ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA DISMINUIR LA GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO"

Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÌA BELÈN PORRAS ENRÌQUEZ

Director:

DR. MG. MARLON PAUL MAYORGA LASCANO

Ambato – Ecuador

Octubre 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

"MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA DISMINUIR LA GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO."

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÍA BELÉN PORRAS ENRÍQUEZ

Marlon Paul Mayorga Lascano, Dr. Mg.
CALIFICADOR f. _____

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Cl, Msc.
CALIFICADORA f. _____

Mario Santiago Poveda Ríos, Ps. Cl, Msc.
CALIFICADOR f. _____

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lic. Mg.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA f. _____

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA f. _____

Ambato – Ecuador

Octubre 2015

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, María Belén Porras Enríquez, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180433458-7 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

_____

María Belén Porras Enríquez

C.C. No. 180433458-7

AGRADECIMIENTO

Agradezco al personal docente de la facultad de Psicología, de manera especial a mi tutor Marlon Mayorga por guiarme en la realización de este proyecto de investigación, y a todos quienes contribuyeron directa o indirectamente con mi investigación.

DEDICATORIA

Dedico éste proyecto de investigación a mi familia por ser mi apoyo incondicional y mi pilar fundamental, y a todas las personas que me han estado conmigo durante todo el proceso de investigación y a lo largo de mi carrera universitaria.

RESUMEN

En la presente investigación se implementó un modelo de intervención en crisis destinado a disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Como punto de partida se identificó la presencia de maltrato doméstico, utilizando para su medición la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico, la misma que constó de 33 ítems y fue aplicada de manera individual manteniendo la confidencialidad, así como también se evaluó la gravedad de síntomas de estrés postraumático como consecuencia de la violencia experimentada y el grado de exposición al acontecimiento traumático, a través de la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, que midió los síntomas presentados en las áreas de evitación, aumento de activación y re experimentación. A partir de lo antes mencionado se construyó un modelo de intervención en crisis basado en los primeros auxilios psicológicos cuya aplicación se realizó en 8 sesiones en el grupo, que fue dividido en dos grupos experimentales. El presente trabajo utilizó un diseño cuasi-experimental, intersujetos, multivariado, y de corte transversal, analizando la efectividad del modelo de intervención en crisis en una muestra de 37 mujeres que forman parte del Mercado América, dividiendo a la muestra en dos grupos experimentales; el grupo experimental I se conformó por 18 mujeres; mientras que el grupo experimental II fue conformado por 19 mujeres. Finalizando la investigación se obtuvo como resultado una disminución en los síntomas primeramente presentados por las mujeres, posterior a la aplicación del modelo de intervención en crisis, las áreas de evitación, aumento de activación y re experimentación disminuyeron en cuanto a su intensidad comprobando así la hipótesis.

Palabras Claves: intervención en crisis, violencia, síntomas, traumático, estrés

ABSTRACT

A crisis intervention model was implemented to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in women who have suffered domestic violence. As a starting point, the presence of domestic abuse was identified using a semi-structured interview directed to victims of domestic abuse to measure it. It included 33 items assesing the severity of post- traumatic stress symptoms to each individual confidentially. Through a severity scale of traumatic stress symptoms, it measured the symptoms presented in the areas of avoidance, increasing activation, and re-experimentation. Based on the results, a crisis intervention model was created, which is supported by psychological first aid that was conducted in 8 sessions in the group in two experimental groups. This study used a quasi-experimental, intersubject, multivariated, and cross-sectional design to analyze the effectiveness of the crisis intervention model in a sample of 37 women who are part of Mercado America, by dividing the sample in two experimental groups; experimental group I was formed by 18 women; while experimental group II included 19 women. At the end of this research, the findings show a decrease on the symptoms at first on women, before the application of the crisis intervention model, avoidance areas, an increased activation and re-experimentation were decreased in their intensity; thus, confirming the hypothesis

TABLA DE CONTENIDOS

Páginas preliminares

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

TABLA DE CONTENIDOS viii

TABLA DE GRÁFICOS xiii

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 5

PROPUESTA 5

1. Planteamiento de la Propuesta de Trabajo 5

1.1 Antecedentes del Problema 5

1.2 Problema 8

1.2.1. Descripción del problema 8

1.2.2. Preguntas Básicas 10

1.3 Justificación 10

1.4 Objetivos 11

1.4.1 Objetivo General: 11

1.4.2 Objetivos Específicos 11

1.5 Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo 12

1.6 Variables.....12

1.7 Delimitación funcional.....12

CAPÍTULO II.....14

MARCO TEÓRICO.....14

2.1. Definición de Violencia Doméstica.....14

2.1.1 Tipos de Violencia Doméstica.....17

2.1.2 Patrón de Violencia Doméstica.....18

2.2 Factores Explicativos de la Violencia Doméstica.....20

2.2.1 Variables Sociodemográficas.....20

2.2.2 Características Psicológicas de los Maltratadores.....20

2.3 Características Psicológicas de las Víctimas.....22

2.3.1 Características de las Relaciones de Maltrato.....24

2.4 Consecuencias de Maltrato en la Salud General.....26

2.4.1 Consecuencias del Maltrato en la Salud Mental.....27

2.4.1.1. Síndromes Específicos Como Consecuencia del Maltrato.....28

2.4.1.2 Síndrome de la Mujer Maltratada.....28

2.4.1.3 Síndrome de Adaptación Paradójica.....29

2.4.1.4 Trastornos Depresivos Como Consecuencia del Maltrato.....31

2.4.1.5 Trastorno de Ansiedad Como Consecuencia del Maltrato.....32

2.5 Trastorno de Estrés Postraumático Como Consecuencia del Maltrato.....33

2.5.1 Definición y Caracterización del Trastorno de Estrés Postraumático.....34

2.6 Definición del Trastorno de Estrés Postraumático Según las Clasificaciones Diagnósticas DSM-IV Y CIE-10.....34

2.7 Modelos Explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático.....37

2.7.1 Teoría de Procesamiento Emocional.....37

2.7.2 Teoría del Aprendizaje Social.....37

2.7.3 Teoría del Procesamiento de Información.....38

2.8 Curso del Trastorno de Estrés Postraumático.....39

2. 9 Factores de Riesgo del Trastorno de Estrés Postraumático.....40

2.10 Indicaciones Generales de Tratamiento para Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica….....41

2.11. Propuestas Específicas de Tratamiento para Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica..….....42

2.12 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático 42

2.13 Intervención en Crisis en Trastorno de Estrés Postraumático 43

CAPÍTULO III 45

MARCO METODOLÓGICO.....45

3.1 Metodología de Investigación.....45

3.1.1. Método(s) Aplicado(s) 48

3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de Información.....49

3.1.2.1 Entrevista Semiestructurada de Maltrato Domestico 49

3.1.2.2 Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático 50

3.1.3. Población y Muestra.....51

3.1.4 Procedimiento Metodológico.....52

CAPÍTULO IV.....55

RESULTADOS 55

4.1 Análisis de Resultados 55

4.2 Análisis Descriptivo de Maltrato Domestico.....57

4.3 Análisis Descriptivo de los Participantes en la Fase de Pre-test 57

4.4 Análisis del Comportamiento Pre-test - Pos-test de Grupos de Trabajo.....60

4.4.1 Cambios Pre-test - Pos-test en el Grupo Experimental I.....60

4.5 Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo II 62

4.6. Análisis Descriptivo de los Participantes en la Fase de Post-test.....64

4.7 Comprobación de Hipótesis.....67

4.8 Variables para Comprobar la Hipótesis 67

4.9 Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis.....68

4.9.1 Discusión 68

CAPÍTULO V 70

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 70

5.1. Conclusiones.....70

5.2. Recomendaciones.....73

CAPÍTULO VI.....75

PROPUESTA DE SOLUCIÓN 75

6. Guía de intervención psicoterapeutica 76

6.1 Fundamentación Teórica 76

6.2 Desarrollo de las Sesiones.....77

6.3 Objetivos.....78

6.3.1 Objetivo General 78

6.3.2 Objetivos Específicos.....79

BIBLIOGRAFÍA 94

ANEXOS… 98

Anexo 1. Normas de terapia en grupo 98

Anexo 2. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático 99

Anexo 3. Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato Doméstico 103

TABLA DE GRÁFICOS

Gráficos:

Gráfico 4.1. Análisis descriptivo de evaluación de participantes en fase pre-test.....59

Gráfico 4.2. Análisis pre-test/post-test del grupo experimental I.....62

Gráfico 4.3. Análisis pre-test/post-test del grupo II 64

Gráfico 4.4 Análisis descriptivos de Los participantes en la fase post - test 66

Cuadros:

Tabla 2.1. Características de la víctima de maltrato 24

Tabla 2.2. Características de la relación de abuso 25

Tabla 4.1 Análisis descriptivos de las Características Sociodemográficas.....55

Tabla 4.2 Análisis descriptivo de la violencia domestica 57

Tabla 4.3 Análisis descriptivos de evaluación de participantes en la fase pre-test 58

Tabla 4.4 Análisis pre-test/post-test del grupo experimental I.....61

Tabla 4.5 Análisis pre-test/post-test del grupo II 63

Tabla 4.6 Análisis descriptivos de Los participantes en la fase post – test.....65

Tabla 6.1. Taller 1.....80

Tabla 6.2. Taller 2.....82

Tabla 6.3. Taller 3.....85

Tabla 6.4. Taller 4.....86

Tabla 6.5. Taller 5.....88

Tabla 6.6 Taller 6.....89

Tabla 6.7 Taller 7.....91

Tabla 6.8 Taller 8.....92

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el índice de maltrato a la mujer ha incrementado dentro de nuestra sociedad y frente a dicho problema se evidencia una ausencia de modelos de atención e intervención destinado a paliar los efectos provocados en las mujeres víctimas de maltrato físico y psicológico, por lo que resulta imprescindible incorporarlo, para lo cual se conoce que las repercusiones se dan a nivel psicopatológico, por lo tanto podría existir la aparición de síntomas ansiosos principalmente, y la presencia de trastorno de estrés postraumático en ellas.

El trastorno de estrés postraumático se produce como una respuesta tardía o aplazada a una situación que ha generado estrés y tensión, dicho acontecimiento pudo ser breve o duradero, y haber resultado amenazante para la integridad de la persona o catastrófico, causando así un malestar generalizado que el individuo no puede manejar (OMS, 1992). Es decir es una respuesta ante un suceso inesperado que amenaza contra la integridad de la persona o de sus cercanos por lo cual se presenta en mujeres víctimas de maltrato doméstico, al ser esta una situación percibida como amenazante para la integridad de la mujer y que acarrea consecuencias a nivel cognitivo y psicológico en ellas posteriormente.

Los síntomas posteriores propios del trastorno de estrés postraumático son los siguientes: alteraciones cognitivas y del estado de ánimo relacionadas al suceso experimentado, creencias negativas exageradas e insistentes sobre uno mismo o sobre los demás, la existencia de una percepción errada de las causas y consecuencias del suceso, instauración de un estado emocional negativo (ira, miedo,

temor, culpa, vergüenza, terror), existe una disminución en la experimentación de emociones placenteras y agradables, apatía, el sujeto no tiene interés en participar en actividades de la vida diaria, sentimiento de extrañeza ante los demás, se instaura un comportamiento irritable, autodestructivo, agresivo, experimenta arrebatos de ira y furia, se dan alteraciones en la vida instintiva del sujeto, se encuentra en hipervigilia, tiene un aumento de la activación (hipervigilia, respuestas de sobresalto exageradas, problemas de concentración) entre otros (APA, 200). Para lo cual se desarrolló un modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en la población de mujeres a tratar.

Un modelo de intervención en crisis se emplea: ¨Cuando no es viable resistirse ni escapar, el sistema de autodefensa humano se siente sobrepasado y desorganizado y los recursos habituales de afrontamiento resultan insuficientes¨ (Fernández, 2010, p. 5). La realización del presente trabajo de investigación se dio a partir de la observación de la limitada existencia de modelos de intervención destinados a disminuir la gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico, al ser un problema social en crecimiento, cada mujer tiene varias maneras de enfrentar las situaciones experimentadas y la mayoría de veces su forma de afrontarlo es inadecuada, por lo que necesitan tener las herramientas correctas para poder regenerar su equilibrio emocional y salud mental.

En primera instancia se analizó la existencia de maltrato doméstico en los grupos de mujeres; continuando con un análisis de la existencia de síntomas de un trastorno de estrés postraumático y la gravedad de los mismo en cada una de las mujeres participantes. Ulteriormente se realizó una correlación los resultados obtenidos de las

variables exhibidas para conocer la efectividad del modelo de intervención en crisis implementado, finalmente se redactó la propuesta un modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático.

Dentro del Capítulo I se localiza la propuesta de investigación en donde se exponen los siguientes temas: Planteamiento de la Propuesta de Trabajo, Antecedentes del Problema, Descripción del problema preguntas básicas, Justificación, Objetivos, Hipótesis de Trabajo, Variables de la investigación.

En el Capítulo II se encuentra el Marco Teórico en el que se evidencian los siguientes temas: Definición de Violencia Doméstica, Tipos de Violencia Doméstica, Patrón de Violencia Doméstica, Factores Explicativos de la Violencia Doméstica, Variables Sociodemográficas, Características Psicopatológicas del maltratador, Características Psicológicas de las Víctimas, Características de las Relaciones de Maltrato, Consecuencias del Maltrato en la Salud General, Síndromes Específicos Como Consecuencia del Maltrato, Trastornos Depresivos Como Consecuencia del Maltrato, Trastorno de Ansiedad , Trastorno de Estrés Postraumático, Intervención en crisis, Se culmina el primer capítulo con las Consideraciones generales sobre el tratamiento de Víctimas de violencia doméstica, así como también con las Consideraciones Específicas en el tratamiento de víctimas de violencia doméstica, Consideraciones Específicas del tratamiento del trastorno de estrés postraumático.

La metodología del proyecto de investigación conforma el Capítulo III, el mismo que está formado por los antecedentes, el significado y definición del problema de investigación, posteriormente se expone el planteamiento y la delimitación del problema, la hipótesis y las variables de investigación, objetivos generales y

específicos, tipo, modalidad, diseño de investigación, población, y los instrumentos aplicados en la presente investigación.

El Capítulo VI corresponde al Análisis de los Resultados, en este capítulo se encuentra un análisis detallado de las características sociodemográficas de los grupos de trabajo, análisis de la fase pre test y post test de ambos grupos, así como también el análisis de la correlación pre test post test en cada grupo experimental con los que se intervino, finalizando con la comprobación de la hipótesis y una validación de resultados.

El Capítulo V pertenece a las conclusiones y recomendaciones de la investigación comprobando la hipótesis planteada en la investigación; componiendo así las conclusiones y recomendaciones correspondientes. En la última sección del presente proyecto de investigación se encuentran las referencias, la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

PROPUESTA

1. Planteamiento de la Propuesta de Trabajo

1.1 Antecedentes del Problema

Para entender de mejor manera el significado del maltrato físico y psicológico así como las repercusiones que acarrean las mujeres que han sido víctimas del mismo se tomó en cuenta un importante estudio ejecutado en el País Vasco realizado con una población de mujeres víctimas de violencia en el hogar, abarcando el maltrato físico y psicológico netamente:

> Se han estudiado diferentes variables sociodemográficas y psicopatológicas en una muestra de 250 víctimas de maltrato doméstico en tratamiento psicológico. Asimismo se compararon a las víctimas en función del tipo de maltrato sufrido físico (N=156) y psicológico (N=94) en todas las variables estudiadas. Los resultados ponen de manifiesto la existencia de repercusiones psicopatológicas importantes en el ámbito de la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático especialmente y de la depresión y en el funcionamiento en la vida diaria, sin que haya diferencias significativas entre ambos grupos a pesar de la mayor gravedad de las conductas implicadas en el grupo del maltrato físico. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras. (Amor, Echevurúa, De Corral, Sarasua, & Zubizarreta, 2001, pp 167-178).

Por lo cual se evidencia que las mujeres víctimas de maltrato doméstico, de tipo físico o psicológico pueden acarrear terribles consecuencias en su salud mental a causa de su exposición al evento traumático, ya que según varias investigaciones realizadas en una población de mujeres víctimas de violencia domestica determinaron que se la mayoría de ellas presento síntomas de ciertas patologías siendo la más común; el trastorno de estrés postraumático.

Así, las experiencias a las que la víctima ha sido sometida son tan traumáticas que tienen graves problemas para sobrellevar su vida diaria, el trastorno de estrés postraumático se da cuando la persona experimenta varios síntomas que tienen la duración mínima de un mes, además existen dificultades en el funcionamiento normal en su vida cotidiana, sintiéndose amenazados por varias circunstancias (Stevens, 2007). Se puede entender al trastorno de estrés postraumático como una patología que aparece como resultado de experiencias traumáticas que la persona ha experimentado cuyos síntomas duran más de un mes, la victima tiene graves problemas para poder continuar con el curso normal y cotidiano de su vida diaria.

De esta manera, cuando una persona se ha enfrentado a diversos estímulos dañinos que pueden ser experimentados como catastróficos, estos causan un nivel excesivo de estrés y se convierten en eventos traumáticos, los cuales no son fáciles de superar, por lo que tienen efectos devastadores en el bienestar mental y físico. El estrés es un proceso sistemático en el que las demandas del medio externo exceden la capacidad de adaptación de la persona, provocando cambios psicológicos y a nivel biológico que aumentan el riesgo de enfermar (Castellano, López, Rodríguez, & Villanueva, 2004). Lo que indica que es de vital importancia la detección de presencia de síntomas de estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato físico y psicológico la intervención en crisis tiene como objetivo el ofrecer apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento que la persona posee.

Debido a las consecuencias psicopatológicas que se desarrollan frente a estímulos amenazantes, percibidos como potencialmente mortales o que al menos ponen en riesgo el bienestar general de las personas, se hace necesario el desarrollo de un

modelo de intervención en crisis se da con el fin de interrumpir el curso de anomalías y acontecimientos que se encuentran interrumpiendo el curso normal de la vida de la persona. Se debe identificar el tipo de afrontamiento que poseen las victimas así como también su capacidad para superar dichos acontecimientos traumáticos.

La intervención inmediata con las victimas tiene como objetivo ayudarles a ventilar sus emociones y a detectar personas que pueden necesitar de una intervención psicológica posteriormente por lo cual es de gran interés establecer métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos (Echevurúa & De Corral, 2007). Por lo que se considera que la intervención en crisis tiene como objetivo crear un entorno seguro para la víctima de un suceso traumático y ofrecerle apoyo, evaluando las estrategias de afrontamiento que posee, otro aspecto fundamental es el conocer las redes de apoyo familiar y social de la víctima.

