de aborto, medicalización abusiva, es decir, es la pérdida de autonomía sobre su cuerpo y sexualidad.

Reconocer los tipos y modalidades de la violencia coadyuba al proceso de erradicación de este problema, puesto que, se aborda desde la sensibilización y la necesidad de una transformación mental y cultural. Oneida (2020) menciona que la violencia de género persiste debido a la composición de las estructuras sociales como la educación, la familia, el estado, medios de comunicación y el entorno en general que consiente la desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres.

Finalmente, es importante añadir que todos los tipos de violencia ponen en contacto a las mujeres con el servicio sanitario, sobre todo en la violencia sexual. Por lo cual, García-Moreno y otros (2015) señala que los servicios públicos, especialmente los servicios sanitarios cumplen

un papel muy importante en cuanto a la prevención y mitigación de las consecuencias de la violencia contra la mujer. La intervención de este organismo es fundamental, al tratar con problemas asociados como la depresión, abuso de sustancias, violencia intrafamiliar, entre otros. Dado que, permite que la víctima, se contacte con un agente externo y pida ayuda.

Violencia basada en el género

Para Mejía (2015) el género enfatiza en elementos simbólicos que asignan intrínsecamente los roles, personalidades e identidad de los hombres y mujeres a razón de lo colectivamente aceptado. En otras palabras, lo plantea como un sexo socialmente construido basado en las representaciones, símbolos y valores de una comunidad. El ser humano es un ser social, por consiguiente, su interacción con el medio influye en el moldeamiento de su conducta, adopción de creencias, tradiciones y cultura, entre otros aspectos (Páramo, 2017).

En el mismo orden de ideas, López (2015) refiere que el género es una construcción social, cultural y psicológica. Debido que conceptualiza la identidad y diferencias comportamentales de las personas, basados en el sexo e insertados en una relación asimétrica. Es así como la misma sociedad consciente el hecho de que los victimarios sean los héroes del machismo. La violencia y la agresividad son socialmente aceptadas y se interpretan como medios que tiene el sujeto para establecer orden y equilibrio entre sus relaciones. Por lo tanto, se instauran patrones conductuales determinantes para hombres y mujeres.

En los últimos años la violencia basada en el género (VBG) ha tomado fuerza en el campo mediático, legal y social, por lo cual, ya no es un problema privado y es identificado y tratado como un problema de interés público. La violencia hacia la mujer es muy común y las investigaciones demuestran que 1 de cada 3 mujeres han sido víctimas de violencia sexual, física o psicológica por lo menos una vez en su vida (Organización de las Naciones Unidas, 2017).

Diferentes organizaciones y grupos activistas han desarrollado programas para prevenir y ayudar a las mujeres que han sido víctimas de violencia. Sin embargo, para erradicar este problema la participación e intervención coordinada de instituciones sociales, políticas y la

comunidad es fundamental puesto que, la existencia de espacios seguros para las mujeres las anima a denunciar y a desarrollar su autonomía (Arrom *et al.*, 2018). Al trabajar de forma integral y multidisciplinaria las víctimas de la VBG reciben los cuidados y amparo que necesitan.

Hoy en día la VBG está íntimamente relacionada con la violencia contra la mujer, dado que, el género femenino ha sido sometido y ultrajado por un sistema patriarcal asentado en el abuso de poder, desigualdad estructural y múltiples formas de violencia (Castro & Riquer, 2012). Para Barón (2019), VBG es cualquier acto que quebranta los derechos de las mujeres por el mero hecho de serlo. Desde hace décadas los derechos de las mujeres han sido oprimidos o menospreciados. En la actualidad son reconocidos, pero no quiere decir que la sociedad los garantice.

Realmente, ser mujer es un factor de riesgo, puesto que, la posibilidad de ser violentada en el trabajo, hogar o la calle es más común de lo esperado. En este sentido, Zambrano, Perugache y Figueroa (2016), señalan que el fenómeno de la VBG se relaciona con: “a) las conductas emitidas durante las interacciones, b) el lenguaje implícito y explícito asociado, y c) con las cogniciones subyacentes” (p. 148). En este sentido, todos estos elementos configuran las relaciones irregulares entre las personas y a su vez perpetúan la desigualdad y estereotipos hacia la mujer.

Incidencia y prevalencia de la violencia a la mujer a nivel mundial

La lucha contra con la violencia a la mujer empezó con el movimiento feminista en la década de los 70 junto con el fenómeno de la Revolución Francesa. Sin embargo, el término violencia de género, se origina en la década de los 90, puesto que, la participación y lucha por los derechos de la mujer, se considera relevante para la sociedad. A partir de este hecho varios organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas (ONU) reconocen esta problemática e implementan varios programas para su prevención y erradicación (Jaramillo-Bolívar & Canaval-Eraza, 2020). La coordinación de los sectores estatales de un país cumple un papel muy importante para la ejecución de políticas públicas. Hoy en día la violencia

de género es un grave problema de salud pública, dado que, la prevalencia va en aumento y las consecuencias en la salud son nocivas (OMS, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (2021), arroja datos exasperantes sobre la situación de las mujeres en el mundo. De acuerdo con un análisis de datos realizado en 161 países y zonas entre los años 2000 y 2018 sobre la prevalencia de esta problemática el 30% de las mujeres (1 de cada 3) ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja o alguien desconocido. Las cifras son más elevadas en la Región de las Américas y el Mediterráneo Oriental, esta prevalencia es en gran parte por los constructos sociales implantados en el imaginario colectivo sobre el comportamiento o derechos que tiene una mujer. Las estimaciones a nivel mundial determinan que entre el 24% y 53% de las mujeres han reportado ser víctimas de violencia por el cónyuge (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2005).

Por otra parte, según Bott, Guedes, Goodwin y Adams (2014), la violencia contra la mujer en América Latina es 2 de cada 3 mujeres asesinadas en base a su género. Finalmente, según la misma fuente a nivel mundial el 38% de los feminicidios son cometidos por la pareja y un 6% ha sido agredida al menos una vez en su vida por la pareja. Para concluir, ONU Mujeres manifiesta que la pandemia COVID-19 ha incrementado los casos de violencia y vulnerabilidad de los derechos de las mujeres en una relación, puesto que, el número de llamadas de auxilio, se quintuplicaron en esta época, esto debido a la limitada interacción de la víctima con el exterior.

En última estancia, también, menciona que alrededor del mundo quince millones de mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años han sufrido abuso sexual por parte de un familiar o pareja íntima. Los casos, se reproducen cada día y amedrenta a la población femenina. No obstante, cuando las organizaciones feministas protestan en contra de la actual sociedad opresora, las culpabilizan y reprobaban. Este tipo de sistema genera miedo y sentimientos de inseguridad en las mujeres porque no existen espacios o personas con las que logren sentirse cómodas y libres.

Prevalencia de la violencia contra la mujer en el contexto ecuatoriano

Los problemas sociales son acentuados o debilitados según el contexto de desarrollo. Al hablar del Ecuador, se caracteriza por ser un país muy tradicional, con ideologías predominantes y en función de la heteronormatividad, por esta razón, las tasas de violencia de género son inquietantes. En el año 2011, el Instituto Nacional de Encuestas y Censos (INEC) realizó la Primera Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres en la que se expresa que un 60,6% de las mujeres ecuatorianas han experimentado algún tipo de violencia. Paralelamente, en cuanto al tipo de violencia a la que fueron sometidas los datos del INEC (2011), presentan: “el 53.9% experimentaron violencia psicológica, el 38% violencia física, y el 25.7% violencia sexual” (p. 10).

Adicionalmente, a partir de la encuesta realizada el 90% de las víctimas continúa la convivencia con su agresor, el 54,9% no considera alejarse del cónyuge definitivamente, el 23,5% se separó por un tiempo, pero retomó la relación y el 11,9% considera separarse terminantemente (Montenegro, 2018). La dependencia económica, emocional y el señalamiento por parte de la sociedad son las principales causas por las cuales, las mujeres no logran abandonar una relación de violencia. Es decir, la víctima permanece con el agresor debido a las limitaciones psicosociales y dificultades laborales en la mayoría de los casos. Además, de algunos factores como el compromiso moral con el matrimonio, aislamiento familiar y social, entre otros (Romero, 2010).

Con posterioridad, el INEC en el año 2019 realiza la Segunda Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU), con los siguientes resultados:

Tabla 1. Prevalencia de Violencia contra las mujeres

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Violencia total	64,9%	31,6%
Violencia psicológica	56,9%	25,2%
Violencia física	35,4%	9,2%
Violencia sexual	32,7%	12,0%
Violencia patrimonial	16,4%	6,1%

Fuente: ENVIGMU (2019, p.7).

Según los autores, la violencia psicológica y verbal es la primera forma de agresión que experimenta una mujer, antes de verse inmersa en un ciclo de violencia difícil de escapar, esto es corroborado con los datos anteriormente presentados. En virtud de una breve comparación, al pasar de los años la violencia total tiene un aumento de 4,3%. Del mismo modo, la violencia psicológica y sexual presenta un incremento significativamente, por lo que son más problemáticas y complejas de erradicar. Es importante mencionar que en el Ecuador la inversión por parte del estado en salud mental es mínimo. Según la Dirección Nacional de Economía de la Salud señala en el año 2014 el monto total para la salud fue de 2 162 millones de dólares y solo el 1,46% fue asignado para salud mental.

La violencia psicológica es alta y los programas de intervención primaria son escasos, por lo tanto, es un fenómeno no tratado adecuadamente. En último término, en el año 2011 la provincia de Tungurahua encabezaba la tabla con un 70% de violencia contra la mujer. Más tarde en el año 2019, aún se encuentra entre las diez provincias con índices altos de violencia con un 70,5% a lo largo de la vida y 31,3% en los últimos 12 meses. Por esta razón es indispensable que la investigación y realización de campañas en contra de este tipo de comportamiento sea más amplia y tome con responsabilidad por parte de los organismos estatales y municipales del país.

Factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es evidente en varios contextos, niveles y en diferentes edades. Aparentemente el principal factor de riesgo de la violencia de género es el hecho de ser mujer dentro de una sociedad improcedente. La Organización Panamericana de la Salud (2013) considera determinados factores individuales, familiares y sociales de las mujeres que en ocasiones son los causantes o protectores de ser víctimas de violencia. Dichos factores, se

relacionan con el nivel educativo, autosuficiencia económica, el empoderamiento, desigualdad financiera y laboral por el género, entre otros.

Con base en la descripción anterior, la mujer es víctima de violencia principalmente en una relación de pareja. Dutton (1995) citado en Puente-Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa y Páez-Rovira (2016), propone un modelo ecológico que explica los factores de riesgo que contribuyen al mantenimiento de la violencia:

- **Nivel macroestructural:** Las características zonales influyen en la conservación de conductas basadas en la violencia en términos generales y en la pareja; aspectos como la política, cultura, economía, etc., coadyuban al mantenimiento de la VBG.
- **Nivel micro:** Las estructuras grupales e individuales que permiten la transmisión de la violencia para no alterar el orden establecido.
- **Nivel ontológico:** Enfatiza en las características individuales o la historia de aprendizaje de la víctima, en un ambiente de abusos.

El modelo presenta un sistema en el que intervienen varios factores determinantes desde un nivel macro hasta el nivel individual. Es una conceptualización ventajosa porque considera la parte relacional del ser humano y enfatiza en la adopción de conductas aceptadas por una comunidad. De forma semejante, este fenómeno social es analizado desde distintas perspectivas. En primer lugar, las colectivas feministas imputan al sistema estructural patriarcal la configuración de los roles de las personas en base en el género. Además, enmarca la responsabilidad de los medios facilitadores o inhibidores de transmisión de información en la sociedad como el sistema educativo, medios de comunicación, tradiciones familiares, entre otros (Ferrer, Bosch, Ramis & Navarro, 2006).

En segundo lugar, los sociólogos enfatizan en el papel del contexto en el, que se desarrollan las personas como determinante conductual. Finalmente, los psicólogos atribuyen el mantenimiento de la conducta agresiva a las diferencias individuales de los sujetos (víctima/victimario) como: rasgos de personalidad, exposición a medios impulsivos y agresivos, confrontaciones, etc.

(Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor & Corral, 2010). Por otro lado, la motivación para asistir a terapia y mejorar la relación de pareja es baja en los agresores. En consecuencia, las tasas de deserción de los programas de intervención fluctúan entre el 25% y 50% (Velasco & Hernández, 2016). Evidentemente, esto significa que el maltrato hacia el cónyuge o excónyuge tiende a preponderar, además, de mantener un clima desfavorable para el desarrollo emocional de la familia (madre e hijos).

A nivel macro los principales factores de riesgo, según Kaya y Cook (2010), son la capacidad de empoderamiento femenino, el nivel de educación y el desarrollo económico de un país. Esto debido que, coexistir en un país económicamente estable y con un nivel educativo superior en las mujeres, da lugar a que adquieran y reclamen sus derechos políticos y sociales. Más aún, el nivel de instrucción e independencia financiera supone una mayor probabilidad de huir de una relación violenta. Por otra parte, en cuanto al empoderamiento el contexto cultural, las creencias religiosas y los conflictos bélicos, también, influyen. Puesto que, al vivir en un país que regido estrictamente a postulados dogmáticos o culturales existe menor posibilidad de libertad, reconocimiento profesional y participación social.

En cuanto a nivel de exosistema los factores de riesgo, se presentan regularmente en la infancia. Un estudio de la *Adverse Childhood Experiences* citado en Sarabia (2018) demostró que un 56% de las personas que no experimentaron alguna situación adversa en la infancia (abuso, consumo de drogas, intentos suicidas, etc.) tenían menores probabilidad de sufrir abuso en la adultez. Mientras que las personas que atravesaron 4 o más sucesos difíciles los factores de riesgo aumentaban significativamente. Así mismo, la prevalencia de violencia contra la mujer en una relación de pareja disminuye conforme aumenta la edad. La madurez cognitiva, emocional y biológica coadyuba a que la persona logre reconocer las señales de maltrato y abandone la relación abusiva. Finalmente, otro factor de riesgo en este nivel es el haber experimentado abusos en la infancia o ser testigo de violencia según (Chan *et al.*, 2011). Sin embargo, no es un factor totalmente predictor de acuerdo con algunas investigaciones.

A nivel ontogénico, los factores de riesgos individuales son las actitudes a favor de la violencia. También, el afecto negativo como: culpa, depresión, vergüenza, miedo, etc. Estos sentimientos

cumplen con una función reparadora para el victimario, de manera que justifica y mantiene el ciclo de violencia. Por lo tanto, la direccionalidad de la violencia es vertical puesto que, va desde lo macro a lo micro, es decir, tiene continuidad de lo social a lo individual (Puente, 2017). Otro factor de riesgo es la condición de embarazo, en este estado las mujeres experimentan mayores niveles de agresión física y sexual. Así manifiesta Castro (2017) en una encuesta a la Federación de Mujeres progresista demostró que un 77% de las mujeres fueron víctimas de violencia en estado de gestación. Mientras que un 17% tuvo un aborto espontáneo a causa del mismo factor.

Asimismo, Hazen y Soriano (2007) señalan que el número de hijos, estatus marital y satisfacción conyugal son factores de riesgo. Según las investigaciones a mayor número de hijos mayor probabilidad de sufrir violencia, puesto que, dependen económica y emocionalmente de la pareja. Las mujeres solteras o separadas a diferencia de las casadas reciben maltratos y abusos con más frecuencia. Por último, el abuso de drogas y consumo son factores de riesgo para ambas partes (víctima y victimario). Lógicamente, una mujer que no tiene independencia económica, trabajo o apoyo familiar tiende a aguantar la relación abusiva porque no cuenta con los recursos necesarios para sobrevivir o enfrentar las situaciones adversas a la separación.

Para concluir, Parra, Quiroz y Rodas (2015) consideran que los principales factores de riesgo son un bajo nivel de instrucción, criarse en un entorno violento, maltrato infantil, abuso de alcohol y otras drogas. El bajo nivel de educación destaca dentro de este grupo, puesto que, al no tener altos niveles de instrucción la víctima no logra acceder a puestos de trabajo bien remunerados. También, la insatisfacción marital, antecedentes de violencia en relaciones pasadas y el estrato socioeconómico son factores de riesgo. La insatisfacción en una relación por su parte conduce a discusiones y maltrato verbal que luego, se convierte en abuso físico. Superficialmente, estos factores de riesgo son comunes en una relación de violencia e influyen fehacientemente en la perpetuación de la agresión a través de los años.

Consecuencias de la Violencia contra la Mujer

Las secuelas después de haber experimentado algún de tipo de violencia por parte de cualquier persona, deteriora y paraliza el trayecto de vida de la víctima a corto y largo plazo. Las

consecuencias psicológicas y físicas son las más preponderantes debido a su nivel de afectación y grado de recuperación. Para Safranoff (2017): “el componente psicológico de la violencia es el predictor más fuerte del estrés postraumático” (p. 617). Algunos estudios revelan que el trastorno de estrés postraumático y la depresión son los problemas de salud mental más comunes. Simultáneamente, se presenta sintomatología de tipo somática, ansiedad e ideación suicida. Con relación a la violencia psicológica la principal consecuencia es la indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, temor y melancolía (García & Matud, 2015).

- **Consecuencias Psicológicas**

Las mujeres maltratadas experimentan alteraciones emocionales constantes, dado que, viven bajo tensión y miedo persistente. El Síndrome de la Mujer Maltrata fue expuesto por la Dr. Walker en 1994 su trabajo, se basó en la indefensión aprendida de Seligman. Por lo tanto, Walker (1994) citado en López (2016) define a este síndrome como una de las principales consecuencias en la salud mental. El trastorno, se caracteriza por la adaptación de la mujer a la relación abusiva para minimizar el dolor.

