



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

**CICLO DE VIOLENCIA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS JÓVENES
DE LA PUCE- AMBATO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Margarete Gabriela Salvador Acosta

Director:

Mg. Paúl Marlon Mayorga Lascano

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MARGARETE GABRIELA SALVADOR ACOSTA**, con cédula de ciudadanía. **1804752911**, autora del trabajo de graduación intitulado: "CICLO DE VIOLENCIA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS JÓVENES DE LA PUCE-AMBATO", previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

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

Ambato, marzo 2026



Margarete Gabriela Salvador Acosta

CC. 1804752911

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**CICLO DE VIOLENCIA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS JÓVENES
DE LA PUCE- AMBATO**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Margarete Gabriela Salvador Acosta

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

CC. 1801199868

CALIFICADOR

f. 

Catherine Nataly Shugulí Zambrano, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

f. 


Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DEDICATORIA

A mi madre, Gabriela, por ser raíz y refugio, por enseñarme a sostenerme incluso en silencio y a confiar aun cuando el camino no estaba claro. Tu amor ha sido luz constante, de esas que no deslumbran pero nunca se apagan. Gracias por creer antes que yo y por acompañar cada inicio con una fe que me dio forma y fuerza.

A mi hermano, Gabriel, compañero de tiempo y de historia compartida. Hemos crecido entre miradas, aprendizajes y caminos distintos, pero unidos por una memoria común. Tu presencia, firme a su manera, me recuerda que la familia también es caminar en paralelo y reconocerse sin necesidad de explicarlo todo.

A mis abuelos, Aida y Marco, porque en ustedes vive lo esencial. Sus manos, sus palabras y su forma de amar sembraron en mí una raíz profunda que el tiempo no borra. Gracias por enseñarme la dignidad de lo simple y por ser casa, aun cuando todo alrededor cambia.

A mi tío, Geova, por estar sin hacer ruido y por acompañar con constancia. Tu lealtad y tu manera serena de cuidar fueron suelo firme en momentos de duda. Gracias por demostrar que el afecto también se expresa en la permanencia silenciosa.

A mi padre, Alex, por ser parte del origen y de la historia. De ti aprendí preguntas, caminos y la forma de avanzar con conciencia. Hoy miro el pasado con calma y gratitud, entendiendo que todo vínculo deja huella y que cada una también enseña.

AGRADECIMIENTO

A mi madre, Gabriela, gracias por ser el lugar seguro incluso cuando yo no lo era para mí misma. En los momentos de cansancio profundo, cuando dudé de mi capacidad y de mi fuerza, tu presencia fue sostén y continuidad. Tu confianza me permitió no rendirme.

A mi hermano, Gabriel, gracias por caminar conmigo desde la cercanía real, sin exigencias ni máscaras. Hemos aprendido a compartir el tiempo, las diferencias y los silencios que también acompañan. Tu manera de estar me enseñó que el vínculo no siempre necesita explicarse para ser verdadero.

A mis abuelos, Aida y Marco, gracias por la base que me dieron sin palabras. De ustedes heredé la resistencia, la dignidad y el valor de seguir incluso cuando cuesta. Su historia vive en mí como una fuerza tranquila que me recuerda de dónde vengo y por qué continúo.

A mi tío, Geova, gracias por estar cuando no hacía falta decir nada. Tu apoyo constante, sereno y sin condiciones fue un punto de equilibrio en momentos de duda. Tu forma de acompañar me enseñó que el cuidado también puede ser discreto y profundamente humano.

A mi padre, Alex, gracias por la herencia que quedó en la pregunta, en la curiosidad y en el deseo de comprender. Este recorrido también se construye desde ese origen, que hoy miro con mayor calma, aceptando lo que fue y lo que dejó. Desde ahí sigo, con más conciencia y profundidad.

A mi tutor, **Marlon Mayorga,** gracias por creer en mí cuando yo aún dudaba. Su guía marcó un antes y un después en mi forma de pensar y de mirarme. La admiración que siento nace de la huella real que dejó en mi vida. Gracias por acompañar, por exigir con sentido y por abrir caminos que hoy sigo recorriendo.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el Ciclo de Violencia y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en adultos jóvenes de la PUCE-Ambato. El estudio empleó un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y corte transversal, sobre una muestra de 354 estudiantes. Se aplicaron el Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia) y la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (EGS-F).

Los resultados mostraron niveles medios moderados-bajos en ambas variables. El análisis estadístico, utilizando la correlación de Spearman, no mostró una correlación estadísticamente significativa ($r = .023$) entre las puntuaciones totales de ambos constructos. Sin embargo, se encontraron correlaciones altas positivas dentro de las dimensiones de cada instrumento, confirmando su consistencia interna.