Es necesario puntualizar además que a lo largo de nuestras vidas se producen crisis que interrumpen de forma brusca el curso normal de nuestra propia historia, éstas crisis pueden ser de tipo evolutivo, las cuales son previsibles y se dan con el paso del tiempo y a consecuencia de etapas vitales, o bien circunstanciales o accidentales sobrevenidas o inesperadas (Fernández, 2010). Las crisis que forman parte de nuestro curso normal de vida y son propias del desarrollo de los individuos, son a menudo más fáciles de manejar; no así las crisis inesperadas, ocurridas por un acontecimiento accidental las cuales son crisis circunstanciales, ya que estas tienden a gravarse cuando se desprenden de acontecimientos traumáticos.

Para la realización de la implementación del modelo de intervención en crisis del proyecto de investigación con el fin de disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático se realizó en base al modelo de intervención en crisis en victimas de sucesos traumáticos el cuál expone que el alcance de la gravedad de daño psicológico que la víctima de maltrato presente esta medido por la gravedad del suceso traumático a la que fue expuesta, así como también el carácter inesperado del acontecimiento, y el daño físico o riesgo de daño sufrido, el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la persona y tienen gran influencia los acontecimientos actuales por los cuales se encuentre atravesando la victima (área laboral, afectiva, personal, física, social) etc.

Lo que indica que varias áreas en el individuo se ven afectadas al experimentar maltrato por lo que es de vital importancia la instauración de medios de atención y modelos de intervención ante los síntomas generados que pueden llegar a afectar la vida diaria y el funcionamiento de la persona, en situaciones extremas puede traer consigo fatales consecuencias en la victima ya que se normaliza dentro de los hogares, negando muchas veces la existencia de ésta aunque se evidente.

1.2 Problema

1.2.1. Descripción del problema

Existe una elevada prevalencia de maltrato a la mujer y una escasa oferta de sistemas de servicios de intervención frente a dicha problemática, a partir de lo cual es importante la realización del proyecto a fin de paliar las consecuencias y efectos concomitantes. Siendo fundamental el análisis de la presencia de síntomas de estrés

postraumático originados a raíz del maltrato físico y psicológico ocasionados, así como también la gravedad en la que ellos se manifiestan ocasionando deterioro en la vida de la mujer en varias áreas: persona, laboral, social, etc.

Se debe entender que el maltrato doméstico puede tener varias causas, principalmente se podría decir que la violencia ha sido legitimada dentro de nuestra sociedad como una manera de resolver conflictos, existen también causas culturales el rol que se le ha otorgado al hombre y a la mujer, es decir ese papel de masculinidad y femineidad, machismo y pacifidad que han ido adquiriendo a través del tiempo. El nivel socioeconómico y de educación que la persona haya tenido en su vida sin duda son dos elementos indispensables para que se dé el maltrato doméstico dentro del hogar.

Para que se dé la instauración de síntomas de estrés postraumático la persona debe haber experimentado un acontecimiento o una situación bastante intensa, sintiendo algún tipo de amenaza en contra de su vida, por lo cual el hecho al que la persona estuvo expuesta lograría desbordar sus capacidades cognitivas y emocionales.

La intervención en crisis tiene como objetivo crear un entorno seguro para la víctima de un suceso traumático y ofrecerle apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento que ella posee, otro aspecto fundamental es el conocer las redes de apoyo familiar y social de la víctima (Echevurúa & De Corral, 2007). La intervención inmediata pretender ayudar a ventilar emociones y proporcionar intervenciones psicológicas estableciendo métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos.

1.2.2. Preguntas Básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

El problema se desprende de la prevalencia de maltrato doméstico, y la consecuente sintomatología que se desarrolla, en este caso en particular el síndrome de estrés postraumático, entre los que se destacan alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y una visión negativa el mundo exterior y de uno mismo, una percepción negativa de la realidad y de las emociones, perdida de interés por realizar actividades de la vida cotidiana, sentimientos de desconcierto, dificultad en tener emociones positivas, alteraciones en el estado de ánimo, alteraciones de la vida instintiva, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y de atención (APA, 2000); entre otros síntomas que aparecen como consecuencia del maltrato doméstico proporcionado a la mujer, frente al cual no existen espacios de intervención adecuados, destinados a eliminar o disminuir dicha problemática.

1.3 Justificación

En función de la presente investigación, se propone la implementación de un modelo de intervención en crisis con el fin de disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en una población de mujeres víctimas de maltrato doméstico, pues en el Mercado América parte del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato, se detectó una gran necesidad de implementar un espacio de tratamiento frente a la demanda de mujeres que trabajan en esta institución por atención psicológica tras haber sido víctimas de maltrato doméstico por lo que es de vital

importancia el crear un espacio destinado al tratamiento de mujeres que han presentado dicha patología.

El proyecto es innovador ya que se pretende implementar un modelo de intervención en crisis con el fin de interrumpir el curso de anomalías y acontecimientos que se encuentran interrumpiendo el curso normal de la vida de la persona por lo que se pretende disminuir la gravedad de los síntomas de estrés postraumático presentados en las mujeres.

El proyecto es paralelamente factible ya que se realizaran intervenciones grupales en las cuales se evaluó el progreso de las mismas, así como también que se cumplió con el objetivo a través del uso de test y pos - test finalizando con el análisis y comparación de resultados obtenidos.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General:

- Aplicar un modelo de intervención en crisis destinado a disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres maltratadas.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Analizar la existencia de maltrato físico y psicológico en mujeres víctimas de maltrato doméstico.

- Diagnosticar la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico.
- Construir un modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico.

1.5 Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo

La implementación de un modelo de intervención en crisis permite la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático presente en mujeres víctimas de maltrato doméstico.

1.6 Variables

Variable Independiente: maltrato doméstico.
Variable Dependiente: gravedad de síntomas de estrés postraumático.

1.7 Delimitación funcional

Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del trabajo de titulación?

- Diagnosticar la presencia de síntomas de estrés postraumático en las mujeres maltratadas
- Disponer de un modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato domestico
- Verificar y comparar resultados obtenidos

Pregunta 2. ¿Qué no será capaz de hacer el producto final del trabajo de titulación?

No Aplica

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de Violencia Doméstica

La violencia doméstica frente a la mujer, actualmente se ha convertido en un problema a nivel social, que se ha mantenido en el transcurso del tiempo; por lo que se puede inferir que es un fenómeno creciente y significativamente prevalente. La violencia doméstica puede llegar a manifestarse a través de constantes y repetitivas agresiones no sólo de tipo psicológica sino también física y emocional; en casos extremos se podría llegar a femicidios (homicidio). La violencia de género puede manifestarse mediante acoso y abuso sexual en el hogar o en el trabajo, entre otros tipos de expresiones.

La manifestación de la violencia doméstica pueden demostrar los valores obtenidos durante la vida y el nivel cultural que tiene el sujeto (Lorente, 2001). La violencia desatada contra la mujer es un fenómeno pandémico, que ha ido creciendo aceleradamente al pasar de los años; algunas investigaciones de varios autores suponen que este tipo de violencia ha crecido más rápido que el incremento en las tasas de accidentes de tránsito, abusos y agresiones sexuales y delincuencia como robos (Stark y Flitcraft, 1988). Por tanto, se puede definir a la violencia doméstica cómo un atentado contra la integridad de una persona, donde el agresor bien puede ser: la pareja sentimental, el esposo, el amante, o alguien allegado a la víctima; la

limita directamente impidiendo que pueda hacer uso de sus derechos de una manera óptima (Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, 2010). Las mujeres que han sido directamente víctimas de violencia doméstica pueden llegar a sufrir lesiones a nivel físico que perjudican su salud en general, y éstas en extremo podrían desencadenar en discapacidades permanentes atentando con su independencia y autonomía.

Este tipo de lesiones acarreadas cómo consecuencia de haber experimentado maltrato interfieren de manera directa en su desempeño laboral y personal; afectando así, su desarrollo personal y el alcance de sus metas personales de trascendencia. Además para cometer violencia, el maltratador utiliza agresiones emocionales, verbales, físicas, económicas, amenazas; todo esto para tener poder y control generando manipulación y vulnerabilidad sobre su pareja. Los maltratadores utilizan varios recursos para manejar a la víctima: que generalmente es su pareja, mediante el uso de amenazas de atentar contra su integridad o de sus cercanos, amenazas de suicidio o de irse con los hijos (National Center for Victims of Crime, 2002). La manipulación es utilizada por el maltratador para obtener beneficios personales y sentir que tiene poder sobre la víctima.

En el año 2000, la Asociación Médica Americana logró determinar tras múltiples investigaciones que el 25% de mujeres en América alguna vez en el transcurso de su vida han sido víctimas de violencia doméstica y han experimentado maltrato; a su vez se determinó que el 30% de asesinatos en mujeres al año, se debe a que han sido víctimas constantes de violencia doméstica; y, se concluyó en que la violencia de género es la principal causa de daño emocional y de lesiones en mujeres de entre 15

y 44 años. A su vez en España en el año 2000, el Ministerio de Asuntos Sociales indicó que 2.000.600 mujeres mayores de 18 años sobrellevan violencia en el hogar de manera recurrente; indicando que existen 640.000 mujeres maltratadas periódicamente; y existen 1.865.000 mujeres que siendo víctimas de manifestaciones de maltrato en el hogar no se consideran como tales manifestaciones y se ocultan (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer, 2000). En España en la actualidad ha existido un alto incremento de víctimas mortales debido al fenómeno de violencia doméstica; existe un numero de 50 a 60 víctimas al año de víctimas mortales a mano de sus maltratadores, más que las victimas producidas por el terrorismo (Garrido, 2001). Éstas estadísticas evidencian la existencia de un incremento en las tasas de víctimas mortales por violencia de género, la misma que cada día crece en todo el mundo.

Las conductas violentas se desatan y se potencian dentro del ambiente del hogar, existiendo varios factores que contribuyen con el maltrato; este tipo de maltrato doméstico no es accidental o sin intención; más bien se trata de un tipo de maltrato netamente intencional, debido a esto algunos maltratadores no pueden controlar su comportamiento actuando de una manera impulsiva, ya que no saben cómo reaccionar de manera adecuada sin violencia, ante la presencia de estrés e insatisfacción en sus vidas. La dependencia al consumo de alcoholismo o el abuso de drogas no ocasionan en si manifestaciones de violencia doméstica; pero el estar en estado etílico y bajo los efectos de sustancia psicotrópicas intensifican el comportamiento violento ya existente en el maltratador (National Center for Victims of Crime, 2002). Además existen otro tipo de factores que refuerzan el comportamiento de abuso en el maltratador: como el tener una necesidad de poder y

control sobre la víctima, otro factor de importancia es el tener una procedencia de una familia abusiva; también, el introyectar sentimientos de frustración, estrés, inutilidad.

2.1.1 Tipos de Violencia Doméstica

Se establecen como expresiones de violencia doméstica con más frecuencia a la violencia física que es el tipo de violencia que daña la integridad corporal de una persona. Por otro lado la violencia psicológica o emocional es la que busca degradar a la persona, utilizando varias estrategias para conseguirlo; como: la intimidación, manipulación o cualquier otro medio que afecte gravemente su estabilidad psicológica y emocional (Luna, 2012). Por lo que se puede considerar que existen varias maneras en las cuales la violencia doméstica toma forma y se externaliza; la violencia psicológica genera secuelas en la salud mental de la víctima desequilibrándola. Y en la violencia física el agresor utiliza la fuerza física con el fin de herir y hacer daño a la víctima para conseguir su cometido.

La violencia sexual comprende una serie de comportamientos sexuales hacia la victima utilizando la manipulación, fuerza, intimidación, dominación, amenazas, entre otros medios. Mientras que la violencia patrimonial impide la autonomía y libertad de la víctima a través de la pérdida, del daño, la destrucción, ocultamiento o retención de bienes, documentación, patrimonios económicos y tangentes. (Asociación Médica Americana, 2010). Por lo que en la violencia sexual el agresor utiliza recursos para alcanzar su propósito al manipular a la víctima y dominarla; en

la violencia de patrimonio el agresor suele privar la libertad de la víctima, generando daños a su patrimonio.

2.1.2 Patrón de Violencia Doméstica

La violencia doméstica es una compilación de conductas desprovistas como por ejemplo, el poseer escasa habilidad de comunicación y solución de problemas; 1ocasionando factores precipitantes tales como: estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, baja autoestima, entre otros; así como también la percepción errónea posesiva por parte del hombre o la mujer, y la vulnerabilidad y pérdida de equilibrio de uno de los dos (Walker, 2009). La violencia doméstica adquiere un patrón de interacción entre la víctima y el agresor, ya que la víctima adquiere un papel de vulnerabilidad y sumisión mientras que el agresor quiere tener el poder y el control de la relación.

La violencia física incuestionable está precedida inmediatamente por un patrón de abuso psicológico que es utilizado para manipular a la víctima y cómo consecuencia se ve afectada directa y claramente el autoestima de una mujer (Castillo, 2014). La violencia física siempre va ligada de un abuso emocional, la violencia física que toda la sociedad testifica, no se compara con los daños emocionales que se desprenden de ésta. Hay presencia de violencia el instante mismo en que se arremete frente a la integridad emocional, física y espiritual de una persona.

Existe un ciclo que la violencia doméstica debe efectuar para que se accione; ésta interacción cíclica de violencia tiene cuatro fases: la primera fase se da al acumular alguna tensión; que suscitada por factores en la vida del sujeto como: el desempleo,

la insuficiencia de dinero, dificultades en el trabajo, entre otros (Castillo, 2014). Esta acumulación de tensión ocasiona que el maltratador al no saber cómo reaccionar adecuadamente lo haga de una manera violenta hacia su pareja o ex pareja usando insultos, acusaciones y abuso verbal permanente.

La víctima realiza intentos de calmar al maltratador, pero éstos son en vano. La siguiente fase es la reacción que consiste en que dicha tensión acumulada causa graves abusos verbales, ataques físicos o ataques sexuales, éstos pueden ocurrir una vez o varias veces. La tercera fase del ciclo se denomina racionalización, consiste en que el maltratador utiliza el mecanismo de defensa de la proyección para otorgar su propia culpa a otros (Castillo, 2014). La motivación que tiene el maltratador detrás de cualquier tipo de abuso es el humillar, herir, tener poder y control sobre otra persona.

La cuarta fase es el simular normalidad, ésta se da cuando se ha establecido la fase de racionalización, es decir la pareja desea e intenta continuar con su relación normalmente aparentando que todo está perfecto. Sin embargo el ciclo de abuso una vez ha tenido origen continuará si no se tratan los problemas que tiene la pareja (Victim Services Branch, 2005); así, la violencia doméstica cumple un ciclo, desde el momento en que tiene inicio, éste ciclo comienza, llegando a ser vanos los intentos que tiene la victima por terminarlo, desencadenando una normalización de la violencia dentro del hogar.

2.2 Factores Explicativos de la Violencia Doméstica

Existen ciertos factores que logran explicar cómo se da la dinámica de la violencia doméstica, ya que para que ésta se genere se deben determinar las características en común que comparten las relaciones de abuso para lo cual es importante conocer las variables sociodemográficas de la población en donde se produce violencia doméstica, así como también las características psicológicas, psicopatológicas y generales del maltratador y el perfil que debe cumplir la víctima.

2.2.1 Variables Sociodemográficas

La violencia doméstica suele darse dentro de todos los grupos culturales, étnicos y sociodemográficos, a pesar de esto existen características socio-demográficas que se asocian a su accionar; entre estos factores se encuentra el aumento de estrés dentro y fuera de la familia, este se relaciona claramente con el nivel socioeconómico bajo y el contexto laboral del maltratador, dichos factores determinan un mayor riesgo para que la violencia doméstica aparezca (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

2.2.2 Características Psicológicas de los Maltratadores

Dado que el maltrato no es un evento incidental, se ha buscado establecer un patrón de características de las personas incurren en el acto de maltratar; se ha establecido que los hombres maltratadores son menos asertivos, más discrepantes e irritables que los hombres que no cometen violencia doméstica. Sin embargo, existen pocos estudios acerca de las características psicológicas de los maltratadores que permitan

establecer qué factores los diferencian de la población universal (Riggs, Caulfield & Street, 2000). Por lo que se determina que los maltratadores tienen ciertas características en común, pese a esto no se ha generado un perfil único que los maltratadores deberían cumplir para serlo.

En varios estudios se han descubierto puntajes superiores en diversas áreas psicopatológicas, entre maltratadores, y pese a la singularidad de cada uno, sus puntuaciones exceden la norma en: trastorno límite de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, y depresión psicótica. Mientras que el trastorno de estrés postraumático, el consumo de sustancias alcohólicas y psicotrópicas, la depresión, y el trastorno de personalidad límite se han relacionado con la sintomatología presentada en víctimas de maltrato doméstico.

En una investigación metódica se lograron determinar ciertas características propias que comparte una muestra de maltratadores, tales como; inestabilidad emocional, inseguridad, estado de ánimo explosivo caracterizado por la impulsividad inestabilidad e inseguridad emocional, y poseen una nula tolerancia a la frustración (Castellano, Lopez, Rodriguez, & Villanueva, 2004). Los maltratadores no tienen preocupación por el mundo exterior y las demandas del medio, debido a esto tiene un gran desinterés a castigos, infracciones que le ocasionarían el no seguir reglas normas y leyes establecidos, teniendo una escasa responsabilidad en sus actos.

Estos rasgos que los maltratadores comparten logran asociarse entre sí, generando un equilibrio en la manera de ser de cada uno, estos constituyen los ejes de personalidad que Josep cita, haciendo referencia a los trabajos de Eysenck (2002). Dentro de los

ejes de personalidad citados por el autor, el que más se relaciona con el perfil del maltratador, es el psicoticismo, el cual mostraría a una persona con baja afectividad, distante y fría con una tendencia a reaccionar con poca sensibilidad y con mucha dureza de carácter. Son personas dominantes, con un gran sentimiento de posesión sobre los demás y el entorno, todo esto se encuentra acompañado de agresividad e impulsividad, la alta autoestima y el orgullo, añaden peligrosidad a este eje, cuando estos rasgos predominan llegan a constituir trastornos de personalidad.

2.3 Características Psicológicas de las Víctimas

El perfil de una persona maltratada se determina debido a que existen cambios en su personalidad debido al haber estado expuestas frecuentemente al abuso, sin embargo, en la víctima no hay indicadores específicos que cumplan las personas que son víctimas de maltrato, por lo que resulta poco importante su tipo de personalidad un factor determinante para que se produzca la violencia siendo indiferentes las características de su personalidad; una de las características principales de la víctima es el ser mujer. Puede llegar a ser víctima de violencia domestica no un determinado prototipo de mujer (Rincon, Labrador, & Crespo, 2004). Por lo que puede ser víctima de maltrato una mujer vulnerable, con escasos recursos económicos, inestabilidad laboral y con una personalidad sumisa y pasiva, o a su vez; una mujer que ingiere alcohol recurrentemente y golpea a sus hijos, con un bajo nivel de educación y cultura.