Sin embargo, este mecanismo de defensa da lugar a distorsiones cognitivas sobre sí mismas, el entorno y las personas de su alrededor. Es así como, la salud mental de las mujeres víctimas de violencia es deteriorada. En consecuencia, este factor es predisponente para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo como la ansiedad, depresión, abuso de sustancias, así como, el trastorno de estrés postraumático que es muy común (Delara, 2016). En definitiva, existe una asociación significativa entre la baja autoestima, sentimientos de descontrol y desesperanza, impotencia, etc., con los trastornos psicológicos, que se desarrollan en este tipo de población (Adams, Bybee, Tolman, Sullivan & Kennedy, 2013).

Un estudio descriptivo realizado una sola vez en el tiempo por Colque (2020) en Perú, provincia de Callao a 380 mujeres en un rango de edad de 14 a 66 años, demostró que la principal sintomatología en las mujeres víctimas de violencia son: depresión, ansiedad, obsesión-compulsión y somatización. Entre los síntomas depresivos, se encuentra la preocupación, tristeza, sentimientos de culpabilidad y soledad. En cuanto a la sintomatología ansiosa está el

miedo, tensión, pensamientos rumiativos negativos e incertidumbre. Los síntomas obsesivos-compulsivos preponderan los pensamientos o ideas constantes, dificultad para decidir y concentrarse y compulsión hacia el orden. Finalmente, los síntomas de somatización son: cefaleas, sensación de un nudo en la garganta, dolor muscular y debilidad corporal.

En el mismo orden de ideas, un estudio realizado por Darcout (2017) en Riobamba a 132 mujeres, demostró que las principales consecuencias psicológicas son la depresión grave, ansiedad, insomnio, sintomatología somática y baja autoestima. La represión de las emociones, sentimientos y el estado de negación de la víctima conlleva a, que se vea inmersa en un cuadro depresivo. A su vez, para tratar este problema consume fármacos que la desestabilizan a nivel biológico y emocional. Por último, la limitada red de apoyo de la mujer agredida la obliga a continuar en la relación, por consiguiente, establece una especie de caldo de cultivo para maltratos repetitivos. El abuso de poder al que está sometida, le impide tener un crecimiento personal, por lo cual, se autosabotea y desvaloriza sus capacidades.

- **Consecuencias Físicas**

La violencia física, se basa en cualquier acto tentativo hacia una persona. En este caso las consecuencias se relacionan con problemas en la salud como lesiones, discapacidad física, heridas, cefaleas crónicas, trastornos del sueño, entre otras. La Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2013), menciona que las consecuencias físicas más usuales e inmediatas son: hematomas, quemaduras, fractura de huesos o dientes. Lesiones graves, que se relacionan con la discapacidad como: lesiones en la cabeza, ojos, abdomen, síndromes de dolor crónico, ETS, entre otros. Por último, este tipo de violencia termina en la muerte por feminicidio.

El maltrato físico sobre todo los golpes en la cabeza tienen un efecto negativo a nivel cognitivo de la víctima. Existe una correlación significativa entre los golpes ejecutados en el cráneo con la gravedad de síntomas cognitivos, en consecuencia, las mujeres víctimas de violencia presentan secuelas como el trastorno de estrés postraumático debido a las lesiones en la cabeza (Marín, 2017).

Las repercusiones de violencia a nivel sexual son principalmente la disminución libidinal, anorgasmia, infecciones urinarias, entre otras, debido a la conducta sexual riesgosa. Entre un 4% a 30% contraen ETS después de una violación. La infertilidad, enfermedades pélvicas inflamatorias y los embarazos no deseados son las consecuencias más comunes de la violencia sexual en mujeres (Basile & Smith, 2011; Ray & McEneaney, 2014).

Aparentemente, la búsqueda de atención y afecto lleva a la víctima a mantener conductas sexuales poco saludables. Los riesgos y consecuencias en las víctimas de violencia, se extienden hacia varios ámbitos. No obstante, el área física y psicológica suele ser la más frecuente y afecta su calidad de vida y desarrollo. Las secuelas emocionales e impacto psicológico de la violencia sexual se enfocan principalmente en la culpabilización, conductas autodestructivas y baja autoestima.

1.2. Trastorno de Estrés Postraumático

Definición

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) fue definido técnicamente como trastorno psiquiátrico por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) en una tercera revisión, realizada en el año 1980. Dicho esto, el TEPT es una respuesta física, psicológica y cognitiva posterior a la exposición de un evento traumático, tales como: violaciones, desastres naturales, conflictos bélicos, entre otros sucesos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Los síntomas varían de persona a persona, pero existen tres categorías subyacentes que desarrollan el trastorno: re-experimentación, evitación y activación.

Por otra parte, Bowman y Yehuda (2004), manifiestan que las diferencias individuales, culturales y la historia de cada individuo son determinantes a la hora de responder a los acontecimientos. Debido que, los patrones de respuesta y los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer un TEPT dependen en su mayoría de la valoración cognitiva que le da el sujeto al evento traumático, es decir, si lo interpreta como tal.

Para Carvajal (2002), “el TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un evento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad” (p. 20). Experimentar un evento traumático, cambia completamente el comportamiento de una persona, por lo cual, la calidad de vida es afectada. Suelen sentirse estresadas o asustadas incluso en situaciones en las que no existe peligro alguno. Los pensamientos, conductas y el evento estresor causa que el sujeto evite o huya de cualquier estímulo reconocido como aversivo. De acuerdo con Cernuda (2013), las conductas de abuso de drogas, tabaco y alcohol son mayores en las personas que desarrollan TEPT como es en el caso de las mujeres violentadas, así como las altas tasas de mortalidad.

Según López, Gómez y Ruiz (2009), el Trastorno de Estrés Posttraumático es un suceso que comprende directamente haber experimentado o contemplado una amenaza inmediata a la vida, la integridad física y moral propia o de un tercero. También, incluye el sometimiento, abuso sexual o físico de forma continuada. Desde esta perspectiva el evento traumático no necesariamente es experimentado de forma personal sino, también, desde una posición de observador. Presenciar un acontecimiento traumático causa estados de hiperactivación, shock o paralización. La violencia de género, también, es un suceso traumático y su experimentación tiene comorbilidad con psicopatologías como la depresión, ataques de pánico, ansiedad generalizada y el TEPT, pero estas suelen variar (Medina-Mora *et al.*, 2005).

Para concluir, entre las situaciones traumáticas más frecuentes para desarrollar un TEPT son las agresiones intencionadas como las guerras, atentados terroristas o violencia sexual. Así mismo, Echeburúa (2010) manifiesta que el trauma o la psicopatología se desarrolla como tal con base en la respuesta traumática. Si bien es cierto el evento aversivo es imprescindible pero no suficiente para desarrollar un TEPT. Como se mencionó anteriormente, la historia de aprendizaje de una persona, las características de la personalidad, los recursos intrapersonales e interpersonales determinan si, se adquiere o no un TEPT. De igual manera, el evento traumático cumple con ciertos paradigmas para dar lugar al trastorno, como: la duración, intensidad y recurrencia de los acontecimientos.

En última instancia, Maercker y colaboradores (2013) resaltan la importancia de no sobre diagnosticar el TEPT, debido que no es la única enfermedad mental que existe después de un trauma y una evaluación deficiente da lugar a falsos positivos. Por ello, se consideran distintos trastornos espectro como la depresión, ideación suicida, consumo excesivo de sustancias, etc.

Teorías o modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

Las consecuencias clínicas, psicológicas y sociales del Trastorno de Estrés Postraumático coexisten entre sí, hasta llegar al punto en el que son insoportables para el sujeto. La salud mental es el equilibrio a nivel biológico, cognitivo y social en el individuo, por lo cual, genera que este tenga un bienestar global (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2004]). Sin embargo, en el TEPT estas áreas son inestables y requieren de distintas intervenciones, para tratar todas las esferas vitales del sujeto. Para comprender la etiología y mantenimiento del TEPT es necesario conocer los modelos o teorías explicativas subyacentes. A continuación, una descripción del trastorno desde el enfoque biológico, conductual y cognitivo-conductual.

- **Biológico**

En primer lugar, la respuesta ante la amenaza física y emocional al estrés está comandada por el Sistema Nervioso Simpático (SNS) y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) estos son los principales componentes de la respuesta neuroendocrina del organismo (Daskalakis, Lehrner & Yehuda, 2013). El modelo defiende la teoría de que ciertas partes del sistema nervioso del sujeto, se vuelven hipersensibles ante los estímulos aversivos o posibles situaciones de peligro. Este tipo de evitación conductual trasciende hacia diversas alteraciones neurobiológicas, como: bajos niveles de cortisol, altos niveles de adrenalina y noradrenalina en la orina, alta actividad noradrenérgica central y disfuncionalidad de la amígdala, hipocampo e hipotálamo, entre otros (Zegarra-Valdivia & Chino-Vilca, 2019). Dichas alteraciones coadyuban en su mayoría al mantenimiento del TEPT, puesto que, los desniveles biológicos no son controlables de manera consciente.

En segundo lugar, esta patología es un trastorno neuropsiquiátrico, que tiene relación directa con el estatus metabólico, por lo cual, el tratamiento es amplio y minucioso a nivel biológico. Por otra parte, Mingote (2011) señala que los factores genético-ambientales resultan predisponentes para el desarrollo de TEPT. A raíz de este tipo de vulnerabilidades, se desarrollan trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad (límite, paranoide, antisocial, dependiente, etc.).

Por lo tanto, la etiología del TEPT desde la perspectiva de este modelo es a causa de las alteraciones cognitivas y biológicas que determinan un comportamiento evitativo u hostil. La activación física del sujeto ante la reexperimentación del trauma lo conduce hacia una serie de pensamientos intrusivos, flashbacks y pesadillas. Con base en los elevados niveles de ansiedad, opta por evitar ponerse en contacto con las situaciones de peligro. Por ende, la actividad biológica interfiere en el comportamiento del sujeto, de manera que eleva los estados de evitación.

- **Conductual**

El modelo conductual explica el TEPT desde la Teoría Bifactorial propuesta por Mowrer, la cual brinda una explicación sobre la causa y el mantenimiento de este trastorno a través de los procesos de aprendizaje de Condicionamiento Clásico y Condicionamiento Operante. En este sentido, se defiende que los sentimientos negativos adquiridos posterior al evento traumático se aprenden a partir de los mecanismos de condicionamiento clásico. La generalización de estímulos es tanto del evento traumático en sí mismo como de las señales asociadas al evento.

De este modo, los estímulos neutros se convierten en condicionados y evocan terror o temor extremo, por lo tanto, se evidencian conductas de escape o evitación (Hernández, 2018). La evitación cognitiva y conductual impide el acceso a actividades gratificantes, lo que a su vez implica una reducción significativa en la red de apoyo del sujeto, por lo cual, este tipo de estrategias mantiene el trastorno (Gómez-Gutiérrez, Chaparro-Morillo, De Francisco & Crespo, 2018).

Por su parte, Fernández (2014) manifiesta que el condicionamiento operante obstaculiza el proceso de eliminación de la respuesta traumática. Puesto que, la no exposición al estímulo condicionado impide el aprendizaje de una nueva asociación, en la que el estímulo condicionado tenga un significado diferente al de peligro. Por otra parte, algunas investigaciones señalan que los estímulos neutros ahora condicionados y desencadenantes de emociones negativas, se ven aumentadas por la evitación adquirida mediante el condicionamiento operante.

El hecho que el sujeto evite contactarse con el estímulo aversivo le genera una sensación de seguridad y comodidad a corto plazo, esto es un reforzamiento negativo. Sin embargo, a largo plazo agrava la situación, dado que, al no exponerse al estímulo no disminuye la sintomatología. Y evidentemente a mayor evitación, mayor incubación del estrés o ansiedad.

Para finalizar, algunos autores mencionan que la teoría de Mowrer no es suficiente para explicar el TEPT. En primer lugar, porque no es estrictamente necesario que el temor o ansiedad por el evento traumático, se produzca por condicionamiento clásico. Además, las emociones que evoca el suceso en varios casos resultan ser diferentes al miedo, por ejemplo, la vergüenza. Estas son diferentes según la persona y las características del evento (Zayfert & Black, 2008). En segundo lugar, este enfoque no deja de lado la influencia del pensamiento en la conservación del TEPT. Al no enfocarse únicamente en la conducta observable ha dado lugar para la investigación de modos terapéuticos cognitivos.

- **Cognitivo-conductual**

El modelo defiende que los factores cognitivos son los principales elementos que mantienen el TEPT. Según Hernández (2020), el sujeto trata de encajar su experiencia traumática en los esquemas mentales preexistentes. Este mecanismo no es favorable debido que, la nueva experiencia es incompatible a las anteriores y su repertorio o modelos disponibles no logran solventar sus necesidades. En otras palabras, la representación o las ideas que el individuo genera a raíz de su experiencia distorsionan la realidad u ocupan modelos cognitivos que funcionaron para otro tipo de situaciones. Por lo tanto, no logran integrarse adecuadamente para

desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento y la experiencia, se convierte en una respuesta postraumática.

De la Rosa Gómez y Cárdenas (2016), plantean que el proceso cognitivo del evento traumático depende de varios factores, tales como: la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo, la duración e intensidad del suceso, el abuso de sustancias, el nivel de activación física, entre otras. La manera en que la experiencia traumática llega a instaurarse en la memoria afecta la forma en que el individuo procesa la nueva información, a partir de esta, se determina lo que es relevante para el trauma. Finalmente, de acuerdo con Parrot y Howes (1991), los componentes cognitivos centrales para desarrollar un TEPT son: (1) valoración del evento como dañino, (2) creencias generales sobre su propia vulnerabilidad, (3) intentos de agregarle un significado al suceso y (4) creencias sobre el autocontrol.

Los pensamientos o esquemas mentales juegan un papel importante en cuanto a la interpretación que realiza el sujeto sobre su experiencia. Con base en esta, busca dentro de su repertorio conductual y cognitivo estrategias de afrontamiento útiles. Para concluir, el estudio de un fenómeno siempre es analizado desde diferentes perspectivas y puntos de vista, lo cual, enriquece a las teorías y estudios posteriores, además, nutre el objetivo final que es brindar estrategias para el bienestar psicosocial y físico del individuo. Por lo tanto, es recomendable que los enfoques sean utilizados de manera multidisciplinaria para un mejor resultado.

Tipos de eventos traumáticos y estresores

Los factores estresores son considerados los principales causantes del desarrollo del TEPT. Porque el individuo, se queda anclado a un suceso traumático reciente o pasado, que no fue gestionado adecuadamente. No obstante, experimentar un suceso traumático no es causa suficiente para desarrollar TEPT, así lo menciona Accatino, Figueroa, Cortés y Sorensen (2016). Dado que, alrededor de un 14% de las personas que vive un suceso traumático, desarrollan TEPT. El cual, es más probable en casos intencionales realizados por terceros como: violaciones, asaltos, conflictos civiles, terrorismo, entre otros.

Por su parte, Kessler y colaboradores (2014) mencionan que los eventos traumáticos relacionados con la violación y abuso sexual son los eventos traumáticos más significativos para el desarrollo de TEPT. Se entiende que este hecho es una interrupción repentina y extrema en la vida de la persona. Por consiguiente, provocan un estado de shock, el cual, genera una sensación de pérdida de control sobre sí mismo, inseguridad e incertidumbre.

Así pues, el sujeto que carece de capacidades de resiliencia, estrategias de afrontamiento, etc., no logra superar el trauma sin ayuda externa ya sea psicológica o médica, según Andreu (2017). En su estudio realizado en mujeres víctimas de violencia a menor resiliencia mayor nivel de quejas somáticas e inestabilidad emocional. Por otro lado, el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2002) consideró una lista de posibles estresores para el desarrollo del TEPT como: intervenir o luchar en una guerra, ser víctima de violencia (física, sexual o robo con agresión), ser víctima de secuestro, embestidas terroristas, tortura, vivir en campos de concentración, resistir a catástrofes naturales o intencionales, accidentes de tránsito y enterarse del diagnóstico de una enfermedad incurable o en última fase. En este caso se enfatiza en los posibles eventos estresores dirigidos hacia la persona. Es decir, al daño directo que percibe el sujeto; sin embargo, ser testigo u observador de un suceso abrupto, también, es un factor desencadenante para un TEPT.

Finalmente, en relación con el tipo de estresor en la violencia contra la mujer, está principalmente la violencia sexual y psicológica. Para Garcés (2019), vivir en un ambiente en el que la violencia sexual, psicológica y física es constante alteran la salud mental de la víctima, se incrementan las tasas de prevalencia del TEPT y existe comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos. En la mayoría de los casos, el principal agresor para la mujer es el cónyuge, por lo cual, la violencia en la relación provoca que la víctima desarrolle un TEPT a largo plazo. Con consecuencias como baja autoestima, sentimientos de culpa, inutilidad y tristeza persistente.

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5

La descripción, sintomatología y criterios para diagnosticar un trastorno mental son encontrados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por sus siglas en inglés, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Para empezar, este manual ha pasado por varias revisiones y actualizaciones con el fin de emitir diagnósticos cada vez más certeros. La última revisión del DSM-IV dio lugar a ciertos cambios en el TEPT presentes en el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*, APA, 2013) sobre todo en el criterio A, en donde expone de forma explícita los tipos de estresores.