La mujer víctima de agresiones constantes desarrolla cierto tipo de mecanismos defensivos que le provocan un total desinterés por todo lo que está a su alrededor, y por realizar actividades de la vida cotidiana que previamente realizaba (Rincon, Labrador, & Crespo, 2004). Por lo que generalmente las mujeres víctimas de maltrato se encuentran en un estado de sobre activación, debido a que sienten temor al recordar su experiencia, no son violentas y ni siquiera llegan a utilizar la violencia en defensa propia. Con lo cual se puede decir que la personalidad de las mujeres víctimas de violencia va cambiando, adquiriendo ciertos rasgos particulares que propician el maltrato.

Regresando al modelo citado por Joseph (2002), al respecto de los trabajos de Eysenck; las dimensiones de personalidad que más se relacionan con el perfil de la víctima, son el neuroticismo, que se encuentra caracterizado por la existencia de una marcada inmadurez emocional, un bajo control de emociones e inestabilidad emocional, así como también una nula o escasa tolerancia a la frustración; además de esto la persona suele dar mucha importancia a cosas pequeñas y las magnifica, constantemente tiene comportamientos obsesivos posesivos y experimenta sintomatología ansiosa, requiere firmemente atención sobre sí mismo; los cuales pueden desencadenar en neurosis o trastornos por ansiedad, fobias, trastornos conversivos, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos de despersonalización, entre otros. En ellos existe el eje de introversión; el mismo que describe a una persona reservada e inexpresiva manifestándose como tímida y retraída al ser poco habladora y comunicativa, es una persona que no manifiesta sus sentimientos y emociones, se mantiene a la orilla de actividades de grupo, Por otro lado la persona extrovertida es más comunicativa y abierta, lo demuestra en su forma de ser

entusiasta emprendedora , es alguien que actúa y luego piensa por lo que es impulsiva, a su vez demuestra un gran interés por inmiscuirse en experiencias nuevas y es abierta a las cosas nuevas.

A continuación se describen las características más relevantes de las víctimas de maltrato (Ver Tabla No 2.1).

Tabla 2.1. Características de la víctima de maltrato

- Sometimiento hacia lo que los demás piensen
- Un sobre respeto a las normas y leyes establecidas en la relación.
- Baja autoestima
- Facilidad por acceder y conformarse
- Poca fuerza de su yo
- Dependencia emocional o afectiva
- Sentimiento de culpabilidad
- Inhibición de la expresividad
- Susceptibilidad
- Vive en estado de alerta y sobre activación
- Alteraciones alimenticias, psicológicas y sexuales

Fuente: Creación propia
Tomado de Francisca Esposito, 2011, Mente y Cerebro. Violencia de Genero.

Como puede apreciarse, existen varias características que comparten las víctimas de maltrato doméstico como un sometimiento ante los demás, cediendo ante lo que pidan y piensen, existe un sobre respeto hacia las normas establecidas dentro de la relación, la victima tiene un deterioro en su autoestima y facilidad por acceder y conformase con lo que le dan, es una persona muy susceptible, viviendo en estado de alerta ante las situaciones del entorno, genera alteraciones alimenticias, psicológicas y sexuales.

2.3.1 Características de las Relaciones de Maltrato

Las relaciones de pareja en las que existen altos índices de maltrato doméstico tienden a desenvolverse negativamente con los demás, y tienen relaciones

interpersonales menos exitosas que las parejas que no experimentan maltrato. A su vez en las relaciones de pareja en donde no existe un adecuado nivel de comunicación y hay un alto nivel de tensión dentro de su relación tienen un mayor riesgo de experimentar violencia doméstica que las parejas en donde existe menos tensión (Riggs, Caulfield & Street, 2000). A pesar de esto no se comprueba con claridad si esta tensión experimentada dentro de la relación de pareja es la que genera violencia, o si la violencia domestica origina la tensión en la pareja, a continuación se describen las características más resaltantes de las relaciones de abuso (Ver Tabla No 2.2).

Tabla 2.2. Características de la relación de abuso

- Presencia de abuso verbal.
- Constante descalificación personal a la victima
- Abuso emocional
- Insultos, adjetivos descalificativos
- Intimidación a la victima
- Dependencia emocional
- Inestabilidad emocional
- Dependencia familiar
- Dependencia económica
- Susceptibilidad
- Perdida de independencia
- No existen derechos
- Altas expectativas
- Falta de tolerancia a la frustración
- Baja autoestima y auto concepto

Fuente: Creación propia. Tomado de Francisca Esposito, 2011, Mente y Cerebro. Violencia de Genero.

Se observa, que las caracteristicas de la relacion de abuso son evidentes, en este tipo de relaciones prevalece la presencia de abuso verbal, amanezas, humillaciones, entre otros tipos de manifestaciones de la misma; hay una constante descalificacion personal del agresor hacia la victima, repercutiendo a nivel emocional y psicologico, deteriorando su autoestima creando expectativas poco realistas y una perdida de independencia que afectan su funcionalidad.

2.4 Consecuencias de Maltrato en la Salud General

Existen varios tipos de efectos que la violencia domestica genera en la victima; daños a nivel familiar, físico y psicológico. La violencia doméstica provoca en la victima una serie de consecuencias negativas, no solo sobre ella sino también sobre el núcleo familiar, esto sucede ya que una atmosfera de violencia ocasiona una pérdida del libre ejercicio de su vida y toma de decisiones autónomas en la victima (Rosa, 2005), debido a estos factores también se ve afectado el desarrollo personal de cada uno de los miembros de la familia.

La violencia física genera en la victima una serie de laceraciones como; lesiones, alteraciones en cuanto a su funcionalidad, discapacidades físicas, y podría llegar a ocasionar la muerte en casos extremos, también existe la posibilidad del suicidio porque la víctima no logro soportar más dolor, o por homicidio, en un episodio de maltrato (Rosa, 2005). Por lo tanto la violencia física no solo acomete contra la victima generando lesiones funcionales, sino que puede terminar con la vida de una persona.

Paralelamente el estado de salud de la víctima se ve comprometido negativamente en procesos internos relacionados con el estrés, ocasionando una predisposición en la víctima para la adquisición de diabetes, dolores de cabeza, migrañas, asma, mialgias, trastornos gastrointestinales, entre otros (Suarez, 2011) La violencia domestica además de ocasionar daños a nivel psicológico en la victima compromete su estado de salud de la víctima generando efectos negativos en ella.

El estar expuesto a comportamientos violentos genera en la victima conductas de riesgo que pueden llegar a intensificarse como el tabaquismo, abuso y consumo de alcohol y sedantes, adquisición de una tendencia al sedentarismo y de hábitos inadecuados como una alimentación incorrecta, entre otros (Suarez, 2011). Los cuales suelen generar un desequilibrio psicológico y a nivel funcional en la vida diaria de la víctima.

2.4.1 Consecuencias del Maltrato en la Salud Mental

El grado de exposición que sufre la victima a la violencia doméstica causa varias consecuencias, el desequilibrio creado en ella afecta directamente en su salud mental ya que produce, depresión, distimia, frustración, baja autoestima, fobias, y problemas a nivel sexual y psicológico. El 60% de mujeres víctimas de maltrato doméstico tiene consigo problemas psicológicos crónicos o leves (Lorente, 2001). Dependiendo el grado de exposición al evento que cada una de las víctimas ha tenido, se debe tomar en cuenta la singularidad de la situación y las particularidades de cada caso para la instauración de patologías.

Otros autores, coinciden en que los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia son; distimia, ansiedad, problemas de autoestima, labilidad emocional o cambios bruscos de humor, falta de deseo sexual, cansancio e insomnio (Amor, 2000). Walker determino que del maltrato doméstico se desprenden varias patologías siendo los más frecuentes el trastorno de estrés postraumático y la depresión (1991); a pesar de esto las víctimas de violencia doméstica desarrollan problemas a nivel psicopatológico como síntomas ansiosos y trastornos de ansiedad, trastornos

alimenticios; como la bulimia y anorexia, ideación suicida e intentos de suicidio y autodestrucción, y drogodependencia.

2.4.1.1. Síndromes Específicos Como Consecuencia del Maltrato

Las mujeres víctimas de violencia domestica tienden a desarrollar ciertos síndromes específicos, que afectan directamente a su vida personal, familiar, emocional y a su relación con el entorno y la sociedad, debido a la gravedad de su situación al ser expuestas a un nivel grave o moderado de violencia dentro del hogar, éstos síndromes específicos que las víctimas de violencia domestica tienden a desarrollar son: El síndrome de la mujer maltratada y el síndrome de intención paradójica. Siendo igual de dañinos y perjudiciales al causar daños ocasionales y permanentes en la victima.

2.4.1.2 Síndrome de la Mujer Maltratada

Existe una serie de pensamientos machistas que dificultan la correcta visualización del fenómeno del maltrato como tal. Estas son estrategias implementadas por los hombres que son aceptadas por las mujeres y se encuentran normalizadas. Estos pensamientos machistas logran mantener el sentimiento de dominio y de superioridad de los hombres frente a las mujeres (Bonino, 2011). Estas estrategias empleadas que han sido normalizadas por lo hombres muchas veces logran poner resistencia al aumento de poder personal del sexo femenino, atentando contra la independencia y autonomía que la mujer trata de tener o alcanzar. Al tratarse de pensamientos habituales, existen varias maniobras utilizadas intencionalmente, las

mismas que no parecen ser perjudiciales, están presentes desde antes de que aparezcan situaciones de violencia. Estas maniobras son la insistencia abusiva o la intimidación a la víctima.

También puede llegar a implementarse el denominado paternalismo protector en el cual el hombre argumenta actuar siempre por el bienestar de la mujer, ésta estrategia produce un impedimento para que la víctima busque los medios adecuados para poner fin a la relación abusiva, mediante estrategias de producir lástima (Bonino, 2011) El hombre se muestra incapaz de cuidarse solo, se abandona físicamente o compra con regalos y lujos, promete cambiar y utiliza la seducción, con el objetivo de manipular psicológicamente a la víctima.

Los efectos que provoca en la victima el síndrome de la mujer maltratada son varios, se debe tomar en cuenta que depende de la singularidad de cada persona y los recursos personales que cada una de ellas ha adquirido a lo largo de su vida, los efectos más significativos son; una alteración en la percepción de los acontecimientos del entorno, un déficit en el autoestima y autoconcepto, y una necesidad constante de reafirmación personal (Bonino, 2011). Por lo que las mujeres víctimas de maltrato muchas veces suelen desprenderse de su autonomía e independencia al verse afectadas emocionalmente por sus conflictos conyugales, estancando así su deseo de superación y desarrollo personal.

2.4.1.3 Síndrome de Adaptación Paradójica

En las relaciones de pareja una mínima parte de los casos de maltrato de género existentes son denunciados y reconocidos de forma manifiesta por la víctima, ya que

la mayoría de veces el acto de violencia que se ha ocasionado se mantiene con cautela entre los integrantes, éstos hechos causan una paradoja debido a que la mayoría de mujeres víctimas de maltrato independientes económica y laboralmente al igual que las mujeres víctimas dependientes económica y laboralmente tienden a ocultar el hecho dentro de la escena familiar en donde se producen, por lo que esto desencadena una dinámica circular difícil de romperse (Montero, 2001)

Por lo que en muy pocas ocasiones mujeres víctimas de violencia domestica a quienes se les atribuye una independencia laboral, personal, económica y productiva que pueden acceder a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades y demandas suelen continuar en relaciones amorosas en donde sufren diariamente violencia (Montero, 2001). Al desarrollarse dentro de actividades productivas, sociales y profesionales en un entorno social dominado por demandas, exigencias y una constante evaluación de los demás logran no tener miedo, logran tener iniciativas en varios ámbitos de sus vidas, sin embargo no pueden dejar a sus agresores, por lo que siguen conviviendo con la violencia en sus hogares, y ocultando este hecho ante la sociedad.

Éstas mujeres comparten el síndrome de intensión paradójica al desarrollar un vínculo afectivo más fuerte con sus agresores posteriormente de haber sido agredidas y de que la violencia sea parte de la rutina de la pareja, llegando a asumir las excusas del agresor tras cada episodio de violencia y aceptando sus arrepentimientos las veces que considere necesarias, retirando denuncias policiales que hayan realizado y han presentado, o deteniendo procesos judiciales en marcha al declarar a favor de sus agresores antes de que sean condenados al sentirse culpables.

Como resultado de esta dinámica se da la formación un vínculo afectivo de dependencia entre la víctima y el maltratador lo que se denomina síndrome de Estocolmo, el que se define como una combinación de mecanismos psicológicos que forman un vínculo de dependencia entre las víctimas de un secuestro y los secuestradores, las victimas tienden a asumir ciertas ideas, creencias, razones que emiten sus secuestradores para llevar a cabo la acción de privación de libertad (Strentz, 1980). Aplicándose el síndrome de Estocolmo de igual manera en los casos de mujeres víctimas de violencia doméstica y maltratadores.

2.4.1.4 Trastornos Depresivos Como Consecuencia del Maltrato

Un inadecuado procesamiento emocional de la violencia, en las víctima de maltrato doméstico origina comorbilidad con varias patologías, la más importante es la depresión (Ruiz, 1994). Por lo que el manejo incorrecto de las emociones es un factor esencial para el desarrollo de un cuadro depresivo.

La violencia doméstica es un fenómeno que podría generar estrés y tensión en la victima, también frecuentemente significa la pérdida de una relación y un vínculo afectivo importante esto llega a desencadenar un cuadro depresivo, el que es muy difícil de sobrellevar para la víctima, ya que atraviesa por una perdida control sobre los acontecimientos y situaciones que vive (Gleason, 1993). Paralelamente a nivel emocional no logra manejar adecuadamente sus conflictos emocionales, por lo que existe progresivamente una pérdida de su autoestima y seguridad personal.

La depresión se ve intensificada en las víctimas de maltrato doméstico debido a las condiciones de aislamiento a las que se somete (Gleason, 1993). la victima adquiere apatía y anhedonia, lo que significa que tiene una pérdida de interés en la realización de actividades diarias, las cuales se ven obstruidas por los fuertes sentimientos de culpa que hay en ellas así como también la falta de proyección de futuro, factores introyectados en la victima debido al ambiente de maltrato en que vive.

2.4.1.5 Trastorno de Ansiedad Como Consecuencia del Maltrato

Como se mencionó, las mujeres víctimas de violencia domestica pueden acarrear consigo ciertas psicopatologías como resultado de su experiencia traumática y la intensidad de la misma (Gleason, 1993). En relación a los trastornos ansiosos los que suelen manifestarse en mayor grado en la victima son: las fobias, particularmente las fobias específicas, en donde la persona tiene un miedo intenso e inexplicable al estar expuesta a cierto elemento u objeto.

Entre las fobias especificas más importantes, figuran las de carácter social, como la agorafobia, caracterizada por el miedo o temor que tiene la victima de permanecer sola en espacios cerrados; también se presentaron trastornos de ansiedad generalizada, en el que la víctima tiene un malestar significativo en su vida diaria cuestionándose sobre el futuro y sus capacidades para enfrentarlo; así mismo, puede observarse trastorno obsesivo compulsivo, en el que la víctima adquiere pensamientos obsesivos e ideas intrusivas sobre algo, en este caso, probablemente sobre la posibilidad de ser maltratado. Merece mención especial el trastorno de estrés

postraumático, en donde las victimas suelen reavivar el acontecimiento traumático con episodios intensos de frustración y síntomas somáticos (APA, 2000).

Es frecuente la presencia de ansiedad y miedo en mujeres víctimas de maltrato doméstico, experimentan una sensación de amenaza ante una determinada persona, situación u objeto. Esto se produce ya que la ansiedad es una sensación de amenaza y vulnerabilidad que tiene la persona, frente a una situación no deseada o cuando no sabe con certeza que es lo que se encuentra próximo a ocurrir y que herramientas utilizar ante ello (Ortuño, 2010). Los síntomas ansiosos pueden ser normales y estar presentes en una persona que no necesariamente haya sufrido de acontecimientos de violencia doméstica, sin embargo el trastorno de ansiedad puede presentarse según el contexto en el que aparece y el grado de afectación del sujeto.

2.5 Trastorno de Estrés Postraumático Como Consecuencia del Maltrato

El trastorno de estrés postraumático, TEP; es un trastorno causado por la exposición de una persona ante un evento traumático, el sujeto pudo haber experimentado agresiones sexuales, físicas o psicológicas, al presenciar o al ser la víctima de un evento traumático (Gordon, 2007). La persona experimenta niveles elevados de ansiedad, frustración y varios síntomas que logran hacerle sentir emocionalmente entorpecido, teniendo problemas en sus relaciones inter e intrapersonales y en su vida diaria en general.

2.5.1 Definición y Caracterización del Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático apareció como diagnóstico clínico en el año 1980 al instaurarse el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III (APA, 1980). Los criterios diagnósticos que constituyen el trastorno de estrés postraumático proceden de antiguos combatientes de guerra, ya que la primera descripción de un episodio clínico de TEP aparece de los síntomas que sufrían las personas víctimas de accidentes ferroviarios, Calcedo (2000), señala que este cuadro clínico fue realizado por John Erich Erichsen en el siglo XIX.

Actualmente se conoce que los síntomas de un trastorno de estrés postraumático emergen en personas víctimas de un evento estresante traumático, al tener un alto grado de exposición ante dicho acontecimiento, estos síntomas se evidencian en personas víctimas de delitos y asaltos, víctimas de violación y abuso sexual, víctimas de abuso físico y violencia doméstica, víctimas de accidentes de tránsito, víctimas de tortura y crímenes, y en personas víctimas de desastres naturales y desastres producidos por el hombre (Astin & Resick, 1997).

2.6 Definición del Trastorno de Estrés Postraumático Según las Clasificaciones Diagnósticas DSM-IV Y CIE-10

Dentro del DSM -IV-TR; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se determinan ciertos criterios diagnósticos para la identificación de un trastorno de estrés postraumático los cuales son los siguientes.

El TEP aparece cuando la persona ha visto, ha experimentado, o ha escuchado de alguien que haya sido víctima de un acontecimiento traumático en su vida. Es decir ha sido expuesto a acontecimientos y situaciones de agresión física que represente una amenaza para su integridad física, amenazo contra su vida o contra la vida de otra persona. Frente a lo señalado, la persona tiene una respuesta a nivel emocional intensa de temor, miedo, desesperanza y horror, lo que se considera el criterio A, ya que la persona siente una amenaza constante a raíz de la experiencia traumática que experimento (APA, 2000).

Por su parte, el criterio B, menciona que deben existir síntomas de re experimentación generado por el acontecimiento traumático, con la presencia de recuerdos recurrentes desagradables e intrusos que producen un malestar significativo en el sujeto, presencia de pesadillas, imágenes intrusivas que reavivan el recuerdo, además de esto la persona acompaña estos recuerdos con respuestas de tipo fisiológico al exponerse o elementos que le recuerden el acontecimiento traumático. El criterio C manifiesta que existen síntomas de evitación debido a que el sujeto evita los elementos asociados al evento traumático, además realiza una gran lucha contra los pensamientos intrusivos y amenazantes que se presentaron recurrentemente, evita lugares, situaciones, personas, cosas que tengan algún tipo de relación con el hecho.