Otro de los cambios es que el DSM-V señala cuatro núcleos sintomatológicos: reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo. De igual manera, enfatiza en el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica del sujeto, con el objetivo de incluir las conductas de riesgo o autolesivas (Echeburúa *et al.* 2016). Es así como, el DSM-V precisa la concepción de suceso traumático y acentúa la importancia de las formas de exposición. Puesto que, son una variable significativa a la hora de desarrollar un TEPT. Estas son directas, hacia otras personas o exposiciones repetidas de violencia. Trata de presentar una versión más global del trastorno. Para Bados (2015) los principales cambios del TEPT en el DSM-V son:

A partir de los datos de que las reacciones postraumáticas agudas son muy heterogéneas y que el énfasis del DSM-IV en los síntomas disociativos es demasiado restrictivo, en el DSM-5 las personas pueden satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés agudo si presentan 9 de 14 síntomas enumerados en las siguientes categorías del criterio B: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y activación. (p. 10)

El cambio radical que en el DSM-IV los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Agudo (TEA) son ambiguos, debido a la descripción de los síntomas disociativos. Así también, existen ciertas inconsistencias sobre la asociación del TEA y el TEPT. Spitzer, First y Wakefield (2007), señalan que la mayor parte de las personas con TEA eventualmente desarrollan un TEPT, pero pocos casos de TEPT comienzan con TEA. Por lo cual, se propone la creación de una categoría

en el eje V que da lugar a las reacciones habituales al estrés. En otras palabras, se eliminan las diferencias entre el TEPT agudo y crónico para lograr una mejor visión del TEPT.

Algunos autores como Rosen y Lilienfeld (2008), mencionan que el diagnóstico del TEPT está sustentado en bases carentes de apoyo empírico. Señalan que los supuestos centrales y los mecanismos hipotéticos no son consistentes. Por ejemplo, los eventos traumáticos del criterio A1 del DSM-IV no son específicamente los desencadenantes para el desarrollo de un TEPT, sino las variables personales del sujeto.

Así mismo, Weathers y Keane (2007) manifiestan que en el DSM-IV en el criterio A2 las respuestas emocionales de: miedo, horror e impotencia son muy restringidos. Por lo cual, es necesario incluir otras emociones como la ira, vergüenza, culpa, etc., esta observación fue considerada en la revisión del DSM-5. En cuanto a la modificación de los demás criterios del TEPT, el Criterio B (reexperimentación) no presenta mayores cambios y el Criterio C (evitación) evidencian significativas modificaciones para edades de preescolar (Campos & López, 2018).

Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en población general

Los estudios de prevalencia de este trastorno varían en función del instrumento aplicado, el uso de los manuales, datos sociodemográficos, tipos de entrevista, criterios diagnósticos, etc. Un estudio mundial realizado en 13 países por Stein y otros (2014) demuestra que la prevalencia-vida del TEPT en población general fue del 3,3%, 4,4% y 3% según los criterios del DSM-IV, la CIE-10 y el DSM-5 respectivamente. Por otra parte, Pietrzak, Goldstein, Southwick y Grant (2011) refieren que entre el 50% de mujeres y 60% de hombres experimentan un suceso traumático, pero solo un 7% desarrolla TEPT. Los datos sobre este trastorno no son tan elevados en comparación con otros, sin embargo, se requiere un estudio más profundo y actual para corroborar los resultados.

Karam y colaboradores (2010) en estudio internacional realizado en 21 países del mundo el TEPT presenta una prevalencia-vida de alrededor del 3,6%. Por otro lado, la OMS presenta los

resultados de datos epidemiológicos en un informe (27 países) en donde la prevalencia vital del TEPT oscila entre el 0,3% en China y 6,1% en Nueva Zelanda. Es importante mencionar que la incidencia a nivel internacional sobre el TEPT varía en función a los referentes demográficos de cada país. Por lo tanto, los datos son mayores o menores en función de la realidad e historia. Estados Unidos y otros países poderosos económicamente presentan una alta exposición a eventos traumáticos como guerras y conflictos bélicos, fruto de su expansión territorial. En consecuencia, los índices de este trastorno son más elevados en comparación a países europeos.

La exposición a eventos traumáticos es más frecuente de lo esperado, no obstante, este no es un factor determinante para el desarrollo de un TEPT. De hecho, el 75% de las personas superan el suceso traumático sin la necesidad de padecer un trastorno mental grave (Cebrian, Adán & Isla, 2009). En un estudio a 21 países la OMS (2008) estimó una prevalencia de TEPT de 3.6% en la población general; de dicha población un 21,8% fueron testigos de violencia, 18,8% violencia interpersonal y 17,7% accidentes. Así mismo el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Asistencial menciona que solo un 25-30% de las personas expuestas desarrollan TEPT. La prevalencia de este trastorno es evidente en grupos etarios de todas las edades, pero los adultos jóvenes están más expuestos a peligros, por lo cual, son los principales sujetos propensos a desarrollarlo.

Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia

Los tipos de eventos traumáticos como desastres naturales, muertes de familiares repentinas, enfermedades terminales, entre otros sucesos demuestran que existe una probabilidad de desarrollar TEPT entre el 5-40% en población general. No obstante, en los casos de violencia hacia la mujer los porcentajes son más elevados, según De Vries, Juhnke y Keene (2018) la tasa del TEPT en mujeres es tres veces mayor que en hombres.

Dicha vulnerabilidad en la población femenina para desarrollar un TEPT se debe a la mayor exposición que tiene hacia aquellos eventos traumáticos que presentan más probabilidad de padecer este trastorno, como: violación, agresión sexual, abuso sexual infantil, violencia doméstica, etc. La prevalencia del TEPT en casos de violación o ataque sexual aumenta

alrededor del 50%, el acoso o maltrato psicológico, se encuentra en torno al 64% y hasta el 84% (Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2012; Golding, 1999). Este tipo de eventos condicionan más hacia el desarrollo del TEPT y evidentemente afecta exponencialmente el rumbo de vida de la mujer.

En el mismo orden de ideas, Olf (2017) manifiesta que el TEPT en mujeres es de un 10% a 12% a diferencia de los hombres que es de un 5% a 6%, es así como ser parte de las féminas representan un factor riesgo para el desarrollo de TEPT.

Por otro lado, en un estudio más reciente realizado por Coila (2014), la prevalencia del TEPT en mujeres víctimas de violencia, fue del 45,2%, es decir, 28 de 62 casos de maltrato y abuso desarrollaron TEPT fruto de una relación abusiva. Los síntomas de evitación fueron más elevados con un 39,2%, la reexperimentación fue del 28,5% y la activación un 32,3%. La evitación conductual y cognitiva suele ser el principal mecanismo de defensa de las víctimas, debido al confort que les hace sentir. En el Ecuador, la violencia psicológica hacia la mujer, también, es una de las principales modalidades de violencia y a su vez más dañina, por lo cual, sus efectos son más perjudiciales y difíciles de tratar.

Por su parte, Aguirre y otros (2010) menciona 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” (p. 115). Este tipo de violencia es altamente perjudicial, debido a los años de abuso y maltrato que experimenta la víctima. El patrón llega a normalizarse dentro de la relación a tal punto de alterar la visión y significado del comportamiento del abusador. Las consecuencias son graves y requieren tratamientos multidisciplinarios que garanticen el bienestar, empoderamiento y óptima salud mental de la mujer.

Adicionalmente, Guerra, Plaza y Farkas (2017) señalan que la violencia sexual es considerada uno de los principales factores de riesgo para la desestabilización de la salud mental. Dado que, a partir de este acto se reporta frecuentemente sintomatología perteneciente al trastorno de estrés postraumático. Las agresiones de tipo sexual son los ataques más violentos, debido al uso de la

fuerza, intimidaciones, presión, amenazas y la obligación del victimario para mantener contacto íntimo sin consentimiento. Todo este acto como tal contempla una violación contra los derechos humanos de una persona.

En definitiva, las secuelas de la violencia a nivel físico y psicológico son considerables y numerosas. Se ha mencionado anteriormente que la respuesta común del individuo ante los eventos aversivos son un tipo de estrés adaptativo. El cual, cumple con la función de sobrellevar la experiencia de una forma más cómoda pero controversial, lo cual, desemboca el desarrollo del TEPT.

Cuadro Clínico del Trastorno de Estrés Postraumático

El curso del TEPT varía de persona a persona, con base en diferentes factores psicosociales, individuales y emocionales. No obstante, el cuadro clínico enfatiza en las cuatro categorías sintomatológicas de este trastorno: reexperimentación, evitación, hipervigilancia/reactividad y síntomas cognitivos y del estado de ánimo negativo. La aparición de dichos síntomas suele ser algunos meses después del evento traumático o hasta años más tarde. Con la condición de afectar gravemente el desenvolvimiento del sujeto en todas sus áreas vitales y durar más de un mes (Campos, 2016). A continuación, un detalle de cada una de las categorías:

- **Síntomas de reexperimentación**

Regularmente la víctima revive el suceso traumático a través de flashbacks intrusivos. El individuo siente los recuerdos del evento recurrentes y angustiosos, asimismo, se presentan en sueños, pesadillas o pensamientos aterradores. La reexperimentación, también, se evidencia a nivel de un estrés psicológico y fisiológico, ataques de pánico y reacciones disociativas en general (Crespo, Gutiérrez & Ruiz, 2019). Con relación a la reexperimentación en casos de mujeres víctimas de violencia Ramírez, Landolt, Gargurevich y Quiroz (2020), mencionan que los recuerdos son persistentes y desesperantes, al punto de sentir mucha ansiedad e incertidumbre. La agresión física, sexual, mental y reproductiva predispone gravemente hacia un TEPT.

- **Síntomas de evitación**

Es la evasión continua del sujeto hacia los recuerdos, sentimientos, personas, lugares o cualquier otro elemento asociado al evento (Dekel, Gilbertson, Rauch, Wood & Pitman, 2018). En base al este nuevo comportamiento, la rutina del individuo es alterada y da lugar a la incubación del trauma. Regularmente, las víctimas presentan un efecto de embotamiento y aislamiento de las personas de su alrededor. Las mujeres víctimas de violencia sexual generalmente sienten vergüenza respecto a los hechos, además, de que es muy doloroso hablar sobre su experiencia. Crespo y Gómez (2012), señalan que la evitación, además, de perjudicar a largo plazo en la vida de la víctima, también, limita las verbalizaciones relacionadas con el trauma. Por lo cual, expresar sus sentimientos o emociones respecto al suceso, se convierte en un estímulo aversivo que dificulta cualquier tipo de intervención.

- **Síntomas de hipervigilancia/reactividad**

Es el aumento de excitación física y psicológica, que dan lugar a alteraciones en la conducta, los sujetos se muestran irritables, nerviosos y sobresalto exagerado (Ruiz & Guerrero, 2017). Los síntomas de hipervigilancia orillan a la víctima a exasperarse aun cuando no existe un estímulo que evoque dicha excitación. Otro tipo de comportamiento, también, es la desregulación del sueño y conductas autolesivas. Estas conductas son muy regulares en las víctimas en general, pero específicamente en las mujeres víctimas de violencia, las cuales, adoptan este comportamiento como reacción hacia el miedo instaurado por una relación abusiva (Rivas-Diez, Sánchez-López & Brabete, 2012).

- **Síntomas cognitivos y del estado de ánimo negativo**

Se enfoca en el cambio negativo de los esquemas mentales y la percepción distorsionada sobre el evento, la casusa y consecuencia. El estado de ánimo tiende a basarse en sentimientos de culpabilidad, vergüenza, frustración y abulia. Los sentimientos negativos alejan al individuo de las actividades que antes solían ser gratificantes y genera una sensación de desapego. La mujer

violentada no logra enfrentarse a su abusador, por lo tanto, prefiere aislarse y culpabilizarse por la situación. La distorsión de los pensamientos la aleja de la realidad y normaliza los constantes maltratos (Gilbar, Wester & Ben-Porat, 2021).

Bustos, Rincón y Aedo (2009) estudian el TEPT en niños víctimas de abuso sexual; no obstante, señalan que la experiencia traumática como tal, se enlaza con emociones negativas como el miedo, desesperanza, horror e incluso la culpa. Esta asociación con el evento obstaculiza el desarrollo de la persona en varias áreas vitales. Así mismo, manifiestan que este deterioro y evidencia sintomatológica tiene que presentarse de manera frecuente durante más de un mes y cumplir con los criterios de reexperimentación, evitación e hiperactivación. En definitiva, los sucesos traumáticos incrementan la vulnerabilidad de la víctima y causan estados de indefensión graves. Debido que, se quebranta la zona emocional de la persona, en consecuencia, no tiene la capacidad para afrontar la situación por sí misma.

Factores de riesgo del Trastorno de Estrés Postraumático

En cuanto a la aparición y mantenimiento del TEPT existen variedad de teorías. Del mismo modo, se han descubierto determinados factores de riesgo que regulan y desencadenan este trastorno. Greenberg, Brooks y Dunn (2015), mencionan algunos factores que determinan la efectividad o no de una intervención. Estos son: la disponibilidad y redes de apoyo del individuo y la intensidad de la presión psicológica que experimenta el sujeto para superar el suceso. Por lo tanto, la cabida del TEPT está íntimamente relacionado a los factores que acontecieron, antes, durante y después del evento traumático. Por otra parte, Quintero, Pérez y Mora (2015) y Sareen (2014), señalan que los factores de riesgo se clasifican según las vulnerabilidades individuales, ambientales y relacionados con el trauma.

- **Factores individuales:** Ser del sexo femenino, vulnerabilidad biológica (genes implicados en el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, transportación de serotonina, etc.), predisposición personal o familiar de padecer trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión), maltrato y abuso infantil, trauma previo, rasgos de personalidad

(neuroticismo y evitativa) y factores cognitivos (bajo coeficiente intelectual o una historia previa de traumatismo craneal).

- **Factores ambientales:** Bajo nivel socioeconómico, pertenecer a un grupo étnico minoritario, limitada red de apoyo, bajo nivel de instrucción educativo.
- **Relacionados con el trauma:** Intensidad, duración y gravedad del trauma, si alguien cercano resultó lastimado o murió. La intensidad de la reacción ante el evento, si el suceso fue intencional o natural. Por otra parte, la experiencia de un niño es diferente porque las agresiones sexuales son evolutivas o sin amenaza percibida, violencia o daño. Sin embargo, sí afectan su desarrollo a largo plazo.

Existen una infinidad de factores de riesgo que predisponen al desarrollo de TEPT, los cuales, son analizados de manera individual porque cada persona tiene una historia de aprendizaje diferente. Por lo tanto, es posible con base en estas características exista o no la posibilidad de padecer esta patología. En este sentido, autores como Bermúdez, Barrantes y Bonilla (2020) enfatizan en la importancia de los rasgos de personalidad de la víctima a la hora de desarrollar un TEPT. Entre los más predisponentes están los rasgos de personalidad límite, paranoide, dependiente y antisocial. Las características individuales, que se adquieren según el tipo de personalidad son congruentes con las estrategias de afrontamiento de la víctima, la capacidad de resiliencia y resolución de problemas. Por esta razón se considera una variable fundamental antes de cualquier intervención.

Las investigaciones demuestran que las mujeres tienen más probabilidad de padecer un trastorno de estrés postraumático, debido al tipo de violencia al que son sometidas. No obstante, aun cuando, se trata de evitar el tipo de suceso traumático existen otros factores de tipo emocional que predisponen al sexo femenino hacia esta patología. De acuerdo con Olf, Langeland, Draijer y Gersons (2007) la considerable impresión de amenaza y pérdida de control para afrontar el trauma es una de las principales causas para este trastorno.

Asimismo, la elevada reacción emocional, la disociación peritraumática, la escasa red de apoyo social y familiar, la evitación como estilo de afrontamiento y la desregulación biológica aumenta

la prevalencia de TEPT en mujeres. Desde este punto de vista, el factor emocional y las pocas herramientas para afrontar un problema son determinantes a la hora de desarrollar un TEPT. Además, el tipo de agresión es más compleja y violenta, por lo tanto, existen varias consecuencias negativas en la vida de la mujer.

1.3. Consideraciones previas: Terapia de Aceptación y Compromiso

En primer lugar, una breve introducción acerca de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La base filosófica de la ACT es el contextualismo funcional, desde esta perspectiva la conducta de la persona pública o privada es interdependiente de su contexto (Páez & Montesinos, 2016). En otras palabras, el rol del contexto es indispensable para el análisis y comprensión funcional del comportamiento del sujeto.

También, es una propuesta relativamente nueva, puesto que, Steven Hayes y sus colaboradores alrededor de los años 90 dieron paso a esta nueva terapia. Actualmente, su trabajo cuenta con una basta evidencia empírica y es reconocida en Europa, Estados Unidos y Australia, mayoritariamente (Talavera-Valentín, 2014). ACT, no se lee como un acrónimo sino como una palabra: ‘actuar’, actuar conforme a los propósitos y metas del individuo (Jurado, 2017). En definitiva, ACT es un tipo de terapia de carácter contextual-funcional, que se basa en una teoría subyacente denominada Teoría del Marco Relacional (RFT) por sus siglas en inglés. Dicha teoría, se enfoca en el análisis funcional del lenguaje humano y la cognición desde una perspectiva conductual (Luciano, 2016).