La persona experimenta una pérdida de interés en la realización de actividades de la vida diaria, prefiriendo la soledad y no estar acompañado, se siento cómodo aislándose del mundo exterior al sentirse de esta manera protegido, restringe además su vida emocional y afectiva, y tiene una sensación de un futuro incierto (APA, 2000).

Finalmente, el criterio D indica que hay síntomas de aumento de activación los que se manifiestan cuando la persona tiene dificultades para dormir, cambios en el estado de ánimo, reacciona de una manera impulsiva y constantes ataques de ira. Se encuentra en un estado de hipervigilancia y sobresalto. Todos estos síntomas tienen una duración de más de un mes, deben generar malestar significativo en la vida de la persona en el área social, laboral, personal. Cuando los síntomas duran menos de un periodo de 3 meses son crónicos, a su vez si duran más de tres meses son agudos. Para diagnosticar un TEP con certeza el individuo debe presentar la mayoría de los criterios diagnósticos.

Para complementar la información anteriormente proporcionada, se señala, que según el manual CIE – 10; Clasificación Internacional de Enfermedades el trastorno de estrés postraumático el TEP es un tipo de respuesta atrasada ante un evento que produjo estrés y miedo, el mismo debió ser amenazante a la integridad de la persona o sus cercanos, causando malestar significativo (OMS, 1993). Existe la presencia de varios síntomas como: recuerdos intrusivos e imágenes amenzantes sobre el acontecimiento cuando el individuo se encuentra dormido o despierto en el transcurso del dia, a su vez intenta evitar los elementos, situaicones o personas que tengan relaicon con el trauma, también existen síntomas de hiperactivacion, como respuestas de sobresalto, un estado de constante alerta y vigilancia al sentirse amenazado, deben existir al menos dos síntomas de hiperactivación. Las personas con TEP tienden a desconectarse afectivamente y a no mostrar sus emociones. Podría darse una comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo.

2.7 Modelos Explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

A continuación se analizaran los principales referentes conceptuales que se han ido desarrollando a través del tiempo, para lograr explicar de una manera integrada el funcionamiento del trastorno de estrés postraumático tomando en cuenta la combinación de aspectos cognitivos, conductuales y biológicos.

2.7.1 Teoría de Procesamiento Emocional

La teoría del procesamiento emocional relata que el ser humano logra reducir su miedo experimentado frente a una situación amenazante con un adecuado procesamiento de sus emociones, para lo cual debe llegar a potenciar y utilizar dos procesos indispensables: la activación de la estructura de miedo y el saber reconocer la información indispensable que se desprende de esa estructura de miedo, (Garcia, 2003), de no producirse éste adecuado procesamiento emocional en la victima el factor del miedo experimentado se torna como un detonante de inseguridad y temor a su vez se produce la existencia de una percepción magnificada del hecho traumático. Por lo tanto la teoría de la estructura del miedo constituye un elemento fundamental para la adquisición e instauración del trastorno de estrés postraumático.

2.7.2 Teoría del Aprendizaje Social

La teoría del aprendizaje social sugiere la intervención directa del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante los mismos que constituyen y son la parte más resaltante de esta teoría; el condicionamiento clásico en el que existe un

estímulo incondicionado, que en el caso del trastorno de estrés postraumático es el trauma experimentado por la víctima, este trauma origina en ella un patrón de frustración, pánico y temor (Pozo, 2006). Ésta respuesta generada por la víctima es un tipo de respuesta incondicionada ante el estímulo incondicionado (trauma).

Sin embargo en el instante en que la víctima reaviva el suceso traumático se da una asociación entre el trauma y su hiperactivacion, por lo que la respuesta que emplea la víctima se convierte en una respuesta condicionada. Por lo que cada momento que exista una reactivación de suceso traumático el sujeto generara una respuesta condicionada provocando un temor extremo en él (Pozo, 2006). Por medio de esta generalidad de recuerdos y estímulos condicionados del trauma, evocan estímulos condicionados que producen en la victima un gran temor.

2.7.3 Teoría del Procesamiento de Información

Desde un punto de vista cognitivo, la teoría del procesamiento de información supone que las personas con un trastorno de estrés postraumático, no propiamente pueden experimentar los síntomas de este: malestar miedo o temor, sino más bien pueden llegar a sentir emociones mucho más fuertes, como: tener un deseo de venganza, sentir vergüenza e ira. Estas emociones surgen de la percepción que la víctima tuvo del hecho traumática, del grado en que se vio afectada y de cómo lo vivió (Resick, 1992). Por lo que las emociones generadas en la victima no solo surgen del trauma generado por el hecho que ha vivido.

Por lo tanto el origen que tiene el trauma desde un punto de vista cognitivo, surge de un hecho no necesariamente vivido, sino más bien de la percepción de amenaza

subjetiva experimentada por el sujeto; la cual según algunos autores, exige la presencia concomitante de una percepción de escaso apoyo social y un deficiente manejo de habilidades sociales (Graham, 1995 citado en Siegel, 1998).

2.8 Curso del Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático se despliega en personas de cualquier edad y sigue varios cursos, la sintomatología muchas veces puede desaparecer al transcurso de 3 meses de haberla tenido, por lo que su curso es cambiante. Existen tres tipos de variables en el trastorno de estrés postraumático, puede ser de inicio demorado, en donde los síntomas aparecen después de 6 meses de haber experimentado el evento traumático; de inicio demorado; el trastorno de estrés postraumático agudo, que generalmente tiene una duración menor de tres meses, y el trastorno de estrés postraumático crónico, que tiene una duración mayor de tres meses (APA, 2000).

El curso del trastorno de estrés postraumático que se muestra con mayor frecuencia es el crónico, y el trastorno de estrés postraumático de inicio demorado es el menos frecuente (Echeburúa, E & Corral, 1995). El curso agudo se da en contadas ocasiones, una mínima parte de las personas que han sido víctimas de abusos y agresiones sexuales no tienen ningún síntoma de trastorno de estrés postraumático un año después del acontecimiento.

El evento traumático al que la víctima ha sido expuesta ocasiona un efecto inmediato en ella, ya que produce una reacción emocional y somática en ella, con una duración e intensidad que varía de acuerdo a cada persona; es agudo, cuando la sintomatología

descrita se instala inmediatamente después de la ocurrencia del evento traumático y no sobrepasa los tres meses; en ocasiones la patología llega a cronificarse, a menudo al no existir redes de apoyo para las personas víctimas de maltrato doméstico a nivel social, estas consecuencias recrudecen e intensifican y pueden sobrepasar los tres meses.

2. 9 Factores de Riesgo del Trastorno de Estrés Postraumático

Existen diversos factores de riesgo para desarrollar un trastorno de estrés postraumático; entre estos factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático se encuentra el género ya que las mujeres tienen más riesgo que los hombres de desarrollar un trastorno de estrés postraumático, el tipo de personalidad e historia psiquiátrica ya que se asocia con problemas psiquiátricos como trastorno obsesivo compulsivo, distimia y trastorno maníaco depresivo, y con historia de problemas conductuales en la infancia y adolescencia, historia psiquiátrica familiar y tipo de trauma que ha tenido la victima (Luna, 2010). Por lo que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno de estrés postraumático que lo hombres.

Otro factor relevante, tiene que ver, ya no con las características personales de la víctima, sino con la naturaleza del evento traumático, así:

> La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar TEP. La calidad del apoyo social, antecedentes familiares, experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y

> los trastornos mentales preexistentes, pueden influir en la aparición del trastorno (APA, 2000, pp. 815 - 817).

De lo cual se puede desprender, que ciertas condiciones del evento actúan directamente sobre las estructuras de personalidad y antecedentes personales de la víctima, en el momento de la instauración del trastorno de estrés postraumático.

2.10 Indicaciones Generales de Tratamiento para Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica

Entre los principales aspectos que deben tratarse dentro del tratamiento para mujeres maltratadas, se propone envolver las consecuencias inmediatas y a largo plazo en las victimas, que llegan a generar un tipo de conductas evitativas y de inseguridad en ellas, así como también se deben abarcar los beneficios obtenidos y la manera en la cual la persona resuelve sus problemas. Por lo que es necesario dentro del tratamiento un entrenamiento en resolución de problemas con el fin de prevenir y potencializar herramientas de afrontamiento.

Investigaciones realizadas por Walker en mujeres víctimas de maltrato propone utilizar un método mediante el cual logren pasar de ser víctimas a ser sobrevivientes integrando el evento traumático en sus vidas (1991). Estos pasos son, ayudar a la víctima a reconocer que ha vivido maltrato y que esta experiencia ha tenido algún efecto perjudicial, lograr que la víctima busque seguridad y protección contra abusos posteriores o daño continuado, apoyarle en la recuperación de su claridad cognitiva, disminuir y centrarse directamente en los síntomas de TEP que puedan aparecer en

ella, seleccionar los temas propios del maltrato vivido de otras experiencias tempranas abordando los problemas en orden, ayudarle a reestablecer las relaciones interpersonales perdidas, lograr integrar el trauma en la vida cotidiana.

2.11. Propuestas Específicas de Tratamiento para Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica

Dentro de los tratamientos específicos se han realizado varias investigaciones para evaluar la efectividad de dichos modelos de intervención, Echevurúa propone un tratamiento basado en tres pasos principales que son: expresión emocional, reevaluación cognitiva, y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento (1996). El primer paso se refiere a la externalización de sentimientos, mediante el cual el paciente se desahoga y lograr descargar lo que siente, el segundo paso la reevaluación cognitiva consiste en que el paciente logre hacerse consciente de sus propios esquemas mentales y pensamientos, y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento consiste en proporcionar al paciente ejercicios de relajación, estrategias de solución de problemas, recuperación de actividades gratificantes, exposición y distracción cognitiva (1996). Al implementar dicho modelo se pretenden generar cambios principalmente en el autoestima y el autoconcepto de las víctimas, proporcionándole estrategias de afrontamiento.

2.12 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático

Sin dejar de lado los criterios anteriormente expuestos; los tratamientos más eficaces y frecuentes utilizados para tratar el trastorno de estrés postraumático brindando

apoyo y tratamiento a la víctima de un suceso traumático son principalmente: La terapia de exposición, que consiste en que el paciente debe enfrentarse a las situaciones y a escenarios que teme y frente a las cuales siente ansiedad, o; en algunas ocasiones, debe enfrentarse a imágenes de estas situaciones, sin tener la posibilidad de evitarlas o huir de ellas, el objetivo de este tipo de terapia es el entrenar al individuo para que venza sus temores y de una manera gradual no los evite y los incorpore en su vida; por otro lado existe el entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad, su principal objetivo es proveer al individuo de estrategias y de habilidades que en el existían pero no las manejo adecuadamente para que logre vencer la ansiedad de la vida cotidiana y que le provoca el evento traumático, y finalmente; la reestructuración cognitiva esta técnica tiene el objetivo de modificar creencias, pensamientos, e ideas irracionales (Strauss & Corbin, 2002). Obteniendo resultados óptimos para la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático en personas que han experimentado un suceso traumático.

2.13 Intervención en Crisis en Trastorno de Estrés Postraumático

La intervención en crisis, se denomina también como: primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis tiene como principal objetivo el proporcionar los recursos de afrontamiento y la estabilidad emocional a la persona, a su vez promueve la búsqueda de estrategias de enfrentamiento inmediato de la persona ante el evento traumático experimentado, en este caso el maltrato padecido. Como primer paso se proporciona un apoyo emocional, brindando a la víctima un espacio para expresarse libremente con el fin de disminuir la ansiedad y elevar su optimismo (Slaikeu, 1998). Se enfoca también en reducir el peligro mediante la evitación de

ciertos elementos, personas y objetos, los componentes de los primeros auxilios psicológicos son: realizar un contacto psicológico es decir, escuchar los acontecimientos vividos y los sentimientos de la persona, a través de lo cual se podrá disminuir los niveles de ansiedad ira o depresión, se debe reactivar las capacidades de resolución de problemas en la victima analizando dimensiones del problema y factores inherentes como el pasado inmediato, presente , futuro inmediato y analizar las posibles soluciones.

Como puede apreciarse, la primera parte de una intervención en crisis (los primeros auxilios psicológicos) se enfocan en la resolución de las necesidades inmediatas y eventualmente y en segunda instancia, en las necesidades mediatas (segundos auxilios psicológicos), las cuales pretenden encontrar soluciones, evaluar los recursos que la víctima ya ha intentado, lo que es factible de hacerse y estudiar nuevas alternativas **a**sistiendo en las soluciones, mediante la implementación de una actitud facilitadora y directiva (Slaikeu, 1998). Para evaluar los resultados se debe dar un proceso de verificación y seguimiento y conviene el mantenerse en contacto con la persona.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Metodología de Investigación

Cualitativo y Cuantitativo: El proyecto de investigación manejó un enfoque mixto; ya que se utilizó un enfoque cualitativo y un enfoque cuantitativo a la vez. Por consiguiente la investigación cualitativa corresponde a "cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación" (Strauss & Corbin, 2002, pp. 11 – 12). Éste enfoque de investigación se evidencia en el proyecto debido a que se realizó la manipulación en una de las variables, llegando a comprobar la hipótesis planteada mediante la implementación de un modelo de intervención en crisis destinado a disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Método Experimental: Por lo tanto el paradigma que se utilizó en la presente investigación fue un método experimental, ya que se trabajó con un grupo de 37 mujeres víctimas de violencia doméstica, con la existencia de dos grupos experimentales; dichos grupos se conformaron por mujeres, cuya característica en común es el haber sido víctimas de maltrato doméstico, este grado de exposición al hecho ocasiono que se genere en ellas sintomatología de un trastorno de estrés postraumático, siendo el maltrato doméstico un factor de gran importancia para la

formación de síntomas de un trastorno de estrés postraumático. Por lo que en el presente proyecto el investigador manipulo en cierto grado una de las variables de la investigación *"síntomas de trastorno de estrés postraumático"*; a partir de la implementación de un modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico.

A su vez se utilizó un enfoque cuantitativo debido a que su objetivo es ¨ El adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que nos permita conocer la realidad de una manera más imparcial, ya que se recogen y analizan los datos a través de varios conceptos y de variables¨ (Alvarez, 1996, pp. 3 - 4). Por lo que la investigación presentó a su vez un enfoque cuantitativo ya que exploró de manera estadística las variables mediante la psicoestadística presente en la aplicación de los reactivos psicológicos (Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica y la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático), instrumentos que tienen validez y confiabilidad por lo que con certeza plantean datos sobre la presencia de maltrato doméstico y de sintomatología de un trastorno de estrés postraumático en las mujeres participantes.

Diseño Cuasi-experimental, intersujetos, de corte transversal: La investigación utilizó el diseño cuasi experimental ya que no existe un control interno en el grupo de participantes, y el objetivo de la investigación fue el implementar y probar una herramienta a los dos grupos experimentales, ¨Modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático¨, para verificar la presencia y ausencia de cambios y se lo hace en dos grupos para evitar falsos positivos en la investigación.

Posteriormente se analizó la correlación entre los resultados entre test y el post test, por lo que se estudió la efectividad de la implementación de un modelo de intervención en crisis destinado a disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico, dicho diseño es apropiado para trabajar en contextos naturales diferenciándola de otro tipo de investigaciones en donde existe un nivel elevado de control en cada una de las variables intervinientes en el experimento.

Se realizó una investigación inter-sujetos ya que se refiere a "Grupos cuyos sujetos han sido asignados aleatoriamente a todas las condiciones experimentales que se han generado con una o más variables independientes del experimento. El experimentador consigue una forma no sesgada de asignar los sujetos a las condiciones¨ (Max, 2013, pp. 2- 3). Por lo que en la investigación se utilizó este diseño ya que existen grupos experimentales conformados por mujeres de diferentes edades, y con una característica en común la que es el presentar síntomas de un trastorno de estrés postraumático el cual se valoró en cuanto a su intensidad y gravedad.

El corte de la investigación fue un corte transversal ya que involucró la aplicación de reactivos psicológicos de medición, y una implementación de un modelo de intervención en crisis y recolección de datos en un solo periodo de tiempo; por lo que se requirió de aproximadamente 6 meses para realizar el proyecto de investigación.

Experimento de campo.-" La investigación de campo se presenta mediante la manipulación de una variable externa no comprobada, en condiciones controladas,

con el fin de describir de qué modo o por qué causas se produce una situación o acontecimiento particular", (Graterol, 1999, pág. 3). Por lo que en la presente investigación, las características externas a las que están expuestas son realistas, y las participantes forman parte de la vida cotidiana sobre quienes se manipuló exclusivamente una variable (gravedad de síntomas de estrés postraumático).

3.1.1. Método(s) Aplicado(s)

Para la selección de la muestra que formó parte de la investigación, se aplicó la *¨Entrevista semiestructurada de maltrato doméstico¨* a una población de 40 mujeres que trabajan en el Mercado América en el periodo de Diciembre del 2014 a Junio del 2015, con el fin de analizar y obtener un número concreto de participantes que hayan sufrido de maltrato doméstico, posteriormente se aplicó el test de ¨Gravedad de síntomas de estrés postraumático¨ siendo 39 las participantes que han adquirido sintomatología de un trastorno de estrés postraumático. Como punto de partida se les planteo la posibilidad de participar en el proyecto de investigación de forma voluntaria; para lo cual se estructuraron dos grupos experimentales: el grupo experimental I conformado por 18 mujeres y el grupo experimental II conformado por 19 mujeres.

A partir de la muestra seleccionada dentro de la población se formaron dos grupos experimentales de trabajo, los que se seleccionaron de forma aleatoria, al grupo denominado como grupo experimental I se aplica el modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres maltratadas inmediatamente, realizando dos sesiones por semana culminando su

implementación en 8 sesiones, mientras que el grupo experimental II se mantiene en espera sin ninguna intervención.

Posteriormente al finalizar la aplicación del modelo de intervención en el grupo experimental I se procede a la aplicación del reteso con la *¨escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático¨* analizando y correlacionando resultados y la efectividad del modelo implementado en las participantes; culminada esta fase del mismo modo en el grupo experimental II se procede a la aplicación del modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático, con sesiones de dos veces por semana, finalizando su aplicación en la octava sesión.

Tanto al grupo experimental I como al grupo experimental II se aplica el modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato doméstico. Para corroborar los resultados obtenidos al finalizar la aplicación del modelo de intervención en crisis se procedió a la aplicación de un post test para analizar si la gravedad de síntomas de estrés postraumático presentes en ellas disminuyo o se eliminó.