En segundo lugar, el ser humano suele fusionarse con determinados contenidos cognitivos, por lo cual, toma dichos pensamientos como verdades absolutas. Es decir, se sobre identifica con los contenidos verbales y toma distancia de las conductas de valor. ACT propone generar un repertorio conductual extenso y flexible. Dicho de otro modo, se enfoca en encaminar las acciones de una persona según sus metas y aspiraciones, independientemente de la presencia o ausencia de pensamientos, emociones o sentimientos considerados negativos.

Por otro lado, la incidencia cultural en la que tener solo experiencias y pensamientos agradables significan ser plenamente feliz es más perjudicial que beneficioso. Esta búsqueda permanente de eventos privados positivos y el control de los negativos eleva los estados de malestar del sujeto. En consecuencia, se ve inmerso en una espiral contradictoria relacionada con la evitación experiencial destructiva. Si bien es cierto, controlar la llegada de determinados pensamientos no es posible, pero sí es evitable comportarse para controlar lo incontrolable (Luciano & Valdivia, 2006).

Para Hayes, Strosahl y Wilson (2015) ACT trata de generar la flexibilidad psicológica a través de la aceptación, atención consciente, compromiso y varios procesos de activación. Al ser el lenguaje y las significaciones verbales los principales agentes del sufrimiento humano, trata de someterlos a un control más contextual. Es bien sabido que el lenguaje permite al sujeto categorizar elementos, sistematizar conceptos y reconocer sentimientos, emociones y estímulos del medio, es decir, existen varias ventajas en la adquisición del lenguaje.

Pero, también, limita o encuadra al individuo a una dualidad entre lo correcto e incorrecto o lo bueno y malo. Romper esta rigidez del patrón de evitación experiencial guiada por los procesos verbales es uno de los objetivos de la ACT. Por lo tanto, esta terapia potencia el actuar en dirección a una vida valiosa, viabiliza la conducta privada hacia la aceptación y no de control. La ACT trata del distanciamiento psicológico de los eventos privados o pensamientos desde un contexto fiable, inalienable y fijo. Por lo tanto, el individuo toma conciencia y ve a sus pensamientos como lo que son, de tal manera que los contempla como opciones que puede o no tomar si coadyuban en su proceso hacia una vida valiosa.

Al enlazar la incidencia que tiene el lenguaje con la perpetuación de la VBG, Ribes-Iñesta, Rangel y López (2008), manifiestan que el lenguaje es el medio que permite la transmisión de los fenómenos sociales dentro de un contexto. A partir de este sistema creado por la comunidad se da lugar a la expresión de pensamientos y sentimientos que ayudan a formar determinadas relaciones interindividuales. A su vez estas funcionan con base en los criterios de la sociedad y la regulación de roles previamente establecidos, debido que este comportamiento genera un sentido de pertenencia en el sujeto.

Este equilibrio ecológico y antropocentrista da lugar a un análisis sobre la importancia de la supervivencia a partir de conceptos socialmente aceptados, que no siempre son correctos. Por lo tanto, la violencia es transmitida a través de los constructos y el lenguaje que sustenta a todos y todas.

En retrospectiva, ACT no busca eliminar los síntomas de una patología o la regulación emocional, sino que persigue la flexibilidad psicológica. En la que no es estrictamente necesario eliminar, luchar o evitar los eventos privados. Al contrario, trabaja en el momento presente, en el contexto verbal y en que la interacción con el medio genere efectos positivos encauzados hacia acciones comprometidas (De la Viuda-Suárez & Casas-Posada, 2020).

Evidentemente, alcanzar este punto de flexibilidad supone esfuerzo y la capacidad de reconducir la conducta hacia una vida con sentido para cada individuo. Este enfoque trata de que el sujeto explore y vivencie conscientemente sus pensamientos, sentimientos y emociones en lugar de reprimirlos o controlarlos. Para finalizar, ACT no concibe el hecho de diagnosticar, puesto que, concibe cada caso de forma independiente. Tampoco generaliza u ofrece modelos para el tratamiento de trastornos concretos, sino establece un modelo global. A partir de este, explica que el aprendizaje relacional ocasiona problemas como la inflexibilidad psicológica.

Evitación Experiencial

La evitación experiencial (EE) o evitación experiencial destructiva (EED) según Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl (1996) es un fenómeno que tiene lugar cuando el individuo no está dispuesto a tener contacto con sus eventos privados (sensaciones corporales, sentimientos, emociones, pensamientos, predisposiciones o recuerdos). Este tipo de conductas encubiertas resultan aversivas para el sujeto, por lo tanto, trata de alterar la frecuencia o forma con el fin de evadir el sufrimiento que le causa.

Adicionalmente, Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb y Korn (1986) refieren que la EE es un fenómeno subyacente a ciertos trastornos psicológicos, debido que la evitación persistente y desadaptativa hacia los eventos privados, se generaliza y causa malestar crónico. Así mismo, lo

plantea como un patrón disfuncional basado en la regulación verbal; la incidencia del lenguaje en la EE, se explica mejor en la RFT.

En el mismo orden de ideas, Pérez-Álvarez (2012) menciona que la EE tiene el objetivo de suprimir los eventos privados aversivos. Este intento en primera instancia genera alivio inmediato pero a largo plazo intensifica el malestar; es contraproducente y constituye el problema. Por lo tanto, el sujeto genera un patrón de evitación de experiencias crónico, puesto que, aumenta la probabilidad de que dicha conducta, se repita en situaciones similares.

Es así como, este comportamiento adopta una función discriminativa de evitación total: el suicidio. Por lo tanto, en lugar de alcanzar un estado de bienestar, se presentan limitaciones en la vida de la persona y perpetúan su sufrimiento (Wilson & Luciano, 2002). Carmen Luciano es una de las principales investigadoras sobre ACT y junto con Valdivia (2006) menciona que la concepción del dolor o sufrimiento está predeterminado como anormal o intolerable por la cultura. En consecuencia, el sujeto busca sentirse ‘siempre bien’; en definitiva, ratifica que la condición humana es su condición verbal. La trampa del lenguaje, busca controlar los eventos internos para vivir conforme a lo socialmente aceptado.

Adicionalmente, Barraca (2007) manifiesta que “la actitud de la evitación experiencial tiene mucho que ver con el exceso de literaridad, que se otorga al lenguaje simbólico” (p. 765). Es decir, el sujeto se fusiona con sus reglas verbales y las toma como verdades inamovibles. Por lo tanto, asume que esos pensamientos, sentimientos, emociones y recuerdos negativos lo definen como tal, en consecuencia asume un papel pasivo enfocado en la resignación, en la que considera no lograr cambiar su situación. Únicamente sobreanaliza el conflicto y evita las situaciones aversivas, entonces pierde su capacidad de responder al medio.

Evidentemente, esta actitud lo aleja de sus valores y objetivos, puesto que, el individuo se atañe a los significados literales de la conducta interna. Finalmente, la aceptación psicológica es una alternativa a la EE, pero no necesariamente, se refiere a la resignación o desesperanza, sino a la elección de vivir las experiencias tal y como son, de manera receptiva y flexible. Esta forma de

recibir los eventos privados supone una manera más sana y menos cotraproducente de aceptar las conductas ‘dolorosas’ (Pérez-Álvarez, 2014).

Evitación experiencial y su incidencia en diferentes trastornos psicológicos

Los trastornos psicológicos expuestos desde el modelo contextual ofrecen un análisis funcional e interactivo tanto del sujeto como de su entorno. A diferencia del modelo médico abandona la idea de la internalización de los problemas mentales. Es decir, plantea que la psicopatología no está dentro de la persona sino más bien es el individuo, que se encuentra en una situación conflictiva. Basada en la relación de lucha que mantiene consigo mismo, su red de apoyo o contexto inmediato de interrelación y sus eventos privados (Mielgo, 2016).

Así pues, la EE aumenta el sufrimiento humano, dado que, por los esfuerzos de reprimir cogniciones y acciones desagradables proporcionan un decremento de reforzamientos positivos (Álvarez, 2019). Mientras más, se trata de evitar o eliminar las experiencias encubiertas, aumenta la probabilidad de padecer un trastorno psicológico. Debido que, cada vez el sujeto busca nuevos recursos y estrategias no muy saludables para alejarse de sus pensamientos, sensaciones corporales, etc.

En primer lugar, varios autores consideran que la EE es un fenómeno subyacente en cuanto a la etiología, mantenimiento y modificación de determinados trastornos psicológicos (Chawla & Ostafin, 2007; Spinhoven, Drost, Rooij, Hemert & Penninx, 2014; Trucharte, Espinosa, Valiente, Contreras & Peinado, 2017). El trastorno de evitación experiencial (TEE), se halló como un factor común en una variedad de psicopatologías según los criterios del DSM y el CIE (Luciano, 2016). Por lo tanto, la incidencia funcional de la EE es fundamental en la mayoría de trastornos psicológicos, debido a su capacidad de efecto placebo.

Del mismo modo, Hayes y colaboradores (2004) citado en Harris (2019) manifiestan con base en su investigación que la EE está altamente asociada con trastornos del estado de ánimo, menor calidad de vida, abuso de sustancias, conductas sexuales riesgosas, trastorno límite de la personalidad y mayor gravedad del TEPT.

Por otra parte, en contextos más actuales en investigaciones como la de Mojica (2015) existen correlaciones significativas entre la EE, factores psicopatológicos y calidad de vida. Los resultados apuntan que entre mayor EE aumentan los niveles de ansiedad, depresión y estrés. Del mismo modo, entre mayor es el índice de EE los indicadores de calidad de vida son menores. Asimismo, se halló correlación entre la EE y la rumiación (Velásquez, Grajeda, Montero, Montgomery & Egusquiza, 2018; Ortega, 2021).

También, se ha encontrado relación con los trastornos de ansiedad o trastornos de estado de ánimo en general (Guillén, 2018; Sánchez-Carlessi *et al.*, 2021). En cuanto a adicciones o abuso de sustancias y su relación con la EE existen investigaciones que señalan una correlación significativa y positiva (Luciano, Paéz-Blarrina & Valdivia-Salas, 2010; Perea-Gil, 2017; Ruiz-Ruano, López & Puga, 2020). El trastorno obsesivo compulsivo, también, tiene relación con la EE (León-Quismondo, Lahera & López-Ríos, 2014).

Relación entre el trastorno de estrés postraumático y la evitación experiencial

Para emitir el diagnóstico de una psicopatología es recomendable utilizar los manuales del DSM y el CIE. En el caso del TEPT la evitación experiencial está presente en el Criterio C del DSM-V, el cual, consta de incisos de evitación o esfuerzos para evitar estímulos asociados al evento traumático ya sean recuerdos o agentes externos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Con base en la exposición anterior la EE es una sintomatología característica de los trastornos psicológicos y en el TEPT no es la excepción. López y colaboradores (2019), refieren que la EE ha demostrado cumplir un papel determinante en la aparición y preservación de los síntomas, que se evidencian después del trauma.

El hecho de evitar ya sea cognitva o conductualmente a ponerse en contacto con los eventos internos, aumenta la probabilidad del mantenimiento del TEPT. Por lo tanto, los resultados del estudio ratifican que la EE está íntimamente relacionada con la vulnerabilidad emocional y gravedad de los síntomas del TEPT.

Por otro lado, Thompson y Waltz (2010) manifiestan que la evitación experiencial es el síntoma más confiable y predictivo sobre la gravedad del TEPT. También, postulan tres razones aparentes por las cuales, la EE mantiene la sintomatología del trastorno: 1) los refuerzos positivos, se ven mermados por el comportamiento evitativo 2) los mecanismos de evitación resultan perjudiciales e incrementan la exposición a experiencias indeseables y 3) el poco contacto con los estímulos asociados al trauma impide la adquisición de nuevos aprendizajes. Es decir, la asociación a dichos estímulos es enmarcada en la experiencia traumática y no da cabida para una nueva perspectiva del evento.

Asimismo, Bardeen y Fergus (2016) evaluaron la EE y los síntomas del TEPT antes y después del evento traumático. Se encontró que la EE antes del suceso actuó como factor de riesgo para la severidad de los síntomas de TEPT. Este tipo de comportamiento de escape, control o evitación acuña las distorsiones cognitivas del sujeto sobre sí mismo y del mundo. Por lo tanto, impide el afrontamiento y procesamiento emocional en función de sus metas y valores.

En último término, la rumia y el intento de eliminar los pensamientos, también, son formas de EE y según Seligowski, Lee, Bardeen y Orcutt (2015), son variables que inciden en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Debido que, este método impide el adecuado procesamiento de la memoria traumática y se exagera la EE. Además, de lo anterior las puntuaciones elevadas en EE demuestran que las personas suelen percibirse a sí mismas como incapaces de superar el suceso traumático y de regular sus respuestas emocionales (Karekla & Panayiputu, 2011). Por lo tanto, este fenómeno, también, está relacionado con la variable de autoestima.

En definitiva, se sabe que ACT tiene el objetivo de enseñar a las personas a convivir con el dolor de forma más saludable a través de una serie de procesos que lo conllevan al desarrollo de la flexibilidad psicológica (Daryanani, 2019). Las personas con un TEPT que accedieron a un tratamiento basado en ACT presentan mejoras significativas. Evidencian una reducción de los síntomas de ansiedad y mejor control de emociones, dado que, aprenden a ver a los pensamientos, emociones y conductas privadas como tal son gestionadas desde la aceptación y con estrategias de regulación emocional (Spidel, Lecomte, Kealy & Daigneault, 2017).

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En el siguiente apartado, se detallan los aspectos teóricos que conciernen a la metodología de la investigación, tales como el paradigma, el nivel, el diseño, la modalidad, el corte y alcance del proyecto de titulación. Asimismo, se presentan las técnicas, instrumentos y herramientas utilizadas para la recolección de información de cada una de las variables presentadas en el estudio. Adicionalmente, se estipulan aspectos relacionados a las características de la población, su respectiva muestra y muestreo. En último término, se presenta de forma detallada el proceso metodológico seleccionado para la ejecución de esta investigación.

2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance

Esta investigación, se basa en un paradigma positivista, también, denominado sistema hipotético-deductivo, empírico-analista, racionalista y cuantitativo, puesto que, parte de una epistemología híbrida (Pérez, 2015). Este enfoque asegura que el investigador y el objeto de estudio sean independientes para evitar sesgos en el estudio. Por lo tanto, tiene el objetivo de comprobar una hipótesis a través de medios numéricos o estadísticos de una variable previamente establecida (Ricoy, 2006).

En el ámbito social y comportamental enfatiza en la correlación existente entre los patrones conductuales del sujeto y los trastornos psicológicos (Creswell, 2014). En este caso, el uso del paradigma positivista permite la comprobación o rechazo de hipótesis mediante técnicas cuantitativas que posibilitan medir los fenómenos del estudio. Dado que, su función es explicar, identificar o predecir las variables de la investigación, por tanto se observa este fenómeno en su entorno natural y luego proceder a su análisis.

Por otra parte, las variables de experimentación no fueron manipuladas, modificadas o sometidas a grupos de comparación de ninguna manera. Por ende, el diseño o tipo de investigación es no experimental, dado que, se limitó a la observación de las variables sin intervenir (Ato, López & Benavente, 2013). Del mismo modo, se conoce que los diseños no experimentales son utilizados para describir, diversificar e indagar asociaciones sin la necesidad

de manipular variables o grupos de control, debido que la observación y el registro son los métodos inmediatos a utilizar (Sousa, Driessnack & Costa, 2007). Por lo tanto, en el presente estudio las variables de trastorno de estrés postraumático y evitación experiencial son fenómenos ya existentes, que se analizan sin la necesidad de cambiar su forma o función en pro del estudio.

En relación a la modalidad empleada en la investigación es de tipo cuantitativa, puesto que, analiza las variables del estudio desde una postura objetiva, es decir, a partir del uso de datos numéricos. Hernández, Fernández y Baptista (2014) refieren que el enfoque cuantitativo es sistemático y secuencial, dado que, sigue un procedimiento rígido y estricto.

Generalmente, se parte de una idea, se establecen objetivos, perspectivas teóricas, hipótesis y la determinación de variables en un contexto específico, mismas que son analizadas a través de métodos estadísticos. Así pues, este enfoque sirve para la medición de los fenómenos y el contraste de las hipótesis formuladas. Las herramientas para la recolección de datos son instrumentos de medición psicométrica, a través de estos se verifica o no la correlación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático.

La investigación tiene un alcance descriptivo y correlacional. En primer lugar, el estudio descriptivo caracteriza y puntualiza los fenómenos de la investigación a través de medios sistemáticos que estructuran la concepción de la variable (Sabino, 1992). Asimismo, se usan datos cuantitativos, los cuales, se enfocan en la recolección de información como la frecuencia, características, patrones y descripciones que posibilitan realizar asociaciones o predicciones entre variables (Echeverría, 2016).

Las variables del presente estudio son medibles y observables por lo tanto, su caracterización coadyuba y fortalece la toma de decisiones. Debido que, se detallan propiedades específicas que permiten un mayor discernimiento sobre la función y componentes de los fenómenos, así como la posible relación existente entre las variables expuestas en el proyecto de titulación.

En segundo lugar, la investigación, también, posee un alcance de tipo correlacional. Puesto que, su fin es identificar en qué grado, se relaciona el mantenimiento del trastorno de estrés postraumático con la evitación experiencial. Para Bernal (2010), la investigación correlacional pretende examinar la relación entre dos o más variables o sus resultados. Por ninguna razón busca relaciones de causalidad o consecuencias entre los fenómenos del estudio.

De igual manera, este tipo de investigación basa su análisis de asociación en la aplicación de procesos estadísticos inferenciales, a partir de este nivel cuantitativo, se busca extender los resultados del estudio en beneficio para la sociedad (Ramos, 2020). Por esta razón, permite que los resultados obtenidos sean corroborados de forma sistemática e independientemente; si los resultados son positivos o negativos, se toman a favor de la población seleccionada.

Por último, la investigación es de corte transversal, dado que, la recolección de información se realizó en una sola ocasión y a una población determinada. Este tipo de diseño suele medir tanto a sujetos con y sin la condición requerida para el estudio. El investigador, se limita a realizar algún tipo de intervención y recoge datos una sola vez de las variables en cada persona (Rothman, 2012).

Algunas ventajas del corte transversal son: generar hipótesis e identificación de prevalencia de enfermedades en un grupo determinado. Su trabajo, se basa en muestras representativas, con las cuales se conoce relaciones entre múltiples variables e identificar factores o condiciones de individuos específicos (Rodríguez & Mendivelso, 2018). Finalmente, el corte transversal es beneficioso para la descripción e identificación de las variables del presente estudio porque ayuda a conocer la relación existente entre el trastorno de estrés postraumático y la evitación experiencial.

2.2. Técnicas e Instrumentos

Para la realización de este estudio, se usó la observación estructurada, entrevista y la encuesta como técnicas de levantamiento de datos. Esto para determinar y detallar la problemática en torno a la temática abordada. Las técnicas mencionadas, se complementan con la aplicación de

la ficha sociodemográfica e instrumentos psicológicos para la evaluación y posterior obtención de datos relevantes que comprueben o rechacen la hipótesis de la investigación.

Técnicas

Observación estructurada

Este tipo de observación corresponde a una modalidad metódica, que se apoya en herramientas como guías de observación, fichas, tablas y cuadros. Es decir, se rige a un procedimiento sistemático que usa categorías previamente codificadas. Este tipo de observación es a la luz del enfoque cuantitativo, por lo tanto, la obtención de información es sustancial y ordenada (Campos & Lule, 2012). La observación del fenómeno de estudio posibilita percibirlo de manera objetiva, puesto que, su evaluación es regida conforme a los parámetros estandarizados. Además, de ser una técnica para la corroboración de la hipótesis, se obtiene una descripción meticulosa de las variables.

Encuesta

Forma parte de las técnicas de evaluación para obtener datos sobre la problemática de estudio. Para recabar información generalmente, se presenta un listado o cuestionario de preguntas direccionadas al objetivo de la investigación. El sujeto responde las preguntas de forma oral o escrita y también, de forma anónima según el tipo de investigación que realiza el sujeto (Piacente, 2009). El uso de la encuesta permite que los datos recolectados correspondan directamente a los intereses del presente estudio. Así mismo, se logra establecer niveles de afectación más específicos a través de la escala que proporciona la encuesta. Por lo tanto, los resultados son enmarcados dentro de la objetividad científica que requiere la investigación.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

Este instrumento tiene el propósito de ahondar en las condiciones sociodemográficas de los sujetos de estudio (Garzón-Duque, Cardona-Arango, Rodríguez-Ospina & Segura-Cardona, 2016). Para recolectar información puntual sobre los participantes del estudio, se utilizó una ficha sociodemográfica. Esta herramienta, consta de 9 ítems y de acuerdo con la pregunta varía entre opción múltiple y completación de información. Entre los datos solicitados, se encuentran: edad, estado civil, situación laboral, profesión u ocupación, ciudad de residencia, sector de domicilio, identificación étnica, grado de escolaridad y situación socioeconómica. Posteriormente, se recopila datos sobre el suceso traumático, lo cual, da a conocer si el individuo cumple con los criterios de inclusión fijados previamente.

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático

Es una adaptación modificada y actualizada de la versión original que es la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997). La EGS-R, se acopla a los criterios diagnósticos del DSM-V sobre el TEPT (Echeburúa *et al.*, 2016) y lo evalúa de acuerdo a la frecuencia e intensidad de los síntomas. A partir de una serie de preguntas su objetivo es diagnosticar dicho trastorno en personas que hayan experimentado un suceso traumático.

La escala está compuesta por tres partes, primero el suceso traumático que es una breve descripción del evento relacionada con la frecuencia, el tipo de exposición y si en algún momento recibió ayuda. La segunda parte es sobre los núcleos sintomáticos, son como tal las preguntas relacionadas al diagnóstico del TEPT. Finalmente está la información complementaria, cuatro ítems evalúan la presencia de síntomas disociativos y seis ítems miden el grado de afectación en las áreas vitales de la víctima a partir del evento traumático.

Por otro lado, la escala cuenta con 21 ítems con respuestas en escalas tipo Likert de 0 a 3. Dichas preguntas son de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-V y son subdivididos de la siguiente manera: 5 ítems evalúan síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 ítems sobre la evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 ítems direccionados a evaluar las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo negativo (ACN/EAN) (rango de 0 a 21 puntos) y 6 ítems sobre los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos).

De manera global la escala fluctúa entre 0 a 63 puntos. Un dato importante es que para apreciar la presencia de un síntoma tiene que puntuar al menos dos puntos en el ítem correspondiente. Asimismo, el punto de corte establecido es 20, este el indicador de la presencia del trastorno (Florido, 2020). Por lo tanto, la escala es calificada a partir de la sumatoria de los 21 ítems, mientras más elevado sea el resultado mayor gravedad de TEPT.

La muestra contó con dos grupos de mujeres, 526 víctimas de violencia de género y 193 participantes de la población normativa. Con base en esta población la confiabilidad de la investigación se ejecutó a través del coeficiente del Alfa de Cronbach. Así pues, al analizar la fiabilidad en el grupo clínico el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.91 para la escala total, mientras que en el grupo normativo la fiabilidad de la escala total a partir del coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.89. En definitiva, a partir de los resultados del análisis factorial confirmatorio los cuatro núcleos sintomáticos del TEPT, se apoyan en el DSM-V.

Por otra parte, en la presente investigación los resultados de fiabilidad del total de la EGS-R y las subdimensiones que lo componen, se hallaron a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Los cuales, son expuestos en la siguiente tabla:

Tabla 2. Análisis de fiabilidad de la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático.

Factor	Alfa	ítem
Reexperimentación	0,699	5 ítems (1,2,3,4,5)
Evitación conductual/cognitiva	0,425	3 ítems (6,7,8)
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo cognitivo	0,852	7 ítems (9,10,11,12,13,14,15)
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	0,804	6 ítems (16,17,18,19,20,21)
Total Escala	0,915	21 ítems
Síntomas disociativos	0,765	4 ítems (1,2,3,4)
Disfuncionalidad	0,744	6 ítems (1,2,3,4,5,6)

Nota: Datos obtenidos a partir de una muestra de 60 participantes.

Mediante el análisis realizado en el programa estadístico SPSS versión 25, se obtuvo los distintos valores de Alfa de Cronbach de cada una de las dimensiones del instrumento, así como de manera global. Así pues, el factor de reexperimentación expone un $\alpha = 0,699$ lo que representa una consistencia interna baja y cuestionable. Igualmente, el factor de la evitación conductual/cognitiva presenta un $\alpha = 0,425$ por lo tanto, es una consistencia interna baja e inaceptable. Al contrario, el factor de alteraciones cognitivas y de estado de ánimo negativo revela un Alfa de Cronbach de 0,852 lo cual, significa que tiene una consistencia interna moderadamente alta y es buena.

Respecto al factor de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica el $\alpha = 0,804$ representa una fiabilidad moderada. Por último, el Alfa de Cronbach de la escala global es de 0,915 por lo cual, la consistencia interna es alta y excelente. Por último, la subdimensión de síntomas disociativos de la información complementaria exhibe un $\alpha = 0,765$ lo cual, es aceptable y moderada. La dimensión de disfuncionalidad presenta un Alfa de Cronbach de 0,744 la cual tiene una interpretación similar a la antes mencionada. Cabe mencionar que la escala mide de manera más específica el constructo de forma conjunta. El bajo nivel de consistencia interna de la dimensión de evitación conductual/cognitiva tiende a ser así debido al tamaño de la muestra del estudio.

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

Este instrumento tiene como objetivo medir la evitación experiencial. Fue desarrollada en inglés (Acceptance and Action Questionnaire-II) por Bond y colaboradores (2011) y la versión, que se utiliza en la presente investigación es la adaptada al español y evaluada en Colombia por (Ruiz *et al.*, 2016). En el Ecuador, se realizó un análisis sobre las propiedades psicométricas del AAQ-II en una muestra de 7905 estudiantes y los resultados presentaron una fiabilidad a través del coeficiente del Alfa de Cronbach de 0.919 (Paladines-Costa, López-Guerra, Ruisoto, Vaca-Gallegos & Cacho, 2021). Asimismo, se encontró que el grupo de mujeres presentó niveles significativamente más altos de inflexibilidad psicológica que los hombres. El presente instrumento es la medida más utilizada para medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (Hayes *et al.*, 2004).

El AAQ-II cuenta con siete ítems con respuestas en escala tipo Likert de 1 a 7. Los datos de fiabilidad del instrumento realizado por Bond y colaboradores (2011) en una muestra de 2,816 participantes obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0,84, se considera bueno. Por otro lado, Ruiz y otros (2016) obtuvieron una consistencia interna a través del Alfa de Cronbach entre 0.88 y 0.91. Finalmente, en cuanto su calificación la escala global es entre 7 a 49, entre más alto sea el puntaje la interpretación refiere que existe mayor nivel de evitación experiencial. En la presente investigación los resultados de fiabilidad del total del AAQ-II arrojó el siguiente coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual, se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Análisis de fiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción AAQ-II

Factor	Alfa	ítem
Total AAQ-II	0,884	7 ítems

Nota: Datos obtenidos a partir de una muestra de 60 participantes.

El Alfa de Cronbach encontrado en este estudio es consonante con los resultados de las investigaciones antes mencionadas. La fiabilidad es de $\alpha = 0,884$ lo que representa una consistencia interna moderadamente alta y buena. Por lo tanto, la versión en español del AAQ-II es apropiada para medir una de las variables de la investigación.

2.3. Población, muestra y muestreo

Población

La población de interés para el presente estudio comprende a las mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. La Fiscalía General del Estado citado en el Estudio de Sistema de Registro de Casos de Violencia contra las Mujeres (2012-2018) (2018), presenta los siguientes datos sobre la prevalencia de violencia contra mujer en el Ecuador. Entre el 2014 y 2016, se registró un total de 154,871 denuncias a nivel general por violencia basada en el género. La violencia psicológica ocupa el primer lugar con 112,144 casos, seguida de 13,829 denuncias por violación, 12,288 por violencia física, 11,576 por abuso sexual, 4,348 por acoso sexual, 342 por femicidio, 339 por violencia sexual y 5 por privación forzada de la capacidad de reproducción.

Estos datos representan a aquellas mujeres que denunciaron, sin embargo, no existe un detalle riguroso acerca de los casos y el seguimiento de cada uno. Además, es importante mencionar que varias mujeres víctimas de violencia no suelen denunciar los abusos, esto se denomina como cifra negra.

Por otra parte, la CEPAL (2018) refiere que en el año 2017, se registraron 105 femicidios, es decir cada 57 horas una mujer fue violentada o asesinada por el hecho de ser mujer en el Ecuador. Asimismo, el INEC (2019) refiere que en el país 65 de cada 100 mujeres han experimentado algún hecho de violencia a lo largo de su vida. Finalmente, en cuanto al rango de edad de los participantes, este oscila entre 18 y 60 años pues según los datos los mayores índices de violencia son en una relación conyugal. Alrededor de esta edad las mujeres suelen contraer matrimonio o establecer algún tipo de relación afectiva. Por lo tanto, estas edades son apropiadas para evaluar el trastorno de estrés postraumático por ser víctima de violencia y la evitación experiencial en relación con este suceso.

Muestra

El tamaño de la muestra de la presente investigación fue determinado mediante el criterio de conveniencia o arbitrariedad. En primer lugar, debido a la dificultad de acceso a la población al considerarse un grupo social vulnerable; se tomó como muestra a 60 mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. En segundo lugar, el tiempo para la recolección de datos fue relativamente corto para lograr acceder a más casas de acogida, fundaciones o profesionales que brinden el apoyo necesario para lograr agrandar el tamaño de la muestra. Únicamente, se accedió a casas de acogida de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi, Orellana y Carchi, por otro lado, se obtuvieron datos de mujeres de las provincias de Tungurahua, Azuay y Pichincha. Por lo tanto, el proceso de la obtención de información presentó un alto grado de dificultad. En cuanto a la factibilidad el tamaño de la muestra esta admite, que se lleve a cabo la investigación y los objetivos de esta.

Muestreo

Con relación a la selección de los participantes, se realizó a través de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. De acuerdo con Arias-Gómez, Villasís-Keever y Miranda (2016) este tipo de muestreo, se basa en la selección de la población por métodos no aleatorios cuyas características sean semejantes a las de la población previamente establecida para el estudio. Por otra parte, Otzen y Manterola añaden que “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (2017, p. 230). En este caso, no todos los sujetos de la población general tienen la posibilidad de ser elegidos, así que el tipo de muestreo escogido permitió recolectar información acorde a los objetivos de la investigación.

Por otro lado, el criterio de voluntariedad fue fundamental para la aplicación de los reactivos, puesto que, solo las mujeres que aceptaron los términos y condiciones del estudio respondieron los cuestionarios. Las participantes fueron seleccionadas con base en los siguientes criterios de inclusión: a) Identificarse con el sexo femenino, b) Cumplir con la mayoría de edad, c) Haber sufrido cualquier tipo de violencia, d) Haber otorgado su consentimiento informado.

Caracterización de la población

A continuación, se presentan los resultados de las variables sociodemográficas con el fin de describir las principales características de la población objetivo. Dichas variables, se agrupan en: variables personales, variables socioeconómicas y laborales y variables relacionadas al suceso traumático.

VARIABLES PERSONALES

Tabla 4. Análisis estadístico de variables personales

Edad	\bar{X}	σ	Mínimo	Máximo
	35,00	11,183	18	60
Variables	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)		
Estado civil				
Casada	12	20,0		
Divorciada	16	26,7		
Unión libre	10	16,7		
Soltera	22	36,7		
Provincia				
Orellana	8	13,3		
Cotopaxi	8	13,3		
Chimborazo	19	31,7		
Tungurahua	9	15,0		
Pichincha	5	8,3		
Carchi	7	11,7		
Azuay	4	6,7		
Sector domicilio				
Rural	24	40,0		
Urbano	36	60,0		
Identificación étnica				
Mestiza	51	85,0		
Indígena	9	15,0		
Grado de escolaridad				
Primaria	8	13,3		
Secundaria	31	51,7		
Superior	21	35,0		

Nota: 60 casos. \bar{X} : Media. σ : Desviación estándar.

En la Tabla 2, se exponen las características de la población respecto a las variables de edad, estado civil, provincia de residencia, sector de domicilio, identificación étnica y grado de escolaridad. El análisis estadístico de dichas variables nominales se evidencia a través de la frecuencia (f) y representación porcentual (%). Únicamente la variable correspondiente a la edad es presentada con la media (\bar{X}) y desviación estándar (σ).

En primer lugar, se observa una mayor prevalencia de mujeres solteras dentro de la población objetivo con un 36,7%, seguido de un 26,7% de mujeres divorciadas. En segundo lugar, respecto a la provincia de residencia las predominantes son Chimborazo con el 31,7% y Tungurahua con el 15%. Orellana junto con Cotopaxi ocupan 13,3% cada una. Con relación al sector de domicilio, el 60% está ubicado en el sector urbano, mientras que el 40% manifiesta residir en el

sector rural. Asimismo, en la identificación étnica un 85% de mujeres refiere ser mestiza y un 15% indígena. Simultáneamente, en el grado de escolaridad el 51,7% alcanzado el nivel de secundaria, el 35% el grado superior y un 13,3% el nivel de primaria.

Variables socioeconómicas y laborales

Tabla 5. Análisis estadístico de variables socioeconómicas y laborales

Variabes	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Situación laboral		
Negocio propio	2	3,3
Medio tiempo	8	13,3
Tiempo completo	19	31,7
Desempleada	31	51,7
Profesión/ocupación		
Agricultura	2	3,3
Ama de Casa	16	26,7
Comerciante	9	15,0
Ninguna	5	8,3
Artesano	3	5,0
Docencia	4	6,7
Restaurante	4	6,7
Estudiante	7	11,7
Chofer	2	3,3
Contadora	1	1,7
Enfermera	1	1,7
Limpieza	2	3,3
Ing. Alimentos	1	1,7
Jubilada	1	1,7
Técnico	2	3,3
Situación socioeconómica		
Mala	1	1,7
Regular	36	60,0
Buena	22	36,7
Muy buena	1	1,7

Nota: 60 casos.

En el presente apartado, se analizan las características de la muestra respecto a las variables de la situación laboral, profesión u ocupación y la situación socioeconómica. De igual manera, al ser variables nominales son reveladas mediante la frecuencia (*f*) y representación porcentual (%). En la Tabla 3, la variable referente a la situación laboral evidencia que el 51,7% de la muestra, se encuentra en condición de desempleo y el 31,7% tiene una jornada laboral de tiempo completo.