3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de Información

3.1.2.1 Entrevista Semiestructurada de Maltrato Domestico

Se evaluó la existencia de maltrato físico y psicológico a través de la *¨Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico¨* (Echevurua, Corral,

Sarazua, Zubizarrieta, & Sauca, 1994). Consta de validez y confiabilidad, se trata de una herramienta psicométrica que consta de 33 ítems, pretende conocer de una manera profunda aspectos importantes de la víctima como sus datos sociodemográficos, medir la existencia de maltrato, la frecuencia en el que se ha dado, número de denuncias realizadas, tipo de abuso experimentado, actos de abuso cometidos, medios coactivos aplicados, amenazas en contra la vida, intentos de suicidio, atención medica por lesiones, salidas del hogar, si se ha contado a alguien acerca del abuso, si la victima ha recibido tratamiento psicológico anteriormente, antecedentes psicopatológicos, antecedentes de maltrato en la familia de origen, problemas de abuso de drogas o de alcohol, también existe una sección en donde se analizan los datos a conocer del maltratador como si ha tenido problemas de drogas o alcohol, algún tipo de trastorno psiquiátrico, problemas de celos, experiencias de maltrato con hijos y familia de origen, problemas laborales.

3.1.2.2 Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático

La *¨Escala de Gravedad de Síntomas de estrés Postraumático¨* (Echevurúa, De Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), es una escala de evaluación que consta de 17 ítems basados en los criterios diagnosticas del DSM- IV, pretende evaluar los síntomas de estrés postraumático en personas víctimas de diferentes sucesos traumáticos.

Los mismos que miden las 3 áreas de sintomatología principales dentro del trastorno de estrés postraumático, el área de aumento de activación, el área de evitación y el área de re experimentación, otorgando una puntuación máxima de 15 puntos, siendo

0 el valor mínimo y 15 el valor máximo de intensidad en cuanto a los síntomas presentados, posteriormente con la escala complementaria se analizó de manera más recóndita la existencia de manifestaciones somáticas de ansiedad en relación con el suceso traumático.

Su validez se demostró realizando una evaluación con una muestra de 175 pacientes que sufrían de este cuadro clínico de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV quienes habían sido víctimas de maltrato doméstico, agresiones sexuales, terrorismo o accidentes automovilísticos, y con una muestra normativa de 463 sujetos. El instrumento tiene estabilidad, validez y consistencia interna, así como también un tipo de validez convergente y de constructo. Por lo cual la gravedad de síntomas de estrés postraumático presentes en mujeres víctimas de maltrato doméstico pretende medirse mediante la aplicación de ésta escala de evaluación.

3.1.3. Población y Muestra

El presente proyecto de investigación utilizo un tipo de muestreo no probabilístico, se desarrolló con 37 pacientes, con edades comprendidas entre 20 y 50 años, que hayan sufrido de maltrato doméstico y con una sintomatología de un trastorno de estrés postraumático.

En el Mercado América de la Ciudad de Ambato perteneciente al GADMA existe una población de alrededor de 150 mujeres que trabajan en distintas áreas, entre los meses de Diciembre - Junio 2015 durante el período de prácticas pre-profesionales, existió la voluntariedad de 40 mujeres que con su consentimiento decidieron

participar con la aplicación de los reactivos psicológicos que pretendían medir el maltrato doméstico y la gravedad de síntomas de estrés postraumático, al finalizar con el análisis de resultados se obtuvo una muestra de 37 mujeres que cumplían con los aspectos de la investigación, participando voluntariamente 37, a quienes se aplicó el modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático en dos grupos experimentales.

El trabajo de investigación realizado con la participantes que forman parte del Mercado América es de suma importancia a pesar de esto resulta difícil ya que se pretende trabajar con la misma muestra a lo largo de toda la investigación, por lo que se debe considerar que las participantes tienen absoluta libertad de decidir retirarse de la implementación del modelo de intervención en crisis cuando lo consideren pertinente, por lo que se procura trabajar con un grupo de 37 participantes, corriendo el riesgo de que alguna abandone las sesiones.

En esta muestra intencionada se dispone la exclusión de mujeres que no hayan experimentado maltrato doméstico por lo que no presenten síntomas de un trastorno de estrés postraumático.

3.1.4 Procedimiento Metodológico

El modelo de intervención en crisis cognitivo conductual implementado a las mujeres víctimas de maltrato doméstico no fue emergente, sin embargo la brevedad existente se dio ya que el modelo de intervención es un tipo de psicoterapia breve, cuya aplicación habitualmente podría comenzar desde las 6 sesiones. En la presente

investigación se realizaron 8 sesiones de psicoterapia breve con cada uno de los grupos experimentales, teniendo cada uno su tiempo de espera.

El método elegido fue la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico ya que es una herramienta que consta de un banco de preguntas abiertas y cerradas que contienen de manera específica datos acerca de la situación de maltrato, contexto socioeconómico, antecedentes personales, familiares, acerca de la víctima y del maltratador, obteniendo de manera profunda y concisa datos necesarios para la investigación y que se tomaron en cuenta para la elaboración del modelo de intervención en crisis que se aplicó posteriormente.

El abuso físico y daños personales que las victimas presentan en su mayoría responden a los hallazgos encontrados en la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico, la cual ha sido elaborada por Enrique Echevurúa, uno de los principales exponentes de la investigación psicológica con un enfoque cognitivo conductual al respecto de maltrato y trastorno de estrés postraumático, en donde se evidencia que el maltrato (abuso físico), genera la consecuente sintomatología ansiosa, encajada en el síndrome de estrés postraumático (daños personales) o acontecimientos que amenacen a la integridad de la persona o de sus cercanos.

La selección de la muestra de trabajo, grupo experimental I y grupo experimental II de la investigación se realizó mediante una selección aleatoria, ya que las mujeres que formaron parte de esta investigación participaron en los talleres de manera voluntaria. El grupo experimental I estuvo conformado por mujeres dedicadas a la

venta de comida y de legumbres, mientras que el grupo experimental II fue formado por mujeres dedicadas a la venta de animales y de flores.

La investigación inició con la aplicación de reactivos psicológicos en la muestra de participantes el primer mes, el segundo mes se aplicó el modelo de intervención en crisis en el grupo experimental I, mientras que el grupo experimental II tuvo un período de espera, en el tercer mes se implementó el modelo de intervención en crisis en el grupo experimental II, a partir del cuarto, quinto y sexto mes, se realizó un análisis de resultados y comparación de test y post test, para la comprobación de la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de Resultados

A continuación se analizan los principales datos sociodemográficos de las 37 mujeres víctimas de violencia domestica que constituyeron la investigación, tanto en el grupo experimental 1 conformado por 18 mujeres y en el grupo experimental 2 conformado por 19 mujeres. (Ver tabla 4.1)

Tabla 4.1 Análisis descriptivos de las Características Sociodemográficas

Variables	*Grupo I n=18*		*Grupo II n=19*	
	Número	*Porcentaje*	*Número*	*Porcentaje*
Estado Civil				
Soltera	0	1%	0	0%
Convivencia	1	14%	4	4%
Casada	14	0%	13	13%
Separada	0	2%	1	1%
Divorciada	2	1%	1	1%
Viuda	1		0	0%
Escolaridad				
Lee y Escribe	8	8%	2	2%
Enseñanza Básica	6	6%	11	11%
Profesionales	1	1%	4	4%
Universitarios	3	3%	2	2%
Nivel Socioeconómico				
Medio	3	3%	7	7%
Medio Bajo	15	15%	12	12%
Denuncias				
No	16	16%	18	18%
Si	2	2%	1	1%

Nota: * *p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.*

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de los participantes entre el grupo experimental I y el grupo experimental II. (Ver gráfico 4.01). Con respecto al estado civil el 1% de mujeres en el grupo experimental

I conviven con pareja, mientras que en el grupo experimental II un 4% lo hace, en el grupo experimental I el 14% de la mujeres son casadas, en el grupo experimental II un 13% de las mujeres son casadas, y un 0% son se han separado de sus esposos en el grupo experimental I, mientras que en el grupo experimental II un 1% se encuentran separadas de su pareja; en el grupo experimental I el 2% de las mujeres son divorciadas, y en el grupo experimental II el 1% se ha divorciado de su pareja, el 1% de mujeres en el grupo experimental 1% tiene a enviudado, mientras que en el grupo experimental II existe un 0% .

Con respecto al nivel de educación que tienen las mujeres participantes se ha determinado que en el grupo experimental I un 8% sabe leer y escribir, mientras que en el grupo experimental II un 2% lo hace, el 6% tiene una enseñanza general básica en el grupo experimental I, en el grupo experimental II un 11% la tiene; en el grupo experimental I un 1% son profesionales, en el grupo experimental II un 4% tiene formación profesional, finalmente un 3% en el grupo experimental I tiene estudios universitarios, mientras que en el grupo experimental II un 2% han tenido estudios universitarios.

El nivel socioeconómico que se determinó en el grupo experimental I es medio en un 3% y medio bajo 15% y en el grupo experimental II medio un 7% y medio bajo en un 12%.

Las mujeres que han realizado denuncias en el grupo experimental I es de un 2% mientras que existe un 16% que no lo han hecho , en el grupo experimental II un 18% no ha emitido denuncia mientras que el 1% si lo ha hecho.

4.2 Análisis Descriptivo de Maltrato Domestico

A continuación se evidencian las características del maltrato doméstico que ha sido perpetrado en la población de mujeres víctimas de violencia, tanto en el grupo experimental 1 conformado por 18 mujeres y en el grupo experimental 2 conformado por 19 mujeres. Para lo cual se determinó el tipo de maltrato y el tipo de daño realizado (Ver Tabla 4.2)

Tabla 4.2 Análisis descriptivo de la violencia domestica

Variables	***Pre-test***		***Post-test***	
	Numero	***%***	***Numero***	***%***
Abuso Físico	16	16%	17	17%
Abuso Psicológico	2	2%	2	2%
Daños Personales	18	18%	19	19%
Daños contra los Bienes	0	0%	0	0%

Nota: ** p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001*

Como se evidencia en la tabla de datos, las mujeres víctimas de maltrato doméstico tanto en el grupo experimental I como en el grupo experimental II comparten ciertas características siendo predominante el haber experimentado maltrato físico, en el grupo experimental I el 16% de mujeres sufrieron este tipo de abuso mientras que en el grupo experimental II el 17% de mujeres lo padeció. Mientras que en el grupo experimental I, el 2% sufrió de abuso psicológico y en el grupo experimental II, un 2% padeció de abuso psicológico. En el grupo experimental I, el 18% sufrió daños Personales y en el grupo experimental II, el 19% sufrió daños personales.

4.3 Análisis Descriptivo de los Participantes en la Fase de Pre-test

Durante la primera fase de evaluación que se dio como requisito previo a la implementación del modelo de intervención en crisis, se identificó el estado inicial y

las condiciones en las que las participantes comenzaron el proceso de implementación del Modelo de Intervención en Crisis, en función al grado de síntomas de trastorno de estrés postraumático que cada una de ellas presentaba previamente a la implementación del modelo.

Los siguientes datos se presentaran de acuerdo a los grupos conformados de trabajo (Grupo Experimental I y Grupo Experimental II) además se evidenciaran los diferentes componentes de la evaluación analizando la media aritmética (*M*) y la desviación estándar (*Ds*). La técnica utilizada para la corroboración de hipótesis es la prueba *t de Student* (*t*) (ver cuadro 4.3).

Tabla 4.3. Análisis descriptivos de la evaluación de los participantes en la fase pre-test

Variables	***Grupo I; n=18***		***Grupo II; n=19***		***Contraste***
	Media	***Desv.***	***Media***	***Desv.***	***T***
Re Experimentación	10, 38	1,88	10,10	1,76	,839
Evitación	12,94	2,53	13,94	1,95	,350
Aumento de Activación	8,27	1,48	8,52	1,26	*,510*

Nota: ** p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001*

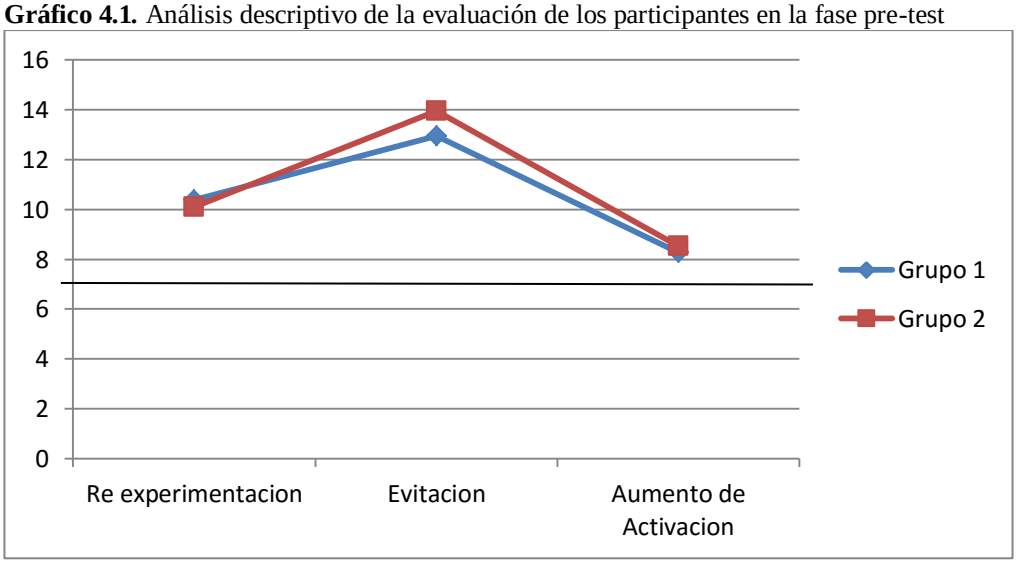
En los resultados correspondientes al área de Re experimentación se identificaron los valores M= 10,38 puntos y Ds= 1,88 en el grupo Experimental 1, mientras que en el grupo Experimental 2 los resultados fueron M= 10,10 y Ds = 1,76. Para la comprobación de medio la prueba de contraste t de student fue *t= ,839; p> ,05*. Debido a esto se puede mencionar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos durante la fase de pre-test concluyendo que son estadísticamente iguales.

En el área de Evitación los valores correspondientes para el grupo Experimental 1 son M= 12,94 puntos y Ds= 2,53, mientras que en el grupo experimental 2 se

obtuvieron los valores M= 13,94 puntos y Ds= 1,95. La prueba *t de student* de contraste para la comprobación de hipótesis resulto *t= ,3504; p> ,05* lo que concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas por lo que los grupos tienen igualdad.

Finalmente para el puntaje en el área de Aumento de Activación en el grupo Experimental 1 son M= 8,27 puntos y Ds= 1,48, mientras que en el grupo Experimental 2 se obtuvieron los puntajes M= 8,52 y Ds= 1,26. En la prueba de comprobación de hipótesis *t de student* se encontró t= ,510 p> ,05 lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas por lo que se concluye que los dos grupos son estadísticamente iguales. (Ver gráfico 4.1)

Gráfico 4.1. Análisis descriptivo de la evaluación de los participantes en la fase pre-test



En la representación gráfica se evidencian los resultados obtenidos previos al proceso de implementación del modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático, se realizó a través de las medias con respecto a la evaluación de las áreas de re experimentación, evitación y de aumento de activación de los grupos Experimental 1 y Experimental 2.

La prueba de hipótesis nula (Ho) demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales por lo que se determina que son iguales.

4.4 Análisis del Comportamiento Pre-test - Pos-test de Grupos de Trabajo

En el análisis de los grupos experimentales con los que se abordó el trabajo de implementación del modelo de intervención en crisis, se pretende examinar cuál ha sido el cambio presentado en los dos grupos experimentales, correlacionando los resultados de la fase pre test con los resultados de la fase post test. Para lo cual se realizó un análisis independiente de cada uno de los grupos de trabajo.

4.4.1 Cambios Pre-test - Pos-test en el Grupo Experimental I

Para el respectivo análisis de los resultados en el grupo Experimental 1 y en el grupo Experimental 2, se evidencian a continuación los cambios producidos en los grupos entre la fase pre-test y la evaluación post-test realizada luego de la aplicación del modelo de intervención en crisis. Para lo cual se demuestran a continuación los puntajes obtenidos de cada grupo mediante la media (*M*) y la desviación estándar (*Ds*) de la fase pre-test y de la fase pos-test, utilizando la prueba *t de student* para muestras relacionadas, en la comprobación de la hipótesis planteada ¨La implementación de un modelo de intervención en crisis permite la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático presente en mujeres maltratadas¨.(ver tabla 4.4).

Tabla 4.4. Análisis pre-test/post-test del grupo experimental I

Variables	*Pre-test*		*Post-test*		*Contraste*
	Media	*Desv.*	*Media*	*Desv.*	*T*
Re Experimentación	10,38	1,88	6,44	1,19	,028*** Pos<Pre
Evitación	12,94	2,53	8,38	1,28	,011*** Pos<Pre
Aumento de Act.	8,27	1,48	6,55	1,42	,894** Pos<Pre

Nota: * *p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001*

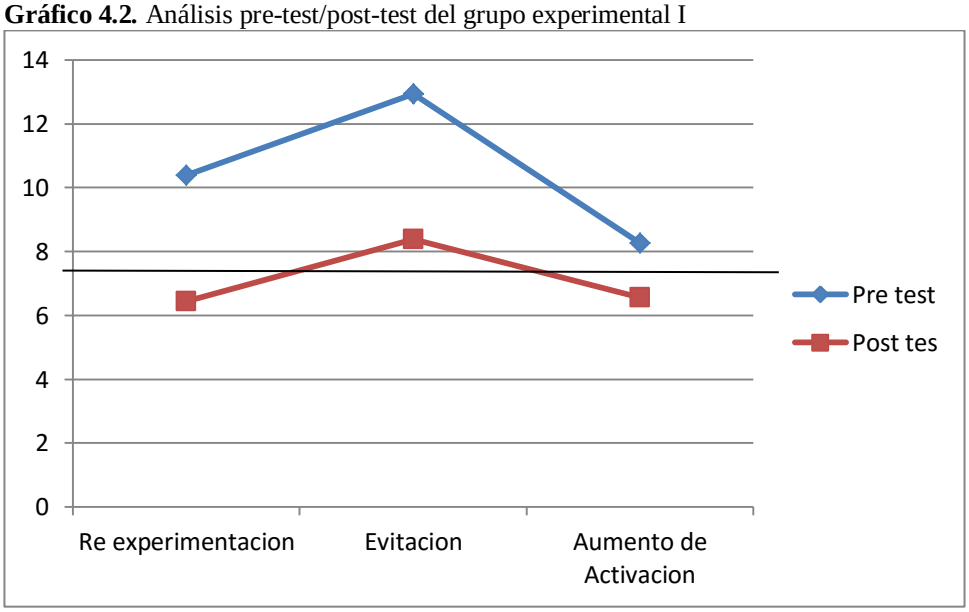
Se evidencia en cuanto a los cambios dados en el grupo experimental 1, en la fase de pre-test en el área de re experimentación un puntaje *M= 10,38* puntos y *Ds= 1,88;* mientras que en la fase de post-test se obtuvieron los siguientes resultados *M= 6,44* puntos *y Ds= 1,19* .Concluyendo con el resultado de la prueba *t de student que* fue *t= ,028; p< 0,001*. Por lo tanto se encontraron diferencias altamente significativas entre las medias de la fase pre test y de la fase post test del grupo Experimental 1, disminuyendo notablemente los puntajes en la fase post test.