Por otro lado, la profesión/ocupación predominante es ama de casa con un 26,7%, seguida del comercio con un 15,0%. Posteriormente, un 11,7% son estudiantes, el 8,3% refiere que no realiza ninguna actividad remunerable, la docencia y trabajar en un restaurante representan el 6,7% cada una. Respecto a la situación socioeconómica, el 60% refiere tener una condición regular, el 36,7% buena, el 1,7% mala y simultáneamente el 1,7% restante una condición muy buena.

VARIABLES RELACIONADAS AL SUCESO TRAUMÁTICO

Tabla 6. Análisis de variables relacionadas al suceso traumático

Variables	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Tipo de exposición		
Exposición directa	60	100,0
Suceso traumático		
Violencia física	7	11,7
Violencia sexual	14	23,3
Violencia psicológica	8	13,3
Violencia física, intrafamiliar y psicológica	1	1,7
Violencia física y psicológica	19	31,7
Violencia física y sexual	2	3,3
Violencia física, sexual e intrafamiliar	1	1,7
Violencia física, sexual, intrafamiliar y psicológica	1	1,7
Violencia física, sexual y psicológica	3	5,0
Violencia intrafamiliar y psicológica	1	1,7
Violencia sexual e intrafamiliar	2	3,3
Violencia sexual y psicológica	1	1,7
Frecuencia del suceso traumático		
Episodio único	5	8,3
Episodios continuados	55	91,7
Ocurre actualmente		
Sí	4	6,7
No	56	93,3
Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido		
Psicológico	42	70,0
Farmacológico	1	1,7
Psicológico y Farmacológico	4	6,7
Ninguno	13	21,7
Continúa en la actualidad		
Sí	38	63,3
No	22	36,7
Revictimización a otro suceso traumático		
Sí	16	26,7
No	44	73,3

Nota: 60 casos.

En la Tabla 4, se exhiben detalles y particularidades acerca de las variables relacionadas al suceso traumático, es decir, se analizan aspectos relacionados al tipo de exposición, tipo de suceso traumático y su frecuencia, si ocurre en la actualidad, si la persona ha recibido o no tratamiento y si este continúa, asimismo, la revictimización a otro suceso traumático. En cuanto al tipo de exposición, el 100% de las mujeres han experimentado el evento traumático de manera directa.

En contraste, el suceso sobresaliente en la muestra es la violencia física y psicológica con un 31,7%, seguida de la violencia sexual con un 23,3% y la violencia psicológica con un 13,3%. Conjuntamente, la frecuencia del suceso traumático en su mayoría corresponde a episodios continuados con un 91,7% y el 8,3% restante concierne a un episodio único.

Respecto a la ocurrencia del evento en la actualidad el 93,3% de la muestra refiere que no y el 6,7% manifiesta que la violencia continúa. Por otra parte, el tratamiento al que la mayor parte de las mujeres ha logrado acceder es el psicológico con un 70%. Sin embargo, una muestra significativa del 21,7% no ha recibido ningún tipo de tratamiento. El 6,7% ha recibido tratamiento psicológico y farmacológico y el 1,7% solo tratamiento farmacológico. De igual manera, únicamente el 63,3% de las personas que pudieron acceder a un tratamiento continúan en la actualidad, mientras que el 36,7% no. Finalmente, en cuanto a la revictimización a otro suceso traumático el 73,3% menciona que no y el 26,7% afirma este hecho.

Procedimiento Metodológico

El desarrollo de la presente investigación tuvo lugar con base a una serie de pasos sistematizados. En primer lugar, una vez identificada la institución que iba a brindar apoyo al estudio respecto a la población, se obtuvo el debido permiso institucional. A partir de un oficio omitido por la Dirección de Escuela de Psicología. Una vez solventado este tema, se llevó a cabo la socialización del plan a la muestra en potencia. Como tal abarcó aspectos como los objetivos del estudio, las actividades a realizar por parte de las participantes y determinados aspectos éticos.

En segundo lugar, se realizó la planificación del proceso de levantamiento de datos para evitar altercados posteriores. A continuación, se dio una selección de los participantes del estudio, puesto que, debían cumplir con algunos criterios para ser parte de la investigación. Este paso fue determinante porque permitió delimitar adecuadamente a la población objetivo. Asimismo, se seleccionaron los instrumentos idóneos para evaluar variables del estudio.

Consecuentemente, se procedió a dar lectura de la carta de consentimiento informado y la firma de aceptación. De manera que, se aplicaron los instrumentos y herramientas tales como: Ficha sociodemográfica para recopilar información personal de las participantes, Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático y el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) con el fin de hallar el nivel de evitación experiencial en las víctimas a raíz del evento.

A continuación, se ejecutó el diseño de la encuesta a través de la aplicación *Google Forms* con el enlace directo a <https://forms.gle/hbkJEzKfr8KP1YZY7>. Es así como, el método de evaluación fue en línea y de manera individual; sin embargo, en algunos casos se aplicó personalmente. Se optó por el método virtual debido que las distintas casas de acogida y organizaciones que brindan ayuda a este tipo de población están ubicadas en varias provincias del Ecuador y movilizarse de manera presencial no fue factible.

El levantamiento de datos, se realizó en los meses de febrero y marzo de 2022. Por otro lado, a fin de obtener en su totalidad datos que cumplan con los requisitos previamente establecidos se procedió a la depuración de los datos inconsistentes por razones como: exposición no directa al suceso, casos de no violencia o discrepancia entre las respuestas. Finalmente, se permaneció con una muestra de 60 mujeres. Más adelante, una vez obtenida la información válida, se llevó a cabo la digitalización de los datos en Excel.

Posteriormente, se ejecutó el análisis descriptivo y correlacional entre los cuestionarios en el programa estadístico SPSS, versión 25. Lo cual, permitió hacer el contraste de hipótesis previamente establecido, así como las conclusiones, recomendaciones el informe final de investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos

A través de la aplicación de reactivos psicométricos, se presentan los resultados obtenidos del análisis descriptivo y correlacional de los datos recolectados. Con el objetivo de encontrar información específica, se utilizó un test para cada variable: trastorno de estrés postraumático y evitación experiencial.

3.2. Análisis descriptivo de EGS-R

Con la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático, y la obtención de los datos estadísticos es presentada a partir de los resultados tanto de la escala total como de las subdimensiones que la conforman. En la Tabla 7, se expone su respectiva media (\bar{X}), desviación estándar (s), asimetría (As) y curtosis (Cu) en relación con cada factor.

Tabla 7. Análisis descriptivo de las puntuaciones de la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático

Factor	\bar{X}	S	As	Cu
Reexperimentación	6,68	3,229	0,496	-0,321
Evitación conductual/ cognitiva	5,40	1,906	-0,84	-1,27
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	11,00	5,208	0,249	-1,053
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	8,15	4,317	0,467	-0,996
Total Tept	31,23	12,668	0,216	-1,106
Síntomas disociativos	2,85	2,887	0,824	-0,406
Disfuncionalidad	9,78	4,005	-0,16	-0,786

Nota: \bar{X} : media; S: desviación estándar; As: asimetría; Cu: curtosis. Datos obtenidos de 60 participantes.

Al observar la Tabla 7, es notable que la media total del presente trabajo ($\bar{X} = 31,23$ y $S = 12,668$) es superior a la expuesta por Echeburúa y colaboradores (2016) ($\bar{X} = 19,98$ y $S = 12,91$); sin embargo, la desviación estándar es similar. El valor de la media es incluso mayor en comparación al grupo clínico de dicha investigación ($\bar{X} = 23,83$) y del grupo normativo ($\bar{X} = 9,50$). Por otro lado, el factor de reexperimentación exhibe una $\bar{X} = 6,68$ la cual es mayor a la

del grupo clínico ($\bar{X} = 5,88$) y del grupo normativo ($\bar{X} = 2,65$). Con relación al factor de evitación conductual/cognitiva la $\bar{X} = 5,40$, de igual manera es mayor a la del grupo clínico ($\bar{X} = 4,15$) y del grupo normativo ($\bar{X} = 2,36$). Asimismo, la subdimensión de alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo presenta una media mayor a la del grupo clínico ($\bar{X} = 7,15$) y del grupo normativo ($\bar{X} = 2,57$), puesto que, la media es de $\bar{X} = 11,00$.

En cuanto al factor de hiperactivación el presente estudio arrojó una $\bar{X} = 8,15$ la cual en comparación al grupo clínico ($\bar{X} = 6,63$) y el grupo normativo ($\bar{X} = 1,92$) es mayor. Finalmente, la escala complementaria compuesta por el factor de síntomas disociativos manifiesta una $\bar{X} = 2,85$ mientras que el grupo clínico tiene una $\bar{X} = 0,76$ y el grupo normativo $\bar{X} = 0,26$. Por lo que refiere a la subdimensión de disfuncionalidad la media es de $\bar{X} = 9,78$, la cual es menor al grupo clínico ($\bar{X} = 10,23$) pero mayor a la del grupo normativo ($\bar{X} = 2,66$).

En síntesis, la muestra utilizada en la presente investigación expone de manera acentuada los síntomas del TEPT. Debido que al contrastar los valores de la media de este estudio y los encontrados por Echeburúa y colaboradores (2016) superan al grupo clínico. Por lo tanto, los resultados obtenidos indican que las participantes tienen altos niveles de TEPT, es decir, son una muestra clínicamente relevante.

3.3. Análisis descriptivo del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

En el presente apartado, se presentan los resultados obtenidos de la puntuación total de los 7 ítems que componen este instrumento. A continuación, en la Tabla 8, se expresan los respectivos datos correspondientes a la media (\bar{X}), desviación estándar (s), asimetría (As) y curtosis (Cu) del test.

Tabla 8. Análisis de los resultados del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

Factor	\bar{X}	S	As	Cu
Total AAQ-II	30,58	6,768	0,156	-0,366

Nota: \bar{X} : media; S: desviación estándar; As: asimetría; Cu: curtosis. Datos obtenidos de 60 participantes.

Los resultados obtenidos del AAQ-II, es decir el factor de la evitación experiencial presenta una $\bar{X} = 30,58$ y $S = 6,768$. En este caso, el valor es similar a los hallazgos de Ruiz y colaboradores (2016) en un grupo clínico ($\bar{X} = 29,67$ y $S = 10,27$). Por esta razón, es posible considerar a la presente muestra como un grupo clínico, debido a las características significativas entre los resultados. Es importante mencionar que, la media difiere con el grupo de estudiantes universitarios ($\bar{X} = 19,99$) y la población general ($\bar{X} = 22,86$).

Es decir, existen valores similares e incluso superiores de evitación experiencial en grupos clínicamente relevantes como las mujeres víctimas de violencia. Al contrario, Paladines-Costa y otros (2021) obtuvieron una $\bar{X} = 23,00$ en población femenina, la cual es menor a los valores obtenidos en este estudio.

3.4. Análisis de Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático

Por lo que refiere a la prevalencia del TEPT en las participantes, se detalla a continuación:

Tabla 9. Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
TEPT Leve	17	28,3
TEPT Moderado	43	71,7
Total	60	100,0

Nota: Datos obtenidos de 60 participantes

Un estudio realizado por Véliz-Espinoza y Terán-Espinoza (2020) demostró que el 50% de su muestra (mujeres violentadas) presentó sintomatología de TEPT Agudo, 20% TEPT Crónico y 30% inicio demorado de TEPT. En otras palabras, el 70% de la muestra evidencia sintomatología marcada del trastorno. En la presente investigación, el 71,7% cumple con los criterios diagnósticos del TEPT, por lo tanto, los datos son similares en poblaciones bajo las mismas condiciones.

3.5. Análisis Correlacional del TEPT y EE

El trastorno de Estrés Postraumático y la Evitación Experiencial, en esta última parte del análisis de resultados, se determina el grado de correlación entre las variables del estudio. Por consiguiente, en la Tabla 10 están los resultados obtenidos a través del coeficiente de Spearman (r) de la reexperimentación, evitación conductual/ cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, el total del trastorno de estrés postraumático y el total de la evitación experiencial.

Tabla 10. Análisis de correlación entre el trastorno de estrés postraumático y la evitación experiencial

	A	B	C	D	E	F
A) Reexperimentación	1,000					
B) Evitación	0,477**	1,000				
C) ACN/EAN	0,624**	0,556**	1,000			
D) Hiperactivación	0,680**	0,483**	0,869**	1,000		
E) Total Tept	0,788**	0,655**	0,942**	0,932**	1,000	
F) Total AAQ	0,493**	0,487**	0,743**	0,655**	0,729**	1,000

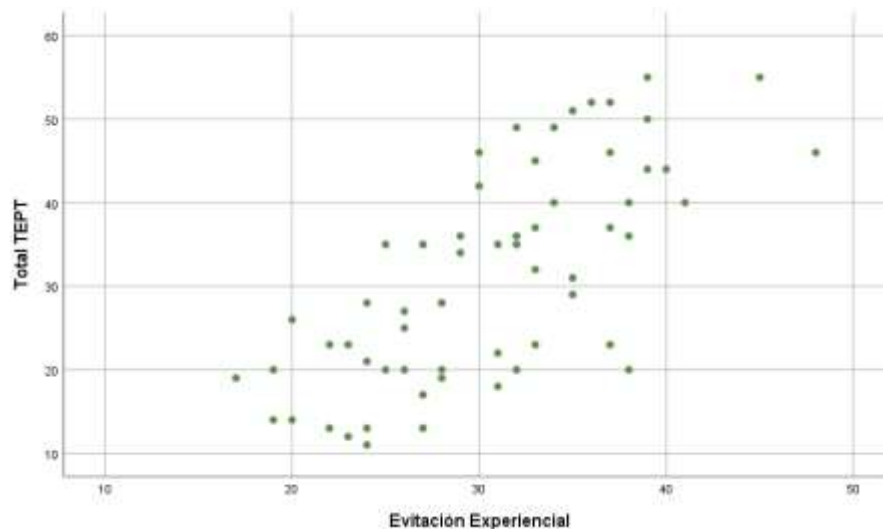
Nota: Datos obtenidos de 60 participantes.

A: Reexperimentación; B: Evitación conductual/cognitiva; C: Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo; D: Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; E: Total Tept; F: Total AAQ-II. ** = $p < ,001$

El análisis correlacional de las variables da a conocer una correlación positiva alta ($r = 0,729$), esto implica que a mayor trastorno de estrés postraumático mayor nivel de evitación experiencial. Por lo tanto, se comprueba la hipótesis de la investigación; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa en la cual se revela que sí existe relación entre ambas variables.

De igual manera, el total de la EE y las ACN/EAN negativo mantienen una correlación alta y positiva ($r = 0,743$). Puesto que, se enfocan parcialmente en la afectación del suceso traumático en la vida cotidiana del sujeto. Es decir, la influencia de los pensamientos y sentimientos en el cumplimiento de metas y objetivos del sujeto. Para observar mejor la relación entre las variables, se presenta la Figura 1, que gráfica la correlación positiva de manera notable.

Gráfico 1. Correlación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de esta investigación guardan similitud con los resultados de Bardeen y Fergus (2016) dado que, se encontró una asociación positiva entre el aumento de la EE y el aumento del TEPT. En otras palabras, entre más elevada la sintomatología de la evitación existía mayor prevalencia del TEPT. Por otra parte, un estudio ejecutado por Muñoz-Rivas, Bellot, Montorio, Ronzón y Redondo (2021) demostró que el grupo de estudio conformado por mujeres víctimas de violencia presentaron mayores índices de TEPT y desregulación emocional.

La baja capacidad para gestionar el abrumamiento emocional es debido a la poca flexibilidad psicológica. Por lo tanto, se llegó a la conclusión de la gran incidencia de este factor en el mantenimiento del TEPT. Puesto que, la gravedad de este trastorno es asociado significativamente con la supresión de sentimientos, pensamientos, emociones o recuerdos del evento traumático.

Otra investigación realizada por Bardeen, Tull, Stevens y Gratz (2015), también, guarda similitud con los resultados de este proyecto. Se confirmó la hipótesis que los participantes con TEPT tienden a evitar más las emociones negativas, por lo tanto, existe una correlación positiva

entre ambos factores. En el mismo estudio, se manifestó que no existe una asociación significativa entre la ansiedad y el TEPT en participantes con baja evitación experiencial.

Es decir, el papel moderador de la evitación experiencial coadyuba a la prevalencia de diferentes trastornos como el TEPT. Análogamente, un estudio realizado por Ben-Zion y colaboradores (2018) halló que en las personas que tuvieron mayores niveles de flexibilidad psicológica los síntomas de TEPT fueron más bajo después de 6 meses de exposición al trauma. En otras palabras, la flexibilidad psicológica adquirió un valor predictor en cuanto a la gravedad de síntomas del TEPT. Por lo tanto, se infiere que a mayor EE mayor es la prevalencia del trastorno.

3.6. Verificación de hipótesis

Por lo que refiere a la comprobación de hipótesis, se planteó lo siguiente:

- Hipótesis nula: No existe una relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia.
- Hipótesis alternativa: Sí existe relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia.