En el área de evitación se obtuvieron los siguientes resultados, en la fase pre test *M=* 12,94 puntos y Ds= 2,53. Por otra parte los resultados correspondientes a la fase post test son los siguientes; M= 8,38 puntos y *Ds= 1,28*. Para la corroboración de medias el resultado de la prueba de contraste fue *t= ,011; p< 0,001* lo que determina que existen diferencias altamente significativas en relación a los resultados de la fase pre test y la fase post test, disminuyendo de manera evidente los resultados.

En el área de aumento de activación se evidencian los siguientes resultados en la fase pre test M= 8,27 puntos y Ds= 1,48; en la fase post test se identificaron los siguientes puntajes; M= 6,44 Ds= 1,42. En la aplicación de la prueba *t de student* se encontró *t= 394 p>0 ,001*, Evidenciando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental con relación a los resultados de la fase pre

test y los resultados de la fase post test, ya que ha existido una disminución en el puntaje de post test tras la aplicación de la intervención. (Ver gráfico 4.2).

Gráfico 4.2. Análisis pre-test/post-test del grupo experimental I



En la representación gráfica se observan los resultados obtenidos, rechazando así la hipótesis nula (Ho), (La implementación de un modelo de intervención en crisis no permite la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático presente en mujeres maltratadas), el grupo muestra diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto se puede afirmar la hipótesis alternativa es decir, el modelo de intervención en crisis implementado tuvo efectividad.

4.5 Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo II

Para el análisis de los resultados del grupo Experimental 2, a continuación se evidencian los cambios en el grupo con relación a la fase pre test; fase anterior a la intervención; y, la fase post test, la cual se realizó posteriormente a la

implementación del modelo de intervención en crisis; demostrando los puntajes obtenidos en la media y desviación estándar entre las fases de pre-test y pos-test en el grupo Experimental 2. Para la correspondiente comprobación de medias relacionadas se utilizó la prueba *t de student.* (Ver tabla 4.5).

Tabla 4.5. Análisis pre-test/post-test del Grupo II

Variables	***Pre-test***		***Post-test***		***Contraste***
	Media	***Desv.***	***Media***	***Desv.***	***T***
Re experimentación	10,10	1,76	6,68	1,66	,013***Pos<Pre
Evitación	13,94	1,95	9,31	1,24	,014***Pos<Pre
Aumento de Act.	8,52	1,26	6,94	1,12	,118***Pos<Pre

Nota: * *p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001*

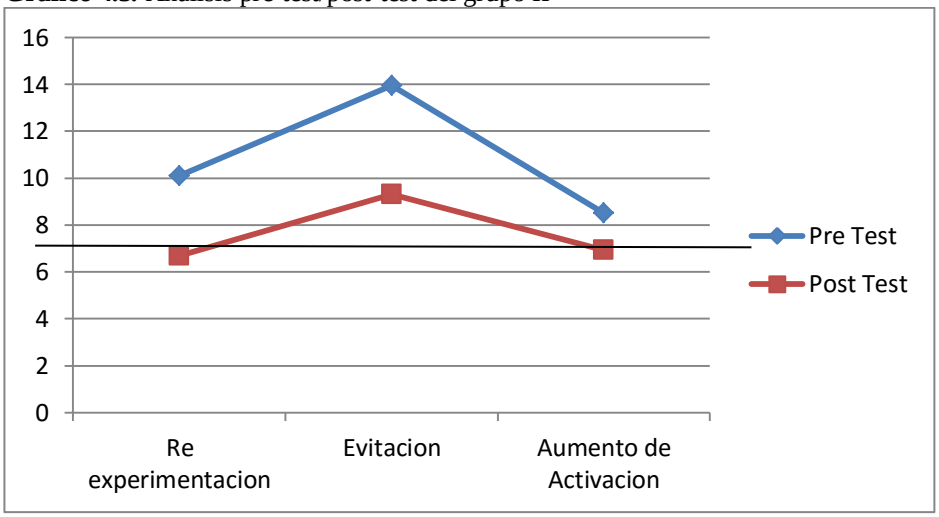
En relación a los cambios correspondientes al grupo Experimental 2 con respecto a la relación entre la fase pre test y post test, en la fase de pre test se obtuvieron los siguientes resultados; en el área de re experimentación obtuvieron; *M= 9,31* puntos *Ds= 1,76,* y en la fase post test obtuvieron *M*= 6,68 puntos y *Ds*= 1,66. Mientras que en la prueba de contraste *t de student* obtuvieron un puntaje *t= ,013; p<0 ,001*. Lo que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de pre test y post test en el grupo Experimental 2, existiendo una disminución en las puntuaciones de la fase post test.

En el área de evitación en el pre-test se obtuvieron los siguientes resultados; *M= 13,94* puntos y *Ds= 1,95* y en la fase post test una puntuación de *M= 9,31 puntos y Ds= 1,24.* El resultado de la prueba *t de student* resultó *t= ,014; p> 0,001;* indicando que existen diferencias altamente significativas entre los resultados de pre test y post

test del grupo Experimental 2; existiendo notablemente una disminución en el puntaje de post test.

Para el puntaje del área de aumento de activación en la fase de pre test son *M*= 8,52 y Ds=1,26; mientras que en la fase de post test se encontraron los siguientes resultados: *M= 6,94* puntos y *Ds= 1,12*. Después de la aplicación de la prueba *t de student* para muestras relacionadas se obtuvo un puntaje de *t= ,118 p< 0,01. Indicando* la existencia de diferencias estadísticamente significativas, por lo que han disminuido los puntajes de las participantes en la fase post test. (Ver Gráfico 4.3)

Gráfico 4.3. Análisis pre-test/post-test del grupo II



A partir de los resultados obtenidos es posible rechazar la hipótesis nula (Ho), y se acepta la hipótesis alternativa (H1).

4.6. Análisis Descriptivo de los Participantes en la Fase de Post-test

Se realizó un evaluación posterior a la implementación del modelo de intervención en crisis a los grupos de mujeres participantes; al finalizar con la fase de aplicación

se realizó una fase de evaluación post test; en la que se espera obtener e identificar si existió una disminución en la sintomatología de un trastorno de estrés postraumático que cada una de las mujeres experimentaba en primera instancia; para de este modo, poder determinar la existencia o no existencia de cambios y evaluar si son o no altamente significativos.

A continuación se presentan los valores obtenidos en la fase post test de cada uno de los grupos experimentales con los que se trabajó (Experimental 1 y Experimental 2); a su vez se determinan los componentes de la evaluación a través de la media aritmética *M* y la desviación estándar *Ds,* para realizar la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba *t de Student* (*t*) (ver tabla 4.6):

Tabla 4.6. Análisis descriptivos de Los participantes en la fase post – test

Variables	***Grupo I; n=18***		***Grupo II; n=19***		***Contraste***
	Media	***Desv.***	***Media***	***Desv.***	***T***
Re experimentación	6,44	1,19	6,68	1,66	,621
Evitación	8,38	1,28	9,31	1,24	,533
Aumento de Act.	6,55	1,42	6,94	1,12	,359

Nota:* *p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001*

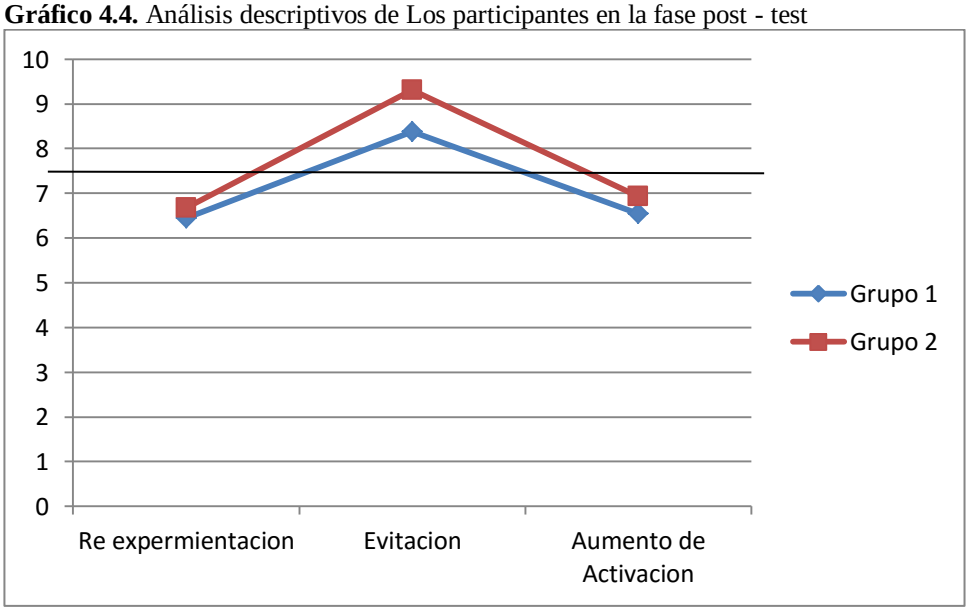
Después de la evaluación post test se identificaron varios cambios, en el área de re experimentación el grupo Experimental 1 obtuvo los siguientes resultados; *M*= 6,44 puntos y *Ds*= 1,19; en el grupo Experimental 2 se evidenciaron los siguientes valores; M= 6,68 y *Ds*= 1,66. En el área de evitación se obtuvieron los valores de *M*= 8,38 puntos y *Ds*= 1,28 en el grupo Experimental 1, mientras que en el grupo Experimental 2 los resultados fueron *M*=8,38 y *Ds*= 1,24. En el área de aumento de activación se obtuvieron los valores de *M*= 6,55 y *Ds*= 1,42 en el grupo Experimental 1, mientras que en el grupo experimental 2 se obtuvieron los resultados; *M*= 6,94 y

Ds= 1,12. En el área de re experimentación para la comprobación de medias en la prueba *t de student* fue *t= ,359; p> ,05*; concluyendo que los dos grupos son iguales tras la intervención, lo que indica que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos durante la fase de evaluación post test.

En el área de evitación en la prueba *t* se encontró t= ,533 p> ,05; lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas por lo que los grupos son estadísticamente iguales.

En el área de aumento de activación en la prueba t se obtuvo *t*= 359*; p> ,05* lo que concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas, existiendo igualdad en los dos grupos (Ver gráfico 4.4)

Gráfico 4.4. Análisis descriptivos de Los participantes en la fase post - test



La representación gráfica demuestra las medias de los resultados obtenidos correspondientes a la evaluación post test en los grupos Experimental 1 y

Experimental 2, resultados posteriores al proceso de la implementación del modelo e intervención en crisis.

La prueba de hipótesis nula (Ho), concluye en que no hay la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales en la fase post test, por lo que los grupos son considerados como iguales.

4.7 Comprobación de Hipótesis

Se realizó un análisis comparativo de los resultados de la aplicación del modelo de intervención en crisis, para identificar las diferencias existentes entre el grupo I y II, se utilizó la técnica T de Student con muestras relacionadas y para determinar y corroborar la existencia de diferencias altamente significativas de los grupos y las fases de pre test y post test.

A partir de los resultados obtenidos, es posible rechazar la hipótesis nula (Ho); ¨La implementación de un modelo de intervención en crisis no permite la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático presente en mujeres maltratadas¨. Y aceptar la hipótesis alternativa (H1); ¨La implementación de un modelo de intervención en crisis permite la disminución de la gravedad de síntomas de estrés postraumático presente en mujeres maltratadas¨.

4.8 Variables para Comprobar la Hipótesis

- Implementación de un modelo de intervención en crisis

- Gravedad de síntomas de estrés postraumático.

4.9 Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis

Para validar los resultados obtenidos, se utilizó la Prueba *t de student* para muestras relacionadas, procedimiento con el cual se realizó la comprobación estadística de la hipótesis planteada mediante su relación.

4.9.1 Discusión

Las 37 mujeres presentaron un perfil de victimarias ya que en la investigación se identificó la presencia de rasgos de baja autoestima, trastornos somáticos, ansiedad, frustración y carecían de estrategias de afrontamiento, así como también síntomas de trastorno de estrés postraumático en gran medida, concordando con un importante estudio realizado por la organización mundial de la salud en España en 1999, en el cual se determinó que las mujeres víctimas de maltrato presentaron síntomas físicos y psicológicos, entre ellos se evidenciaron baja autoestima, depresión, sentimientos de culpa y vergüenza, trastornos psicosomáticos, trastorno de estrés postraumático, crisis de pánico y fobias. (Blanco, Ruiz, & Gracia, 2004). Lo que indica que existen varias características que compartieron las mujeres dentro de la investigación, como la baja autoestima, ansiedad, frustración, trastornos somáticos, y síntomas de un trastorno de estrés postraumático.

Un factor de vital importancia que pudo evidenciarse durante la investigación fue que dentro de la muestra estudiada, en las 37 mujeres víctimas de maltrato doméstico

participantes se identificaron rasgos de dependencia e inestabilidad emocional, generando un patrón inseguridad y ansiedad en ellas, siendo éstos los principales factores para que la mayoría de dichas mujeres continúen con su relación patológica a pesar del maltrato sufrido constantemente dentro sus hogares. Las personas con rasgos de dependencia emocional son susceptibles y vulnerables de establecer relaciones de pareja patológicas y gravemente desequilibradas, asumiendo en ellas un rol pasivo y desvalorizado. A su vez las personas con dependencia emocional suelen considerar a sus parejas como el centro de sus vidas y del mundo, llegando a idealizar su imagen, por lo tanto se someten a su pareja y son capaces de cualquier cosa por no romper con su relación.

De hecho, la dependencia emocional es la base del comportamiento de personas víctimas de violencia doméstica, manifestando seguir enamoradas y necesitando de sus parejas, por más deteriorada que se encuentre su relación, soportando los malos tratos, amenazas, blasfemias, ofensas, insultos, maltrato físico, entre otros atentados que hayan recibido de su parte. (Castellò, 2005). Enunciando así el estado de vulnerabilidad que presentan las mujeres con rasgos de dependencia emocional víctimas de maltrato doméstico, creando un estado de fragilidad y sumisión, refugiándose tras un rol pasivo de sometimiento, dificultando su capacidad de decidir, realzando a sus parejas manteniendo así este tipo de relaciones patológicas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Después de la realización del presente proyecto de investigación, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- La investigación evidenció que las víctimas de violencia domestica son con mayor frecuencia las mujeres. Para propósitos de esta investigación, se dividió a la población examinada en dos grupos de trabajo (Experimental I y Experimental II); estuvieron conformados por 40 mujeres, 37 de las cuales fueron víctimas de violencia doméstica, predominando en un 100% la violencia física, y la violencia psicológica a la que han sido expuestas por parte de sus parejas, las mujeres comparten ciertas características en común; el 100% de ellas es de un nivel socio económico medio bajo, el 10% sabe leer y escribir, mientras que el 17% ha tenido una enseñanza básica, un 5% tiene estudios universitarios, y un 5% tiene una formación profesional.

- Mediante la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático en la primera fase de evaluación previa a la implementación del modelo de intervención en crisis, se determinó la existencia de un elevado nivel de sintomatología de un trastorno de estrés postraumático en la muestra

de 37 mujeres víctimas de maltrato, el 100% de mujeres elevó el 7,5 de puntuación normal en las áreas de re experimentación, evitación y aumento de activación en la fase inicial de evaluación, siendo consecuencia directa de su grado de exposición a la escena de violencia. (Véase cuadro 4.2 y grafico 4.1).

- En el grupo experimental I (constituido por 18 participantes), la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático que mide la presencia de sintomatología de un trastorno de estrés postraumático y su intensidad, reflejó una diferencia altamente significativa en la correlación entre los resultados de la fase pre test y los resultados de la fase post test, ya que en la fase pre test el 100% de la población superaba el rango normal de 7,5, mientras que en la fase de post test las áreas de re experimentación y aumento de activación disminuyeron en el 100% de las participantes, evidenciando así una disminución en el grado de síntomas que las participantes presentaron inicialmente, por lo que los resultados de la fase post test disminuyeron posteriormente a la implementación del modelo de en intervención en crisis en el grupo. (Véase cuadro 4.4 y gràfico 4.2)

- A su vez en el grupo Experimental II (conformado por 19 participantes), se determinó con la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático que existieron diferencias altamente significativas con respecto a la correlación de los valores de las medias en los resultados de la fase pre test y de la fase post test; ya que el 100% de participantes excedían el puntaje normal de 7,5 lo que indica, que existió una disminución en los resultados

de la evaluación post test, aplicada de manera ulterior a la implementación del modelo de intervención en crisis, por lo que la intervención tuvo eficacia y dio resultados altamente significativos. (Véase cuadro 4.3 y gràfico 4.6).

- Tanto en el grupo Experimental I y el grupo Experimental II, se obtuvieron resultados altamente significativos en la correlación de medias entre la fase pre test y la fase post test; disminuyendo la gravedad de síntomas de estrés postraumático en la fase de evaluación final (post test) con relación a la evaluación inicial (pre test), en la que los resultados fueron altos ya que el 100% de mujeres presentaban un puntaje mayor a la norma de 7,5 en su sintomatología en el área de re experimentación y aumento de activación de dio una disminución del 60% y en el área de evitación de 30%; por lo tanto se determina que la intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático tuvo eficacia ya que existieron resultados altamente significativos. En los dos grupos (Experimental I y Experimental II), comprobando así la hipótesis alternativa (Hi).

- El presente proyecto de investigación utilizó una metodología experimental, con un diseño cuasi experimental intrasujetos, con la conformación de dos grupos independientes (Experimental I N= 18 y Experimental II N= 19), además se empleó una metodología de corte transversal, factores que otorgan más contundencia a los resultados obtenidos.

5.2. Recomendaciones

- Debido a que las mujeres participantes fueron en un 100% víctimas de violencia física por parte de sus parejas, se recomienda utilizar los primeros auxilios psicológicos; ya que se dirige a salvaguardar la integridad de la persona y permite auxiliar a la persona afectada y su familia descartando la posibilidad de que existan efectos negativos sobre cada uno de ellos; posteriormente para tratar el área psicoemocional afectada se recomienda implementar los segundo auxilios psicológicos ya que la persona debe encontrar sentido a su vida y lograr incorporar el acontecimiento traumático como una ganancia y un aprendizaje.

- En el área de evitación en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático se evidencio una disminución del 30% en la sintomatología que inicialmente presentaron las participantes, ya que el 100% de mujeres víctimas de maltrato superaron el puntaje normativo en esta área inicialmente, sin embargo esta área debe reforzarse mayormente debido a que es el área más afectada en las mujeres víctimas de violencia doméstica, por lo que se requeriría un trabajo más largo, profundo y detallado.

- Debido a los resultados obtenidos posterior a la implementación del modelo de intervención en crisis para disminuir la gravedad de síntomas de estrés postraumático, se aprecia pertinente ampliar su campo de aplicación a poblaciones de mujeres víctimas de maltrato doméstico que requieran de una intervención psicológica por presentar síntomas de un trastorno de estrés

postraumático que interrumpa con su desempeño en la vida diaria; se podría implementar en lugar cómo: fundaciones, centros de trabajo, posteriormente realizar una socialización de los resultados con las personas víctimas de maltrato, por lo tanto debería ampliarse a una población extensa, en donde exista un mayor número de participantes que presenten sintomatología de un trastorno de estrés postraumático y que hayan sido víctimas de violencia doméstica, cumpliendo así con el perfil de victimarias; a fin de ratificar los resultados obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"MODELO DE INTERVENCION EN CRISIS PARA DISMINUIR LA GRAVEDAD DE SINTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MUJERES MALTRATADAS"

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora:

MARIA BELEN PORRAS ENRIQUEZ

Director:

Dr. MARLON PAUL MAYORGA LASCANO

Ambato – Ecuador

Octubre 2015

6. GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA

GRUPO EXPERIMENTAL I Y GRUPO EXPERIMENTAL II

6.1 Fundamentación Teórica

El presente modelo de intervención en crisis está destinado al mejoramiento de la calidad de vida y a recobrar la estabilidad emocional de las mujeres víctimas de maltrato, tomando como punto de partida el disminuir la gravedad de sintomatología de un trastorno de estrés postraumático que han llegado a presentar debido al maltrato que han experimentado, el modelo de intervención se encuentra organizado como un de manera grupal, creando así dos grupos de trabajo, el grupo experimental I y el grupo experimental II, en los cuales se aplicó 8 talleres destinados a realizar una intervención mediata psicológica grupal, contando con la voluntariedad de las participantes, este proceso de ayuda posterior debe realizarse debido a que una persona que ha sido víctima de un acontecimiento traumático debe buscar asistencia psicológica cuando las reacciones psíquicas y sus síntomas duran más de 1 mes, y existen alteraciones en el funcionamiento cotidiano de la víctima, dentro del área laboral, familiar, personal, emocional, entre otras (Echevurúa y Corral, 1997). Por lo que el tratamiento en segundos auxilios psicológicos en las victimas es de vital importancia debido a la persistencia de sus síntomas a través del tiempo y a la interrupción de su desempeño en la vida cotidiana. Se espera que posteriormente a la aplicación de los talleres las pacientes hayan vencido sus barreras de resistencia y eliminando la visión negativa de ellas mismas y el mundo exterior, minimizando así los efectos del daño al que fueron expuestas y generando en cada una de ellas una nueva visión de sus vidas.

En cuanto a las técnicas y actividades planteadas, estas han sido fundamentadas tomando en cuenta uno de los principales objetivos de la psicología conductual, proporcionando principalmente apoyo a la víctima, desahogo emocional y proporcionar alivio inmediato (Echevurúa y Corral, 1997).

En los talleres de implementación del modelo de intervención en crisis se busca aliviar la carga emocional que generan la sintomatología de un trastorno de estrés postraumática, en las mujeres víctimas de maltrato doméstico que fueron afectadas directamente y que no han recibido ningún tipo de intervención anterior, en quienes los síntomas han perdurado a través del tiempo o siguen siendo víctimas constantes y han adquirido una visión negativa de sí mismas y del entorno, los contenidos seleccionados en los talleres han sido escogidos acorde a las necesidades de las participantes.

6.2 Desarrollo de las Sesiones

El presente modelo de intervención en crisis fue elaborado a manera de talleres grupales, utilizando técnicas conductuales que pretenden aliviar la sintomatología, reducir o eliminar la gravedad de la misma y proporcionar apoyo a las víctimas, siendo de utilidad para profesionales de la práctica clínica en psicología, con el objetivo de realizar una intervención psicológica adecuada acorde a las necesidades de una persona que ha sido víctima de maltrato psicológico por parte de su pareja y ha desarrollado sintomatología de un trastorno de estrés postraumático, y de esta manera contribuir mejorando la calidad de vida de la persona y propiciando la salud mental.

Para optimizar la aplicación del modelo de intervención en crisis el desarrollo de los talleres se da de manera sistemática, ya que mantiene su estructura en la aplicación dentro del grupo experimental I y el grupo experimental II.

Los talleres están estructurados con un esquema organizado, ya que cada uno consta de un tema principal que contiene la esencia de lo tratado dentro el taller, a su vez tiene un objetivo específico de acuerdo al tema a desarrollarse; las etapas puntuales dentro de cada taller son; la fase de elaboración, introducción, desarrollo, cierre y tarea para casa.

Posteriormente se encuentra detallado el proceso de cada sesión, en donde se especifican actividades, así como también la duración estimada para la realización de cada actividad y la técnica empleada, de acuerdo a las necesidades del grupo. Existe un apartado para tareas en casa con la finalidad de crear compromisos y reforzar lo trabajado en cada taller, y finalmente se encuentran los materiales utilizados en donde se especifican los recursos empleados en cada taller.

6.3 OBJETIVOS

6.3.1 Objetivo General

- Disminuir la Gravedad de síntomas de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato domestico

6.3.2 Objetivos Específicos

- Valorar la gravedad de síntomas de estrés postraumático presentes en las mujeres víctimas de maltrato doméstico a través de la Escala de Gravedad de Síntomas de estrés Postraumático.
- Aplicar un modelo de intervención en crisis en forma de talleres grupales con la finalidad de reducir los síntomas de estrés postraumático en las participantes.
- Evaluar el resultado de la aplicación del modelo de intervención en crisis con el fin de analizar su efectividad.

Tabla 6.1. Taller 1

TALLER #1				
¿Qué es la Violencia?				
Objetivo: Reconocer los efectos que genera la violencia en la salud mental de la victima				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Elaboración	Se prepara el taller y el lugar en donde se trabajara con las participantes	- Se prepara el material didáctico y teórico que será utilizado en el taller. - Se busca amenizar el ambiente de trabajo, se procura minimizar el ruido y eliminar distracciones.	5 min	Inducción
Introducción	Se realizará una integración entre las participantes y se presenta el taller a las participantes	- Se pretende integrar al grupo de trabajo y generar un ambiente de rapport y empatía para que las participantes sientan confianza y confort. Debido a que el rapport es un espacio de comunicación intrapersonal en el que la persona adquiere confianza para desenvolverse sin ningún tipo de tapujo y se adhiere al grupo de trabajo y del proceso comunicativo (Heredia, 2014). Por lo que resulta fundamental el propiciar este ambiente para el trabajo con las participantes.	10 min	*Delbriefing* El *delbriefing* psicológico es una intervención de manera inmediata, se da en un entorno grupal con personas que han sufrido un mismo suceso, y pueden sentirse identificadas, se da en personas víctimas de un acontecimiento traumático y propicia el prevenir patologías especialmente el trastorno de estrés postraumático. (Mitchell y Everly, 2001). Dinámica de Reconocimiento
Desarrollo	Aprender sobre la Violencia domestica Reconocer los síntomas del trastorno de estrés postraumático e identificar la	¿Qué es la Violencia Domestica? ¿Cuáles son os tipos de Violencia domestica? ¿Qué efectos produce en la victima el haber experimentado maltrato? ¿Cuál es el perfil de la víctima?	15 min	Psicoeducación, y Diálogo Dentro del Delbriefing es objetivo es el de externalizar emociones,

	sintomatología que cada una de las participantes presenta -	**-El Trastorno de Estrés Postraumático como consecuencia de Maltrato:** Explicar a las mujeres: ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?; ¿Qué condiciones influyen para que se genere una patología en la victima?, ¿Cuáles son los síntomas de un trastorno de estrés postraumático? ¿Cómo detectarlo? ¿Cuáles son os síntomas de re experimentación, evitación y aumento de activación? **-Actividades:** Las mujeres víctimas de maltrato: Realizar un circulo entre las participantes amenizado con sonidos de relajación, opcionalmente pueden cerrar sus ojos y cada una de ellas voluntariamente va a **e**xpresar su situación actual, y lo que siente, es decir cómo se encuentra su estado emocional; ¿De qué manera la violencia afecta con su desempeño? ¿Cuáles son sus preocupaciones respecto a su situación? ¿Qué creen que pueden hacer para romper el círculo en el que se encuentran o han vivido?	20 minutos	restructurar pensamientos y desahogar sentimientos, utilizando principalmente el recurso de la psicoeducacion. (Ibid). Utilizado para dar respuestas pertinentes ante inquietudes y comportamientos de las mujeres víctimas de maltrato. Desahogo Emocional
Cierre	- Determinar las normas y reglas mediante las cuales se manejara el grupo de trabajo	- Se propicia un espacio de dialogo en el que se da a conocer las normas y reglas de confidencialidad y respeto que se manejaran en todo momento dentro de las sesiones	10 min	Diálogo

		grupales, se añaden nuevas reglas compartidas por las participantes y se escucha el punto de vista de cada una de ellas.		
Tarea	-Reforzar los temas tratados en el hogar	- Las participantes deben comprometerse a resguardar las demandas que tuvo cada una de ellas en el taller, las que fueron expuestas de forma individual y en las que se sensibilizo.		Refuerzo Positivo
Recursos Utilizados:	Grupo de mujeres. Hojas de papel bond, proyector, alfiler, cartulinas, marcador.			

Tabla 6.2. Taller 2

TALLER #2				
Aprendiendo a manejar mis Emociones				
Objetivo: Exteriorizar emociones internas				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Elaboración	-Preparar el material a usar en el taller	- Se prepara el material didáctico y teórico que se utilizara en el taller.	5 min	Inducción
Retroalimentación	Se realizará una evaluación acerca del Taller #1	Se propicia un conversatorio en el que las participantes responderán a 5 preguntas acerca de lo expuesto en el taller #1, a su vez se responderán inquietudes respecto a los acontecimientos ocurridos a lo largo de la semana.	5 min	Diálogo
Introducción	Se realiza un entrenamiento en control de la respiración	**Relajación:** Se pone énfasis en ciertas situaciones en especial las que puedan realizar	10 min	Psicoeducación La psicoeduaciòn es una técnica mediante la que se informa a una persona o a un grupo de personas que sufren de un trastorno psicológico, además

		estresantes y tensionantes y se explican los beneficios de realizar una técnica de relajación. Se dan normas y reglas para la realización del ejercicio		ayuda a resolver problemas, provee herramientas y brinda apoyo emocional (Ramirez & Mota, 2012). Por lo que es una técnica necesaria para que cada una de las mujeres logre adquirir estrategias necesarias para sobrellevar su situación y aprender de su experiencia.
Desarrollo	-Realizar el ejercicio de relajación de Jacobson	Se entrega la pauta para realizar los ejercicios de relajación y control de respiración en las participantes. Se realiza el ejercicio con una melodía de relajación de fondo.	15 min	Relajación Muscular y Progresiva de Jacobson: la técnica de relajación de Jacobson es un tipo de entrenamiento que realiza el individuo para sí mismo, tiene una relación con la hipnosis ya que se dice que el sujeto se configura a sí mismo (Heinrich, 1932). Debido a esto es una técnica que permitirá que cada una de las mujeres logre controlar sus emociones.
	-Aprender acerca de la detección de los pensamientos erróneos	Se explica a las participantes la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir como nuestros pensamientos afectan a nuestros sentimientos y viceversa, poniendo ejemplos concretos	15 min	Detección de Pensamientos Automáticos Cuando existe la presencia de pensamientos negativos tras haber experimentado una situación traumática también se van a generar emociones negativas en las víctimas, es decir la persona se siente como piensa (Dahab & Ribadeneira, 2013). Al lograr modificar y manejar

				de mejor manera los pensamientos se puede lograr reducir el nivel y la gravedad de la sintomatología debido a que la persona va a ver las cosas desde otra perspectiva.
Cierre	- Se realiza una evaluación de los resultados del taller.	**-Evaluación:** Se entregan hojas a cada una de las participantes en las que escribirán sus principales inquietudes sobre el manejo de sus emociones y se realiza un dialogo al respecto respondiendo dudas, involucrando la opinión de las participantes.	10 min	Dialogo
Tareas para casa	-Realizar un autoregistro	**-Compromiso:** Se solicita a las participantes comprometerse a realizar la técnica de relajación al menos una vez al día, tomándose su tiempo y encontrándose consigo mismas, utilizando melodías de relajación. Y registrar cuantas veces se realizó el ejercicio en la semana, y un número de tensión antes de hacer el ejercicio del 1 al 10 y otro número posterior al ejercicio.	15 min	Relajación Muscular y Progresiva de Jacobson
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres**.** Sillas, música de relajación, proyector, hojas de papel bond			

Tabla 6.3. Taller 3

Cuadro 4.9 **TALLER # 3**				
Conociéndonos				
Objetivo: Reforzar aspectos internos deteriorados en las participantes				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	Preparación del material	-Concretar detalles del material para la realización del presente taller.	5 min	Inducción
Introducción	Revisión de tareas del taller anterior.	Se procede a revisar los autoregistros y el nivel de tensión que cada una experimento antes y después de realizarlo. Cada una de ellas comenta los beneficios que encontraron en el ejercicio.	5 min	Autoregistro Es una técnica utilizada con el fin de que la persona registre objetivos a mediano y corto plazo, e identificar si los ha cumplido y con qué efectividad. (Ibíd.). Además se mantiene un entrenamiento progresivo.
	Se realiza un ejercicio de relajación con el fin de aliviar tensiones y ansiedad en las participantes	**Relajación:** Se realiza una relajación inicial para que el grupo se sienta cómodo y sin tensión para iniciar el trabajo.	10 min	Relajación Guiada la Naturaleza
Desarrollo	Trabajar en los síntomas de evitación, realizar una Auto exposición imaginativa.	- Se explica a las participantes la importancia de exponer detalladamente la situación traumática que les causa miedo, para que de esta manera deje de producirles miedo y logren verla como habitual. Utilizando su imaginación recrearan la situación. Deben anotar la situación o situaciones que les cause miedo y ansiedad pero a las que estén dispuestas a enfrentarse y señalen la escala de miedo que cada una de estas situaciones les produce, evaluándola con	20 min	Auto exposición Imaginativa. Según estudios realizados por Enrique Echevurúa en el País Vasco se determinó que la terapia de exposición, es decir al utilizar imaginería ante los pensamientos intrusivos que tienen las víctimas, es el método más efectivo (1997)

		un número del 1 al 10.		
Cierre	-Reducir ansiedad	**-Evaluación:** Cada una de las participantes va a exponer una de las situaciones que anteriormente anoto, con el número de ansiedad otorgado y le va a dar una solución a su situación, con la mayor claridad y serenidad posible, enfrentándose a la situación y utilizando su imaginación.	10 min	Retroalimentación
Tareas para casa	- Realizar un autoregistro - Realizar el ejercicio de relajación	**-Compromiso:** Las participantes deben llevar un autoregistro de las situaciones que se les hace difícil enfrentar, anotando el grado de miedo o ansiedad que cada una de las situaciones le produce a lo largo de la semana Los ejercicios de relajación deben ser realizados al menos una vez al día	15 min 15 min	Refuerzo Positivo Relajación Muscular y Progresiva de Jacobson
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. Material de exposición, proyector, caramelo, autoregistros, música de relajación, papel, esfero.			

Tabla 6.4. Taller 4

Cuadro 4.10 **TALLER #4**				
Puedo Afrontarlo				
Objetivo: reforzar la capacidad de afrontamiento de las participantes				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	Preparación del material que se usara en el taller	- Se prepara el material didáctico y teórico que se utilizara en el taller.	5 min	Inducción
Introducción	Revisión de Tareas	Se revisa le autoregistro acerca de las situaciones que generan ansiedad, y cada una de las participantes va a seleccionar una situación y expondrá en el grupo detalladamente esta	10 min	Retroalimentación Cognitiva La retroalimentación es una técnica de vital importancia dentro de los procesos de enseñanza aprendizaje, para que la persona logre tomar decisiones

		situación y como la enfrento, con la ayuda de las participantes se buscara una solución. Se las felicita por haber cumplido con las tareas asignadas		y entender de manera analítica deductiva la información proporcionada (Avila, 2001). Siendo una técnica eficaz para que logren identificar, evaluar y analizar la información dada.
	Trabajar en los síntomas de re experimentación	Cada una de las participantes identifica y anota los síntomas de re experimentación que presenta y la intensidad de cada uno, así como también la situaciones en las que se presenta	10 min	Sensibilización
Desarrollo	Se trata de solucionar problemas	Las participantes deben anotar por escrito una situación traumática de re experimentación y exponer ante el grupo pero deben incluir lo que significa el acontecimiento traumático para ellas, haciendo énfasis en sus creencias sobre sí mismas y los demás	15 min	Exposición
Cierre	- Las participantes realizaran una lluvia de ideas sobre el tema del taller	Cada una de las participantes anotaran en el pizarrón una idea acerca de lo visto en el taller y comentaran porque la escribieron	10 min	Retroalimentación
Tarea para casa	- Realizar una carta para tomar consciencia y hacer insigth	**Compromiso:** Escribir una carta a sí mismas en las que se comprometan a ciertas cosas, deben plasmar dudas, inquietudes y certezas referentes a	15 min	Restructuración Cognitiva

	Realizar ejercicio de relajación	sí mismas, a su vida y a los demás. Deben realizar una vez al día el ejercicio de relación de su preferencia que se haya manejado dentro de los talleres.		
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. Material de exposición, hojas, esferos			

Tabla 6.5. Taller 5

TALLER #5				
Soy mucho más de lo que pienso				
Objetivo: Trabajar en la visión negativa que las participantes tienen sobre sí mismas y el mundo externo.				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	-Preparar el material a usar en el taller	-Ordenar el material del taller	5 min	Inducción
Introducción	Realizar una evaluación del Taller # 4	**Evaluación** Se entrega a cada una de las participantes una hoja en la que existirán varias frases incompletas, las mismas que deberán ser llenadas de acuerdo a lo visto en el taller 4.	10 min	Retroalimentación
Desarrollo	Se realizará un análisis de los pensamientos erróneos	-Se pide a las participantes que den tres ejemplos de pensamientos molestos, poniendo énfasis en que realmente generen malestar llevando a algún tipo de sentimiento de ira o vulnerabilidad o que interfieran en la realización de otras actividades	15 min	Detección de Pensamiento
	Modificación de	Para realizar esta actividad de pide a	15 min	Modificación del pensamiento

	pensamientos erróneos	cada una de las participantes que digan una cadena de pensamientos que desea modificar o eliminar. Con la supervisión de la terapeuta, la cadena de pensamiento debe ser lo más clara y completa posible. Se establece un estímulo de corte, "alto" o "basta". Se pide a sus compañeras como tarea distractora que describan en mayor detalle y lo más rápido que puedan a una de sus compañeras del grupo.		Debido al modo de estructurara los pensamientos que tiene cada persona frente a sus experiencias vividas, existe una gran influencia en su manera de actuar, pensar y sentir. (Bados, 2010). En las participantes se pretende modificar la manera negativa en la que ven las cosas, para de esta manera lograr pensamientos diferentes y desde otra perspectiva que mejoren su sentir y actuar.
Cierre	Se darán posibles soluciones a varias situaciones	A cada una de las participantes se le dará un caso de estudio, acerca de una mujer víctima de violencia, en el que se sentirán identificadas, y le darán una solución.	10 min	Técnica Conductual
Tarea para casa	-Practicar lo aprendido	**-Compromiso:** Deben redactar un compromiso	15 min	Refuerzo Positivo
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. material de exposición, esferos, colores, guía de padres, carta.			