El análisis de resultados (ver tabla 10) evidencia que existe una correlación positiva entre las variables, esta se encuentra en un rango de moderado-alto y significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

CONCLUSIONES

- El análisis de la relación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia en diferentes escenarios es positiva; dado que, la EE es un trastorno transdiagnóstico de una variedad de psicopatologías. En el caso del TEPT asume un papel mediador, en el que mientras el individuo trata de evitar los recuerdos, pensamientos, emociones, etc., la sintomatología del TEPT es más severa. En poblaciones como mujeres víctimas de violencia, específicamente en mujeres víctimas de violencia sexual, la evitación conductual y cognitiva de la experiencia agrava los síntomas del TEPT.
- La fundamentación teórica sobre las variables de la investigación expone que la evitación experiencial es un patrón de regulación de conducta dirigido a suprimir, evitar o escapar de pensamientos, emociones, sentimientos, recuerdos, entre otros, considerados aversivos. Esta conducta adquiere un valor patologizado al alejar al individuo de su valores y metas, puesto que, limita el comportamiento y se enmarca en un modelo fortalecido por las críticas y cogniciones negativas. Por lo que refiere al trastorno de estrés postraumático es un fenómeno que tiene lugar luego de un evento traumático (desastre natural, conflicto bélico, abuso o violencia sexual, entre otros). Asimismo, tiene consecuencias a nivel físico, emocional y cognitivo, sin embargo, con base en la bibliografía no todas las personas que han vivido una experiencia traumática son diagnosticadas con TEPT; puesto que, inciden diversos factores de la historia personal del sujeto.
- La evaluación de las variables permitió conocer que sí tienen lugar en mujeres víctimas de violencia. Esto es corroborado, a través de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos psicométricos. En primer lugar, la variable de evitación experiencial medida con el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) no tiene un punto de corte como tal, pero a mayor puntuación mayor presencia del constructo. En la presente muestra de mujeres víctimas de violencia, los índices de EE son altos, es decir, existe un mecanismo de escape o supresión de conductas privadas perceptible. En segundo lugar, la variable de trastorno de estrés postraumático que fue evaluada por la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada

(EGS-R) del TEPT, manifiesta que más del 50% de la muestra tiene TEPT, es decir, altos niveles del trastorno.

- Por último, el análisis correlacional evidencia que existe una correlación positiva entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático. Dado que, el coeficiente de Spearman (r) sobrepasa el 0,7 y se interpreta como una correlación moderada-alta. Dicho de otro modo, existe una asociación con covarianza en la que necesariamente la EE y el TEPT mantienen una relación de predictibilidad evidente. En la presente muestra a mayores niveles de evitación experiencial la sintomatología del trastorno de estrés postraumático suele agravarse, por lo tanto, se confirma la hipótesis del estudio. En síntesis, debido a la poca flexibilidad psicológica del sujeto dichos fenómenos tienen un predominio en diferentes funciones discriminativas de la conducta privada.

RECOMENDACIONES

- Con base en los resultados de esta investigación, se logra identificar la asociación entre la evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto, se recomienda considerar estos datos y poner en marcha estrategias de intervención para los casos de violencia de género. Dado que, esta influencia de variables entre sí genera un sesgo en la práctica clínica.
- De igual manera, se recomienda tomar las variables presentadas en este estudio para nuevas investigaciones que abarquen de forma global la temática de violencia de género. Es decir, también, considerar las situaciones de abuso que viven los hombres, si bien es cierto son en menor cantidad, es importante que exista una visibilización de esta problemática en ambos géneros. En la actualidad, la toma de conciencia sobre la violencia contra la mujer y sus consecuencias son problemas sociales con los que lidian los profesionales de la salud, pero suelen obviar los casos en población masculina.
- Asimismo, dada la correlación establecida entre las variables anteriormente mencionadas, se recomienda extender esta investigación hacia otro tipo de población, es decir, en condiciones de estrés postraumático por otras causas como conflictos bélicos, confinamiento, desastres naturales, entre otros. Esto con el objetivo de hallar nuevos datos, en los que los resultados variarían o a su vez guardarían similitud con los de la presente investigación. A su vez, es recomendable trabajar con una muestra de mayor tamaño para obtener resultados mucho más específicos y confiables.
- Evidentemente, los índices de violencia contra la mujer en los últimos años han aumentado significativamente esto, se debe a la pandemia suscitada. Por esta razón, se recomienda a los investigadores que deseen indagar en torno a la violencia de género, evitación experiencial y el trastorno de estrés postraumático, llevarlas a cabo en situaciones estándar. Puesto que, la alteración del contexto suele generar un falso positivo o negativo en los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Accatino, L., Figueroa, R., Cortés, P., & Sorensen, R. (2016). *Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo*. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 643-655.
- Adams, A., Bybee, D., Tolman, R., Sullivan, C., & Kennedy, A. (2013). *Does Job Stability Mediate the Relationship Between Intimate Partner Violence and Mental Health Among Low-Income Women?* *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 600-608. doi:10.1111/ajop.12053
- Águila, Y., Hernández, V., & Hernández, V. (2016). *Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes*. *Revista Médica Electrónica*, 38(5), 697-710.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., . . . Vidal, P. (2010). *Estrés postraumático en mujeres víctimas*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Álvarez, H. (2019). *Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1068-1083.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amor, P., & Echeburúa, E. (2010). *Claves Psicosociales para la Permanencia de la Víctima en una Relación de Maltrato*. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97-104. doi:10.5093/cc2010v1n2a3

- Andreu, M. (2017). *Resiliencia y sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género*. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia, Murcia.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M., & Miranda, M. (2016). *El protocolo de investigación III: la población de estudio*. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.
- Arrom, C., Arrom, M., Ruoti, M., Fresco, M., Arrom, C., & Capurro, M. (2018). *Participación de mujeres en organizaciones sociales y redes familiares en contexto de violencia doméstica*. *Memorias del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud*, 16(1), 6-13. doi:10.18004/Mem.iics/1812-9528/2018.016(01)06-013
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia en Mujeres*. Quito.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Bardeen, J., & Fergus, T. (2016). *The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. doi:10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Bardeen, J., Tull, M., Stevens, E., & Gratz, K. (2015). *Further Investigation of the Association between Anxiety Sensitivity and Posttraumatic Stress Disorder: Examining the Influence of Emotional Avoidance*. *Journal Contextual Behavior Science*, 4(3), 163-169. doi:10.1016/j.jcbs.2015.05.002

- Barón, S. (2019). *Crítica de Artículo: Ceguera de Género, Feminismo y Academia en la Violencia de Género. Comentario a Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019*. Anuario de Psicología Jurídica, 29(1), 89-93. doi:10.5093/apj2019a7
- Barraca, J. (2007). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos Aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo*. Miselánea Comillas, 65, 761-781.
- Basile, K., & Smith, S. (2011). *Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, characteristics, and the Role of Public Health and Prevention*. American Journal of Lifestyle Medicine, 5(5), 407-417. doi:10.1177/1559827611409512
- Ben-Zion, Z., Fine, N., Jakob, N., Admon, R., Green, N., Halevi, M., . . . Shalev, A. (2018). *Cognitive Flexibility Predicts PTSD Symptoms: Observational and Interventional Studies*. Original Research, 9, 1-8. doi:10.3389/fpsy.2018.00477
- Bermúdez, L., Barrantes, M., & Bonilla, G. (2020). *Trastorno por estrés postrauma*. Revista Médica Sinergia, 5(9), 1-11. doi:10.31434/rms.v5i9.568
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Colombia: Pearson Educación.
- Blair, E. (2009). *Aproximación teórica al concepto del violencia: avatares de una definición*. Política y Cultura, (32), 9-33.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (2011). *Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action*. Behavior Therapy, 42(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M., & Adams, J. (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS. OPS , 21-26.

- Bowman, M., & Yehuda, R. (2004). *Risk Factors and the Adversity-Stress Model*. Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies, 15-38. doi:10.1002/9780470713570.ch2
- Breiding, M. (2014). *Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization — National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011*. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002), 63(8), 1-18.
- Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2009). *Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual*. Psykhe, 18(2), 113-126. doi:10.4067/S0718-22282009000200008
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). *Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres*. Psicothema, 19(3), 446-451.
- Campos y Covarrubias, G., & Lule, N. (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*. Xihmai, 7(13), 45-60.
- Campos, I., & López, S. (2018). *Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa-2017*. [Tesis de grado]. Universidad de Arequipa, Arequipa.
- Campos, M. (2016). *Trastorno de estrés postraumático*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII, 619, 233-240.
- Cantú-Martínez. (2021). *Organizaciones no gubernamentales y violencia de género: Caso Nuevo León, México*. Universitas,(35), 151-165. doi:10.17163/uni.n35.2021.07

- Carvajal, C. (2002). *Trastorno de Estrés Postraumático: perfil clínico*. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 40(2), 20-34.
- Castro, G. (2017). *Violencia de género en el embarazo*. [Tesis de grado]. Universidad de Cantabria, Cantabria.
- Castro, R., & Riquer, F. (2012). *Claroscuros en el conocimiento sobre violencia contra las mujeres*. En I. Casique, & R. Castro, *Retratos de la violencia contra las mujeres en México*. (pp. 9-39). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cebrian, A., Adán, J., & Isla, I. (2009). *El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (91), 7-18.
- CEPAL. (2018). *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe del CEPAL - Naciones Unidas*. New York .
- Cernuda, A. (2013). *Efectos de un programa de arte-terapia cognitiva conductual con mujeres víctimas de violencia sexual*. En R. Quevedo-Blasco, & V. Quevedo-Blasco, *Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (pp. 101-106). España: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Chan, K., Tiwari, A., Fong, D., Cheong, W., Brownridge, D., & Chung-Ho, P. (2011). *Correlates of In-Law Conflict and Intimate Partner Violence Against Chinese Pregnant Women in Hong Kong*. Journal of Interpersonal Violence, 24(1), 97-110. doi:10.1177/0886260508315780.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). *La evitación experiencial como un enfoque dimensional funcional de la psicopatología: una revisión empírica*. Journal of Clinical Psychology, 63(9), 871-890. doi:10.1002 / jclp.20400

- Coila, A. (2014). *Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaría de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Collett, D., & Bennett, T. (2015). *Putting intimate partner violence on your radar*. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 28(10), 24-48. doi:10.1097/01.JA.A.000.0471606.69408.ac
- Colque, J. (2020). *Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja*. *Educa UMCH*, 15(1), 5-22. doi:10.35756/educaumch.v1i15.129
- Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., & Vicente, B. (2011). *Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49(3), 288-297.
- Craig, B., Ray-Sannerud, B., & Heron, E. (2015). *Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 263-268. doi: doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.002
- Crespo, C., Guitiérrez, L., & Ruiz, H. (2019). *Trastorno por estrés agudo y postraumático*. *Medicina-Programa de Formación Médica Continua Acreditado*, 12(84), 4918-4928. doi:10.1016/j.med.2019.07.002
- Crespo, M., & Gómez, M. (2012). *La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)*. *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41. doi:10.5093/cl2012a4
- Creswell, J. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: SAGE Publications.

- Cuervo, E. (2016). *Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación*. *Política y Cultura*, (46), 77-97.
- Darcout, A. (2017). *Caracterización de las mujeres que demandan interconsulta de psicología por violencia*. *Revista Finaly*, 7(1), 5-15.
- Daryanani, N. (2019). *Intervención psicológica en víctimas de violencia de género a través de la terapia de aceptación y compromiso y atención plena*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Valencia, Valencia.
- De la Rosa Gómez, A., & Cárdenas, G. (2016). *Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional*. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 70-79.
- De la Viuda-Suárez, M., & Casas-Posada, A. (2020). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional: Un estudio piloto*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 42-49. doi:10.21134/rpcna.2020.07.2.5
- De Vries, S., Juhnke, G., & Keene, C. (2018). *PTSD, Complex PTSD, and Childhood Abuse: Gender Differences among a Homeless Sample*. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 10(2), 2-15. doi:10.33043/JSACP.10.2.2-15
- Dekel, S., Gilbertson, M., Rauch, S., Wood, N., & Pitman, R. (2018). *Acontecimientos traumáticos y trastorno de estrés postraumático*. En T. Stern, M. Fava, T. Wilens, & J. Rosenbaum, *Massachusetts General Hospital. Tratado de psiquiatría clínica. Segunda edición*. (pp. 380-394). Barcelona: Elsevier.
- Delara, M. (2016). *Mental Health Consequences and Risk Factors of Physical Intimate Partner Violence*. *Mental Health in Family Medicine*, 12, 119-125.

- Domenach, J. (1980). *La violence*. En J. Domenach, H. Laborit, A. Joxe, J. Galtung, D. Senghaas, O. Klineberg, . . . E. Boulding, *La Violence et ses causes* (pp. 31-42). Paris: UNESCO.
- Echeburúa, E. (2010). *The challenge of Posttraumatic Stress Disorder Prevention: How to Survive a Disaster?* *Terapia Psicológica*, 28(2), 147-154.
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., & Muñóz, J. (2016). *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno*. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P., & Corral. (2010). *Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 403-420.
- Echeverría, H. (2016). *Los diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación*. Argentina: UniRío Editora.
- Escobar, J., & Uribe, M. (2014). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Colombia: Ediciones Uniandes.
- Fernández, M. (2014). *Estrés postraumático y violencia de pareja: Análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos*. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Ferrel, F., Ferrel, L., Cañas-Herazo, C., Barros, M., & Yáñez, H. (2020). *Estilo de vida y estrés postraumático en mujeres desplazadas víctimas de víctimas de abuso sexual en Santa Marta, Colombia*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), e1363.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, M., & Navarro, C. (2006). *Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos*. *Anales de Psicología*, 22(2), 251-259.
- Florido, G. (2020). *Análisis de los Instrumentos de Evaluación Psicométrica del TEPT en población española*. [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Comillas, Madrid.
- Garcés, F. (2019). *Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en mujeres violentadas, Cumandá 2016-2018*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Chimborazo, Latacunga.
- García, M., & Matud, M. (2015). *Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España*. *Salud Mental*, 38(5), 321-327. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.044
- García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d'Oliveira, A., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). *The health-systems response to violence against women*. *Lancet*, 385(9977), 1567-1579. doi:10.1016/S0140-6736(14)61837-7
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. *World Health Organization*, 27-32.
- Garzón-Duque, M., Cardona-Arango, M., Rodríguez-Ospina, F., & Segura-Cardona, A. (2016). *Características sociodemográficas, económicas, ocupacionales y de percepción de salud que explican la disfuncionalidad familiar de trabajadores informales*

“vendedores” del centro de Medellín. *Revista Universidad y Salud*, 18(3), 447-461.
doi:10.22267/rus.161803.50

Gilbar, O., Wester, S., & Ben-Porat, A. (2021). *The effects of gender role conflict restricted emotionality on the association between exposure to trauma, posttraumatic stress disorder and intimate partner violence severity*. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(1), 88-100. doi:10.1037/men0000266

Gómez, M., Hormigos, J., & Perelló, S. (2019). *El ciclo de la violencia contra las mujeres en las canciones de música popular en España*. *Andamios*, 16(41), 331-353. doi:10.29092/uacm.v16i41.728

Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., De Francisco, M., & Crespo, M. (2018). *Tratamiento Cognitivo-conductual de un Caso de Estrés Postraumático por Accidente Ferroviario. ¿Éxito Terapéutico o Evitación?* *Clínica y Salud*, 29, 101-104. doi:10.5093/clysa2018a15

Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). *Teoría de los marcos relacionales: Algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.

González-González, C. (2014). *Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT)*. *Salud Jalisco*, (2), 128-134.

Greco, L., & Hayes, S. (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents: A Practitioner's Guide*. Oakland: New Harbinger Publications.

Greenberg, N., Brooks, S., & Dunn, R. (2015). *Latest developments in posttraumatic stress disorder: diagnostic and treatment*. *British Medical Bulletin*, 114(1), 147-155. doi:10.4067/S0718-22282009000200008

- Guerra, C., Plaza, H., & Farkas, C. (2017). *Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente*. *Psicoperspectivas*, 16(1), 67-79.
- Guillén, L. (2018). *Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana*. [Tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma, Lima.
- Harris, R. (2019). *ACTMade Simple: An easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy 2ed*. New Harbinger Publication .
- Hayes, S., Brownstein, J., Zettle, D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). *Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45(3), 237-256. doi:10.1901/jeab.1986.45-237
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., (2004). *Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model*. *Psychological Record*(54), 553-578.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V., & Strosahl, K. (1996). *Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hazen, A., & Soriano, F. (2007). *Experiences with intimate partner violence among Latina women*. *Violence Against Women*, 13(6), 562-582. doi:10.1177/1077801207301558.
- Hernández, A. (2018). *Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático*. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 44(169-170), 11-35.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación 6ta edición*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández, Y. (2020). Trastorno de Estrés Postraumático. [Tesis de grado]. Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la Laguna.
- Herrera, J. (2018). *Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos*. Revista Scientific, 3(7), 6-15. doi: 10. 29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.7.0.6-15
- Hien, D., & Ruglass, L. (2009). L. *Interpersonal partner violence and women in the United States: An over-view of prevalence rates, psychiatric correlates and consequences and barriers to help seeking*. International Journal Law Psychiatry, 32(1), 48-55. doi:doi: 10.1016/j.ijlp.2008.11.003.
- Instituto Nacional de Encuestas y Censos. (2011). *Primera Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*.
- Instituto Nacional de Encuestas y Censos. (2019). *Segunda Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU)*.
- Jaramillo-Bolívar, C., & Canaval-Erazo, G. (2020). *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. Universidad y Salud, 22(2), 178-185. doi:10.22267/rus.202202.189
- Jáuregui, I. (2006). *Mujer y violencia*. Nómadas, 13(1), 2-10.
- Jurado, M. (2017). *Una mirada introductoria a la terapia de aceptación y compromiso*. Griot, 10(1), 70-87.

- Karam, E., Andrewa, G., Bromet, E., Petukhova, M., Meron, A., Salamoun, M., . . . Kessler, R. (2010). *The Role of Criterion A2 in the DSM-IV Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder*. *Biological Psychiatry*, 68(5), 465-473. doi:https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.032
- Karekla, M., & Panayiputu, G. (2011). *Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs?* *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 163-170. doi:10.1016/j.jbtep.2010.10.002
- Kaya, Y., & Cook, K. (2010). *A cross-national analysis of physical intimate partner violence against women*. *International Journal of Comparative Sociology*, 51(6), 423-444. doi:10.1177/0020715210386155
- Kessler, R., Rose, S., Koenen, C., Karam, E., Stang, P., Stein, D., . . . Caldas, J. (2014). *How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys*. *World Psychiatry*, 13(3), 265-274. doi:10.1002/wps.20150
- Langer, A., & Lawrence, E. (2009). *Emotion regulation and experiential avoidance in intimate partner violence*. *Advances in Sociology Research*, 6, 1-29. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.665
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- López, A., Algarra, M., Serrano, E., Ruiz, G., Ramírez, C., & Esteve, R. (2019). *El malestar emocional como síntoma de estrés postraumático*. *Salud i Ciencia*, 23(6-7), 512-518.
- López, A., Gómez, L., & Ruiz, G. (2009). *Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato(logía)*. *Escritos de Psicología*, 3(1), 8-19.

- López, J. (2016). *El Síndrome de la mujer maltratada y su relación con las emociones y los procesos educativos de sus hijos*. [Tesis de grado]. Universidad de León, Ciudad de León.
- López, S. (2015). *La violencia simbólica en la construcción social del género*. *ACADEMO*, 2(2), 1-20.
- Lorente, M. (2009). *El maltratador, la condición masculina y el maltrato a las mujeres*. *Crítica*, (90), 44-47.
- Luciano, C. (2016). *Evolución de ACT*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14. doi:10.33776/amc.v42i165-66.2791
- Luciano, C., & Valdivia, M. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). *Análisis de los contextos verbales en el en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (37), 333-358.
- Luciano, C., Paéz-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Ommeren, L., Humayan, A., . . . Reed, G. (2013). *Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11*. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. doi:10.1002/wps.20057.
- Marín, M. (2017). *Neuropsicología Forense en víctimas de violencia de género*. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada, Granada.

- Matud, P. (2004). *Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada*. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz, C. (2005). *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana*. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22.
- Mejía, C. (2015). *Sexo y género. Diferencias e implicaciones para la conformación de los mandatos culturales de los sujetos sexuados*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Merwin, R., Zachary-Rosenthal, M., & Coffey, K. (2009). *Experiential avoidance mediates the relationship between sexual victimization and psychological symptoms: Replicating findings with an ethnically diverse sample*. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 537-542. doi:doi.org/10.1007/s10608-008-9225-7
- Mielgo, S. (2016). *La evitación experiencial en los trastornos del estado de ánimo y ansiedad*. [Tesis de maestría]. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Mingote, J. (2011). *Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático*. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121-124.
- Mojica, A. (2015). *Validación del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia*. [Tesis de grado]. Universidad Santo Tomás, Bogotá.
- Montenegro, A. (2018). *Gravedad de los síntomas del trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia física y psicológica en la Fiscalía General del Estado Unidad de Flagrancia*. [Tesis de grado]. Universidad Central del Ecuador, Quito.

- Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón, R., & Redondo, N. (2021). *Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6865. doi:10.3390/ijerph18136865
- Nogueiras, B. (2006). *La violencia en la pareja*. En C. Ruiz-Jarabo, & P. Blanco, *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección* (pp. 39-55). Madrid: Díaz de Santos.
- Observatorio de Violencias contra las Mujeres en Quito, CARE-Ecuador, CEDAL. (2018). *Estudio de Sistema de Registro de Casos de Violencia contra las Mujeres (2012-2018)*. Quito: Publiasesores Cía. Ltda.
- Olf, M. (2017). *Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update*. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204. doi: 10.1080/20008198.2017.1351204
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. (2007). *Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder*. *Boletín Psicológico*, 133(2), 183-204. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.183
- Oneida, C. (2020). *La violencia de género y los medios de comunicación social*. *Encuentros. Revista de Ciencias Huumanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico* (11), 69-92. doi:10.5281/zenodo.3693034
- ONU Mujeres. (2000). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *1 de cada 3 mujeres es víctima de violencia a lo largo de su vida*.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Prevención de la violencia. Un problema prioritario de salud pública. 49ª Asamblea Mundial de la Salud 20-25 de mayo de 1996*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud*.
- Ortega, V. (2021). *Estudio correlacional: Evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes*. *MLS Psychology Research*, 4(1), 99-115. doi:10.33000/mlspr.v4i1.641
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Páez, M., & Montesinos, F. (2016). *Tratando con terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación*. Madrid: Ediciones Pirámide .
- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S., & Cacho, R. (2021). *Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador*. *Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1-10. doi:10.3390/ijerph18062944
- Páramo, D. (2017). *Cultura y comportamiento humano*. *Pensamiento y Gestión* (43), 1-5. doi:10.14482/pege.43.10597

- Parra, L., Quiroz, B., & Rodas, M. (2015). *Prevalencia de Violencia de Género y sus Factores de Riesgo en el Centro de apoyo a la mujer y la familia “Las Marías”, Cantón Gualaceo – Azuay en el período 2010 –2013*. [Tesis de grado]. Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Parrot, C., & Howes, J. (1991). *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations*. New York: Plenum.
- Patrón-Espinosa, F. (2013). *La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos*. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 5(1), 85-95. doi:doi:10.5460/jbhsi.v5.1.38728
- Paz, J. (2009). *Entender a la mujer que sufre violencia de género*. En Nieto-Morales, *La violencia de género en el contexto de la globalización* (pp. 440-453). España: Universidad Internacional de Andalucía .
- Perea-Gil, L. (2017). Perea-Gil, L. F. (2017). *La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva*. Drugs and Addictive Behavior, 2(1), 99-121.
- Pérez, J. (2015). *El positivismo y la investigación científica*. Revista Empresarial, ICE,, FEE, UCSG, 9(3), 29-34.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid : Editorial Sintesis .

- Piacente, A. (2009). *Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales*. Universidad Nacional de la Plata, 1-11.
- Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S., & Grant, B. (2011). *Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465. doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.010
- Puente, A. (2017). *Breaking the Silence. Afrontamiento y regulación emocional en violencia de género*. [Tesis doctoral]. Universidad Euskal Herriko del País Vasco, Euskera.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). *Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes*. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306. doi: 10. 6018/analesps.32.1.189161
- Quintero, J., Pérez, J., & Mora, F. (2015). *Diagnóstico y manejo del trastorno por estrés postraumático*. Madrid: Elsevier.
- Ramírez, G., Landolt, V., Gargurevich, R., & Quiroz, N. (2020). *Escala de Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas*. *Ciencia América*, 9(3), 1-23.
- Ramos, C. (2020). *Los alcances de una investigación*. *CienciAmérica*, 9(3), 1-5.
- Ray, L., & McEneaney, M. (2014). *Caring for survivors of sexual violence: A guide for primary care NPs*. *Women's Healthcare*, 42-50.
- Ribes-Iñesta, E., Rangel, N., & López, -V. F. (2008). *Análisis teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social*. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 45-57.

- Ricoy, L. (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*. Revista do Centro de Educação, 21(1), 11-22.
- Rivas-Diez, R., Sánchez-López, M., & Brabete, A. (2012). *Psychological health in Chilean women based on the history of mistreatment*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 33, 153-157. doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.102
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). *Diseño de investigación de corte transversal*. Revista Médica Sanitas, 21(3), 141-146.
- Romero, I. (2010). *Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento*. Psychosocial Intervention, 19(2), 191-199. doi:10.5093/in2010v19n2a10
- Rosen, G., & Lilienfeld, S. (2008). *Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions*. Clinical Psychology Review, 28(5), 837-868. doi: 10. 1016/ j. cpr. 2007.12.002.
- Rothman, K. (2012). *Epidemiology: an introduction. 2nd Ed*. New York: Oxford University .
- Ruiz, A., & Guerrero, A. (2017). *Afectaciones psicológicas en personas de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés postraumático secundario?* Revista Puertorriqueña de Psicología, 28(2), 252-265.
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, M., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). *Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility the spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II*. Psicothema, 25(1), 123-129. doi: 10. 7334/ psicothema 2011.239

- Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). *Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II in Colombia*. *El Registro Psicológico*, 66(3), 429-437. doi:10.1007/s40732-016-0183-2
- Ruiz-Ruano, A., López, S. M., & Puga, J. (2020). *Evitación experiencial y uso abusivo del smartphone: un enfoque bayesiano*. *Adicciones*, 32(2), 116-127.
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Caracas: Ed. Panapo.
- Safranoff, A. (2017). *Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja?* *Salud Colectiva*, 13(4), 611-632. doi:10.18294/sc.2017.1145
- Sánchez-Carlessi, Y.-C. L., Javier-Alva, L., Núñez, E., Arenas-Iparraguirre, C., Matalinares-Calvet, M., Guitiérrez-Santayana, E., . . . Fernández-Figueroa, C. (2021). *Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19*. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 346-353. doi:10.25176/RFMH.v21i2.3654
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E., & Rosales, C. (2020). *Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas*. *Duazary*, 17(4), 23-31. doi:10.21676/2389783X.3596
- Sarabia, S. (2018). *Violencia: una prioridad de la salud pública*. *Revista Neuropsiquiátrica*, 81(1), 1-2.
- Sareen, J. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment*. *Canadian Journal Psychiatrie*, 59(9), 460-467. doi: 10. 1177/ 070 674 371405900902

- Seligowski, A., Lee, D., Bardeen, J., & Orcutt, H. (2015). *Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87-102. doi:10.1080/16506073.2014.980753
- Soto-Zentella, W., Zarco-Cárdenas, D., López-Martínez, S., Guzmán-Díaz, G., & Cisneros-Herrera, J. (2022). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución de TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo*. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 1-10.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). *Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 502-507. doi:10.1590/s0104-11692007000300022
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2017). *Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention*. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 91(2), 248-261.
- Spinhoven, P., Drost, J., Rooij, M., Hemert, A., & Penninx, B. (2014). *A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders*. *Behavior Therapy*, 45(6), 840-850. doi:10.1016/j.beth.2014.07.001
- Spitzer, C., First, M., & Wakefield, J. (2007). *Saving PTSD from itself in DSM-V*. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241. doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.006.
- Stein, D., McLaughlin, K., Koenen, K., Atwoli, L., Friedman, M., Hill, E., . . . Okoliyski, M. (2014). *DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches*. *Depress Anxiety*, 31(6), 494-505. doi: 10. 1002/ da. 22279

- Stith, S., Smith, D., Penn, C., Ward, D., & Tritt, D. (2004). *Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review*. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98. doi:10.1016/j.avb.2003.09.001
- Taboada, B. (2010). *¿La violencia tiene justificación?: lo que dicen la ciencia y la filosofía*. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(38), 19-52.
- Talavera-Valentín, J. (2014). El corredor elite y sus obstáculos. En A. Martínez-Taboas, & G. Bernal, *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la psicología en Puerto Rico* (pp. 108-128). Puerto Rico : Publicaciones Puertorriqueñas.
- Thompson, B., & Waltz, J. (2010). *Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity*. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409-415. doi:10.1016/j.janxdis.2010.02.005
- Torres, A. (2014). *Violencia de pareja: Detección, personalidad y bloquo de la huida*. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Trucharte, A., Espinosa, R., Valiente, C., Contreras, A., & Peinado, V. (2017). *Relación entre el apego y la sintomatología depresiva en personas con trastorno mental grave y duradero: El papel de la evitación experiencial*. *EduPsyché. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 37-53.
- Velasco, A., & Hernández, E. (2016). *Deserción al tratamiento en psicoterapia de mujeres víctimas de violencia de género*. *Redes*(33), 27-36.
- Velásquez, C., Grajeda, A., Montero, V., Montgomery, W., & Egusquiza, K. (2018). *Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 15-26. doi: 10.15381/rinvp.v21i1.15110

- Véliz-Espinoza, A., & Terán-Espinoza, J. (2020). *Trastorno de estrés post-traumático en mujeres violentadas de la Fundación Nuevos Horizontes de Portoviejo*. Polo del Conocimiento, 5(8), 764-773. doi:10.23857/pc.v5i8.1622
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York : Harper & Row.
- Weathers, F., & Keane, T. (2007). *The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma*. Journal of Traumatic Stress, 20(2), 107-121. doi:10.1002/jts.20210
- Wertham, F. (1971). *La señal de Caín: sobre la violencia humana*. s.d.: Siglo XXI Editores.
- Wilson, L., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones: Pirámide .
- Yugueros, A. (2015). *Mujeres que han padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia*. Revista Poiésis, 30, 13-19.
- Zambrano, A., Perugache, A., & Figueroa, J. (2016). *Manifestaciones de la violencia basada en género en docentes universitarios*. Psicogente, 20(37), 146-159. doi: 10. 17081/ psico. 20.37.2424
- Zayfert, C., & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Manual Moderno.
- Zegarra-Valdivia, J., & Chino-Vilca, B. (2019). *Neurobiología del trastorno de estrés postraumático*. Revista Mexicana de Neurociencia, 20(1), 21-28.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Gravedad de Síntomas (EGS-R) Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático

124

ENRIQUE ECHEBURÚA, PEDRO J. AMOR, BELÉN SARASUA, IRENE ZUBIZARRETA,
FRANCISCO PABLO HOLGADO-TELLO, JOSÉ MANUEL MUÑOZ.

APÉNDICE

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

I. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

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

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/>	Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación

Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva

Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo

Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Anexo 2: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

Ac
Ve

Anexo 3: Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación, lea detenidamente cada uno de los apartados y complete la información requerida.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____

2. Estado civil:

Soltera__ Unión Libre __ Casada__ Divorciada__ Viuda__

3. Situación laboral: _____

4. Profesión/Ocupación: _____

5. Provincia de Residencia: _____

6. Sector del domicilio:

Urbano __ Rural__

7. Identificación Étnica:

Mestiza__ Indígena__ Afro __ Blanca __

8. Grado de Escolaridad:

Primaria__ Secundaria__ Superior__

9. Situación socio-económica: Mala__ Regular__ Buena__ Muy buena__

Anexo 4: Carta de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente es una invitación para participar en este proyecto de investigación de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad del Ecuador Sede Ambato, que busca estudiar la correlación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la Evitación Experiencial en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. El estudio es realizado por la estudiante Andrea Moraima Chicaiza y dirigido por la Mg. Ana Jaramillo Zambrano, docente de la PUCE - Ambato y tutora de la investigación.

En esta carta se pide a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida únicamente con fines investigativos. Si acepta, usted rellenará las fichas de evaluación e instrumentos psicológicos para medir las variables antes mencionadas. Responder los cuestionarios no le ocasionará ningún tipo de riesgo físico, psicológico o social, puesto que es completamente voluntario y puede interrumpirlo en cualquier momento.

En relación con la confidencialidad de la presente investigación, sus respuestas serán anónimas y utilizadas únicamente con fines académicos e investigativos. Los datos recolectados por los instrumentos serán insertados a una base electrónica y será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto de

Anexo 5: Autorización de la Fundación para la aplicación de reactivos



Ambato, 21 de marzo de 2022
ES-164-2022


Abogada
María Fernanda Yaulema
DIRECTORA EJECUTIVA
FUNDACIÓN "NOSOTRAS CON EQUIDAD"
Presente. -

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato. El motivo del presente es para solicitarle se autorice que la señorita Andrea Moraina Chicaiza Nagra, estudiante de la carrera de Psicología, pueda aplicar los instrumentos de evaluación como son: Ficha sociodemográfica • Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático, • Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), a las personas que asisten a su institución, los mismos que le permitirán obtener información importante para el desarrollo del proyecto de investigación: **"TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN MUJERES ECUATORIANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA"**; que se encuentra realizando previo a la obtención del título de Psicóloga; los mismos que adjunto.

Segura estoy de contar con su valiosa ayuda, por lo que le anticipo mi agradecimiento. Con altos sentimientos de consideración y estima, me despido

Atentamente,


Ph.D. Vania Hernández Junco
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Anexo: instrumentos
c.c. archivo
dt.-

Anexo 6: Formulario en línea

Trastorno de Estrés Postraumático y Evitación Experiencial

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente es una invitación para participar en este proyecto de investigación de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad del Ecuador Sede Ambato, que busca estudiar la correlación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la Evitación Experiencial en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia. El estudio es realizado por la estudiante Andrea Moraima Chicaiza y dirigido por la Mg. Ana Jaramillo Zambrano, docente de la PUCE - Ambato y tutora de la investigación.

En esta carta se pide a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida únicamente con fines investigativos. Si acepta, usted rellenará las fichas de evaluación e instrumentos psicológicos para medir las variables antes mencionadas. Responder los cuestionarios no le ocasionará ningún tipo de riesgo físico, psicológico o social, puesto que es completamente voluntario y puede interrumpirlo en cualquier momento.

En relación con la confidencialidad de la presente investigación, sus respuestas serán anónimas y utilizadas únicamente con fines académicos e investigativos. Los datos recolectados por los instrumentos serán insertados a una base electrónica y será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto de investigación. A continuación, se le presenta un apartado de datos generales y el cuestionario; dicha actividad le tomará aproximadamente 15 minutos.

Finalmente, si usted acepta participar firme esta carta de consentimiento y regrésela a la persona que le ha solicitado su autorización. En caso de consultas o comentarios, por favor comunicarse con la investigadora del estudio Andrea Moraima Chicaiza, con correo andreachicaiza45@gmail.com