Tabla 6.6. Taller 6

TALLER # 6				
Yo manejo mi pensamiento				
Objetivo: Restructurar esquemas de pensamiento				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	Preparar el material a usar en el taller	-Ordenar el material del taller	5 min	Inducción
		Evaluación:		Retroalimentación

-Introducción	Evaluar el Taller # 5 Entrenamiento en control de respiración	Se procede a la lectura del compromiso que cada una de las mujeres realizo, quien contara con el apoyo de sus compañeras **Relajación:** se pretende aliviar la tensión	10 min 10 min	Cognitiva Respiración guiada
Desarrollo	Se realizara una re evaluación cognitiva -Explicar las reglas en casa	¿Es mi culpa ser maltratada? Se analizan los principales sentimientos y pensamientos de las participantes forjados a través de la situación traumática a la que fueron expuestas, cuestionando los pensamientos guiados por una evaluación errónea de la situación. Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos Netamente del maltratador y no de las conductas de las participantes, ya que no existe ninguna justificación para que sus parejas hayan ejercido violencia antes ellas.	15 min 15 min	Exposición Reestructuración Cognitiva
Cierre	- Generando compromisos	- Cada una de las participantes deberá escribir una carta, en donde exponga la visión que actualmente cada una tiene sobre sí misma y sobre el mundo exterior, así como también sus metas a corto y mediano plazo, posteriormente señalara las frases más importantes y significativas, las repetirá en voz alta y hará un listado de las	5 min	Técnica Conductual

		cosas que quiere lograr.		
Tarea para casa	-Practicar lo aprendido	- El listado de metas escrito en los talleres debe colocarse en un lugar importante en sus hogares y debe ser leído cada vez que se considere necesario como un refuerzo y apoyo. - Se solicita a las participantes que escriban sus principales virtudes y fortalezas, tanto física como internamente	15 min	Refuerzo Positivo
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. material de exposición, esferos, silla, cuestionarios			

Tabla 6.7. Taller 7

TALLER #7				
Soy Fuerte, soy Valiosa				
Objetivo: Reforzar las cualidades y virtudes de las participantes				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	-Preparar el material a usar en el taller	-Ordenar el material del taller	5 min	Inducción
-Introducción	Revisión de tarea	**Evaluación:** Se revisa las tareas y se felicita a las participantes Se da las instrucciones para las actividades del taller	5 min	Retroalimentación Cognitiva
Desarrollo	Reforzar virtudes	Mediante el trabajo en equipo cada una de las participantes se parara frente al espejo y dirá una serie de virtudes que encuentre. Cada una de sus compañeras va a escribir una virtud de la participante.	20 min	Técnica del Espejo Es una técnica que sirve para mejorar el autoconcepto y el autoestima ya que se trabaja directamente con las fortalezas y virtudes presentes en la persona. (Ibíd.). Por lo que el grupo reafirma el concepto que su compañera tiene de sí misma y resalta sus aspectos positivos, vistos desde afuera, muchas veces la misma persona no logra verlos.
Cierre	Se fomentan	Se solicita a las	15min	Auto concepto

	fortalezas en quipo	integrantes leer las virtudes que escribieron acerca de sus compañeras, enriqueciendo su auto concepto		
Tarea para casa	Solución de problemas	Se envían a casa una serie de problemas, y se pide que cada participante escriba la solución que le daría imaginando estar en ese lugar. Deben seguir realizando todos los días al menos cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren.	15 min	Refuerzo Positivo
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. material de exposición, esferos, espejo			

Tabla 6.8. Taller 8

TALLER #8				
Que logramos				
Objetivo: Valoración de evolución con respecto al inicio, acuerdo de finalización, pronóstico, problemas previsibles, posibles recaídas				
ETAPAS	**OBJETIVOS**	**PROCESO**	**DURACION**	**TECNICA**
Preparación	-Preparar el material a usar en el taller	-Ordenar el material del taller	5 min	Inducción
-Introducción	Se evaluara el Taller # 6	**Evaluación:** Completar un crucigrama respecto a los temas tratados en el taller anterior.	10 min	Retroalimentación Cognitiva
Desarrollo	Trabajar en resolución de problemas cotidianos	Se explican las tres fases restantes de la solución de problemas: Generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y verificación de la solución.	20 min	Psicoeducación
Cierre	Finalización de los talleres	Para realizar el cierre de los talleres se solicita que formen parejas y construyan en fomix una	15 min	Técnica Conductual

		figura que represente su estado actual emocional y psicológico. Y que simbolice su nuevo compromiso		
Tarea para casa	Practicar en casa lo aprendido	Se recomienda a las participantes realizar los ejercicios de autoregistros y de relajación para que puedan continuar con su proceso y recuperación	15 min	Refuerzo Positivo
RECURSOS UTILIZADOS	Grupo de mujeres. material de exposición, esferos, colores, fomix,			

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson

Amor, P., Echevurúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y Maltrato Psicológico en mujeres

Alvarez, R. (1996). *Investigacion Cuantitativa.* Obtenido de Investigacion Cuantitativa: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf

Amor, P., Echevurúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y Maltrato Psicológico en mujeres Víctimas de Violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicoología Clínica*, 167-169.

Avila, P. (2001). *La Importancia de la Retroalimentación.* Obtenido de La Importancia de la Retroalimentación: http://www.scribd.com/doc/28275647/La-importancia-de-la-retroalimentacion#scribd

Bados, A. G. (15 de Abril de 2010). *La Tecnica de la Restructuracion Cognitiva.* Obtenido de La Tecnica de la Restructuracion Cognitiva: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf

Blanco, P., Ruiz, C., & Gracia, L. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *scielo*, 5-6.

Bonino, L. (2011). Violencia de Genero. *Mente y Cereboro*, 23.

Castellano, M., Lopez, L., Rodriguez, A., & Villanueva, H. (Enero de 2004). *Scielo.* Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062004000100002

Castellò, J. (2005). *Dependencia Emcoional, Caracteristicas y Tratamiento.* España: Rebiun.

Dahab, J., & Ribadeneira, C. (2013). La relevancia y actualidad de las técnicas conductuales. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. Obtenido de http://cetecic.com.ar/revista/efectos-iatrogenicos-del-psicoanalisis-en-el-trastorno-obsesivo-compulsivo/#more-573

Echeburùa, E., & Corral, G. (1997). *Avances en el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estres postraumatico.* Obtenido de Dialnet: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186687

Echeburùa, E., Corral, P., & Amor, P. (1998). Escala de Gravedad de Sintomas de Estres Postraumatico. *Analisis y Modificacion de la Conducta*, 529-531.

Echeburua, E., & De Corral, P. (2007). INTERVENCIÓN EN CRISIS EN VÍCTIMAS DE SUCESOS TRAUMATICOS CUANDO? COMO? PARA QUE? *PSICOLOGIA CONDUCTUAL*, 273-387.

Echeburúa, E. & Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, (249-264).

Echeburúa, E. & Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (1 ed.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2) (pp 171-186). Madrid: McGraw-Hill.

Echeburúa, E. & Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, (249-264).

Echevurúa, E., De 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.*

Esposito, F. (2011). Violencia de Genero. *Mente y Cerebro*, 24-25.

Fernandez, L. (2010). *Modleo d eintervencion en Crisis: en busca de la resiliencia personal.* Grupo Luria.

Garcia, P. (2003). *Bibliopsiquis.* Obtenido de Bibliopsiquis: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2517

Graterol, R. (1999). *Campus Virtual.* Obtenido de Campus Virtual: http://www.uovirtual.com.mx/moodle/lecturas/metoprot/10.pdf

Heinrich, S. (1932). *Psicologia Online*. Obtenido de Psicologia Online: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm

Heredia, S. (25 de Noviembre de 2014). *UtelBlog*. Obtenido de UtelBlog: http://www.utel.edu.mx/blog/rol-personal/en-que-consiste-el-concepto-rapport/

Josep, M. (2002). Personalida Desbozo de una Teoría Integradora . *Psicothema*, 693 - 701.

Lorente, M. (30 de Julio de 2001). *Juntos Contra la Violencia Domestica.* Obtenido de http://www.juntoscontralaviolenciadomestica.com/dr-miguel-lorente-acosta/

Luna, A. (Mayo de 2012). *Educación Social y Cívica -Sociología - Derecho.* Obtenido de Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual : http://educacionsocial1234.blogspot.com/2012/05/red-uruguaya-contra-la-violencia.html

Max, N. (2013). *Psicologia Online.* Obtenido de Psicologia Online: http://www.psicologia-online.com/pir/descripcion-del-diseno-intra-sujetos.html

Mitchell, J. T. y Everly, G. S. (2001). Critical incident stress management: Anoperations
manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services (3ra ed.).Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation

Montero, A. (2001). SÍNDROME DE ADAPTACIÓN PARADÓJICA. *cuerpo y mente*, 2 - 5.

Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatria.* Madrid: panamericana.

Pozo, J. I. (2006). *Teorias Cognitivas de Apredizaje.* Madrid: Morata.

Ramirez, K., & Mota, G. (14 de Abril de 2012). *Herramienras de Psicoeducacion*. Obtenido de Herramienras de Psicoeducacion: http://es.slideshare.net/Geovanni3/herramientas-de-la-psicoeducacion

Rincon, P., Labrador, F., & Crespo, M. (2004). Efectos Psicopatologicos del Maltrato Domestico. *Avances en Psiologia Latinoamerica*, 105-116.

Rosa, H. (2005). *Anales de Psicologia.* Obtenido de Anales de Psicologia: http://revistas.um.es/index.php/analesps/article/viewArticle/27071

Segura, A. (2003). *DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES.* Antioquia: Universidad de Antioquia.

Stevens, L. (2007). Trstorno de Estrés Postraumatico. *American Medical Association* , 588.

Strauss, & Corbin. (2002). *Bases de la Investigacion Cualitativa.* Antioquia: Universidad de Antioquia.

Sauceda, J. (2010). La salud mental y la violencia familiar. Mente y cuerpo, 1-10

Siegel, L. (1998). *Criminology: Theories, Patterns, and Typologies*.

Belmont, CA:West/Wadsworth

Stark, E. y Flitcraft, A.H. (1988). Women and children at risk: A feminist perspective on childabuse. International Journal of Health Services, 97-118

Suarez, J. (2011). *Guia de Practica Clinica*. Obtenido de Guia de Practica Clinica: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Estrespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf

Walker, L. (2009). *The Baterred Woman Syndrome.* New York: Springer Published Company.

ANEXOS

Anexo 1. Normas de terapia en grupo

NORMAS DE TERAPIA EN GRUPO

Debemos ser puntuales al asistir a las sesiones.	Todas las opiniones dadas aquí son válidas.
La asistencia a todas las sesiones es importantísima.	La honestidad en nuestros testimonios es importante.
Lo tratado en sesión, sólo debe quedar entre nosotras.	Debemos prestar atención a lo que las demás digan.
Debemos llevar a cabo lo convenido en sesión, durante la semana.	El respeto por las opiniones de las demás es vital.
Se requiere la participación activa de cada una de nosotras durante las sesiones.	De nuestra participación en los ejercicios y actividades planteados en el grupo, depende nuestro bienestar.

Anexo 2. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE: **Nº:**

EDAD: **FECHA:**

Colóquense en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA
1: UNAVEZ POR SEMANA O MENOS/POCO
2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:
.....

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

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:
.....

REEXPERIMENTACIÓN

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

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: ____
(Rango 0-15)

EVITACION

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? ____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? ____
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? ____
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? ____
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? ____
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? ____
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? ____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-21) ____

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? ____
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira? ____
3. ¿Tiene dificultades de concentración? ____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? ____
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? ____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: ____
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: ____
(Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo ____
- Dolores de cabeza ____
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) ____
- Dolor o malestar en el pecho ____
- Sudoración ____
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo ____
- Náuseas o malestar abdominal ____
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad ____
- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias) ____
- Sofocos y escalofríos ____
- Temblores o estremecimientos ____
- Miedo a morir ____
- Miedo a volverse loco o a perder el control ____

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: ____
(Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

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

SÍ ☐

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

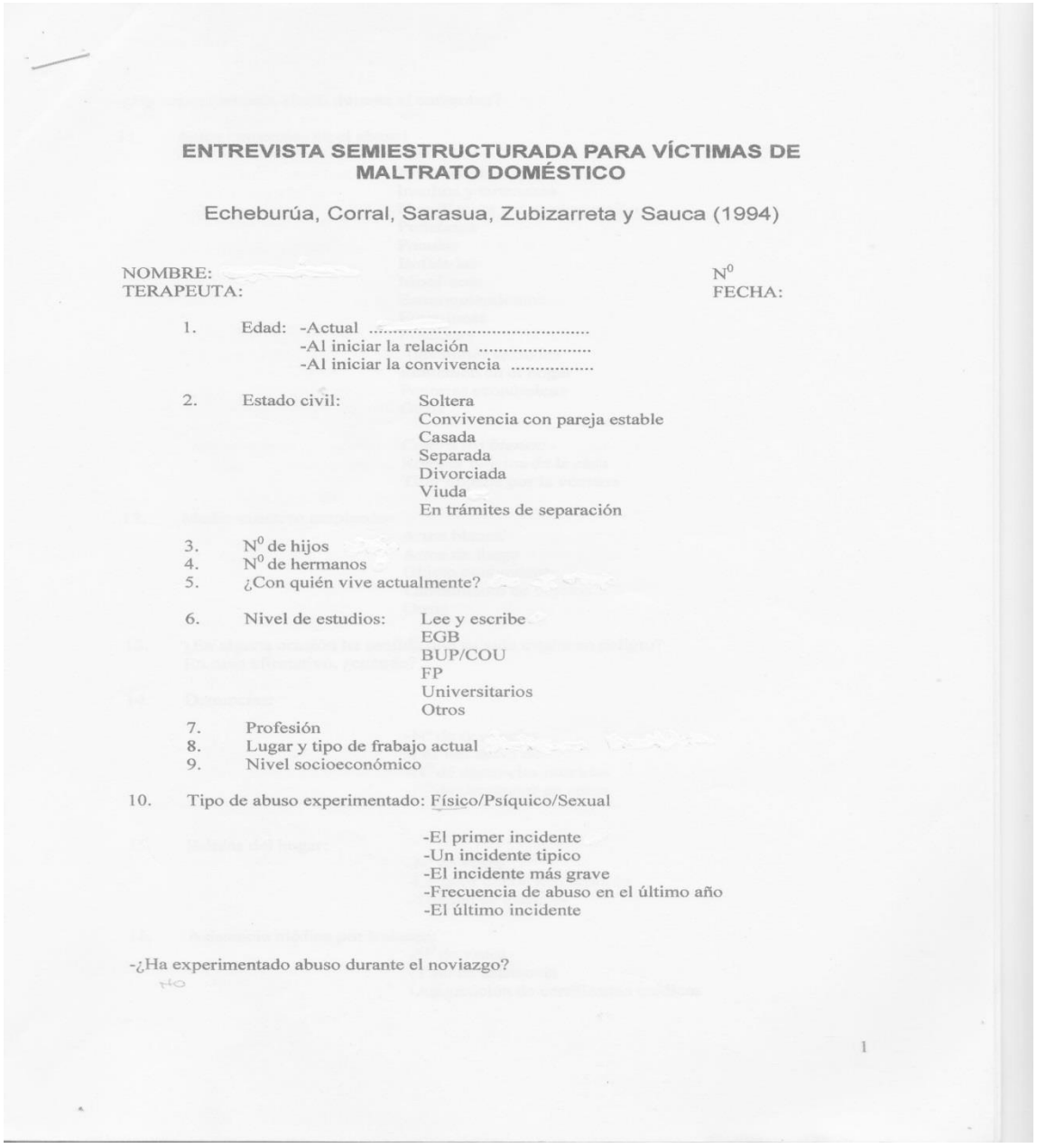
NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

Anexo 3. Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato Doméstico

.



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994)

NOMBRE: N^0
TERAPEUTA: FECHA:

1. Edad: -Actual .....
   -Al iniciar la relación .....
   -Al iniciar la convivencia .....
2. Estado civil: Soltera
   Convivencia con pareja estable
   Casada
   Separada
   Divorciada
   Viuda
   En trámites de separación
3. N^0 de hijos
4. N^0 de hermanos
5. ¿Con quién vive actualmente?
6. Nivel de estudios: Lee y escribe
   EGB
   BUP/COU
   FP
   Universitarios
   Otros
7. Profesión
8. Lugar y tipo de frabajo actual
9. Nivel socioeconómico
10. Tipo de abuso experimentado: Físico/Psíquico/Sexual

-El primer incidente
-Un incidente tipico
-El incidente más grave
-Frecuencia de abuso en el último año
-El último incidente

-¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo?

1

-¿Ha experimentado abuso durante el embarazo?

11. Actos cometidos en el abuso:

Personales:
Insultos y amenazas
Humillación y desvalorización
Puñetazos
Patadas
Bofetadas
Mordiscos
Estrangulamientos
Empujones
Fracturas
Agresiones sexuales
Retención en el hogar
Penurias económicas
Otros

Contra los bienes:
Romper objetos de la casa
Tirar objetos por la ventana

12. Medio coactivo empleado:

Arma blanca
Arma de fuego
Objeto contundente
Lanzamiento de objetos
Otros

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?
En caso afirmativo, ¿cuándo?

14. Denuncias:

-Nº de denuncias
-Por iniciativa de
-N^0 de denuncias retiradas
-N^0 de denuncias en curso

15. Salidas del hogar:

-N^0 de veces
-Lugares donde han acudido
-Tiempo de estancia

16. Asistencia médica por lesiones:

-N^0 de veces
-Tipo de asistencia
-Adquisición de certificados médicos

17. ¿Ha contado el abuso a alguien?
En caso afirmativo, ¿a quien?

18. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de delito?
-En la edad adulta
-En la infancia

19. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

20. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuando lo abandonó?

21. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente?
En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

22. ¿Ha recibido tratamiento psicológico?
En caso afirmativo, ¿cuál?

23. ¿ Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico?
En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

24. ¿Mantiene relaciones sexuales actualmente?
25 ¿ Tiene problemas de salud importantes?
26. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol?
27. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

DATOS A CONOCER DEL MALTRATADOR

Edad Actividad Laboral

28. ¿ Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol?

29. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? No
30. ¿ Tiene algún problema relacionado con los celos?
31. ¿ Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral?
32. ¿ Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?
33. ¿Ha maltratado física o psicológicamente a los hijos?
En caso afirmativo, ¿de qué forma?