Este hallazgo, no confirma la hipótesis alternativa y mantiene la hipótesis nula, y podría explicarse por mecanismos adaptativos como la normalización o la habituación a la violencia recurrente. El estudio resalta la complejidad de esta relación y recomienda futuras investigaciones con muestras más amplias y variables de control.

Palabras clave: ciclo de violencia, estrés postraumático, violencia de género, universitarios, correlación.

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationship between the Cycle of Violence and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among young adults enrolled at PUCE-Ambato. A quantitative, correlational, and cross-sectional design was employed with a sample of 354 university students. Data were collected using two validated instruments: the CEPAM Questionnaire, which measures phases of the cycle of violence, and the PTSD Symptom Severity Scale (EGS-F).

The results indicated moderate to low average scores for both variables. Statistical analysis using Spearman's correlation found no statistically significant relationship ($r = .023$) between the total scores of the two constructs. However, strong positive correlations were identified within the subscales of each instrument, supporting their internal consistency.

These findings do not support the alternative hypothesis and uphold the null hypothesis. This result may be explained by adaptive mechanisms such as normalization or habituation to recurrent exposure to violence. The study highlights the complexity of the relationship between these variables and recommends future research using larger samples and incorporating additional control variables.

Keywords: *cycle of violence, post-traumatic stress disorder, gender-based violence, university students, correlation.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. Ciclo de violencia	6
1.2. Clasificación y tipologías del ciclo de violencia	8
1.3. Elementos constitutivos / componentes.....	12
1.4. Determinantes o causales.....	13
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1. Enfoque de investigación	32
2.2. Paradigma postpositivista	32
2.3. Alcance de investigación.....	32
2.4. Corte	33
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	47
3.1. Análisis descriptivo - Escala forense de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático	47
3.2. Análisis descriptivo - Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia).....	48
3.3. Análisis de distribución normal.....	49
3.4. Correlaciones dimensiones: Cuestionario CEPAM y Escala de Gravedad de Síntomas TETPT	50
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema global de salud pública, teniendo consecuencias que afectan a la salud de quienes viven este contexto problemático (Organización Mundial de la Salud, 2018). A nivel nacional se encuentran datos de la prevalencia de violencia de género con un 35% entre mujeres de 15 a 49 años de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022). En el contexto universitario tiene gran importancia, ya que la dinámica de relaciones en pareja puede propiciar escenarios de vulnerabilidad y exposición a la violencia.

La población adulta joven universitaria esta propensa a eventos violentos en relaciones afectivas. Como señala Hernández (2021), “ el periodo universitario está ligado a la necesidad de establecer relaciones de pareja, las cuales pueden presentar patrones de violencia adquiridos o puede iniciar diversas fases de maltrato” (p. 45). La Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato (PUCE- Ambato) no presenta otra realidad, lo cual da apertura a que se establezca como un espacio importante para desarrollar esta investigación.

El concepto de ciclo de violencia, originalmente fue propuesto por Walker (1979) y posteriormente amplificado por Echeburúa (2020), puntualiza el patrón de maltrato que existe de forma recurrente y el cual se extiende por medio de fases de tensión, explosión violenta y reconciliación. Este paradigma ha presentado la validez necesaria para entender el sistema violento en relaciones de parejas jóvenes, donde la fase de maltrato y la fase de arrepentimiento tienen como resultado confusión y dependencia emocional.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una consecuencia de la continua manifestación de la violencia de género. Según la American Psychological Association (2013), el TEPT tiene como característica principal la constelación sintomática, la cual se caracteriza por la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas e hiperactivación. Estudios actuales han evidenciado que “la alta exposición a violencia en relaciones de pareja aumenta potencialmente el desarrollo de TEPT, enfatizando que en la población adulta joven no existe el

desarrollo integral de recursos de afrontamiento” (Pereda & Gallardo-Pujol, 2019, p. 123).

La relación entre el ciclo de violencia y el desarrollo de TEPT se ha presentado en distintas investigaciones como una problemática actual. Como señala Echeburúa (2020), “la base cíclica e impredecible de la violencia provoca un estado de hipervigilancia recurrente que da paso al desarrollo de síntomas postraumáticos” (p. 156). Este sistema abarca rasgos peculiares en la población universitaria, donde la formación profesional y la búsqueda de autonomía pueden entrelazarse con las consecuencias del trauma.

En el entorno de la PUCE- Ambato, se ha presentado la obligatoriedad de desarrollar una investigación que exponga la posible relación entre la exposición a violencia de género y el desarrollo de TEPT en estudiantes. Existe un estudio preliminar desarrollado por el Observatorio de Violencia de Género de la universidad (2023), “un porcentaje de estudiantes ha proporcionado información de haber experimentado situaciones violentas en relaciones de pareja durante su vida universitaria” (p. 78). A pesar de estos datos, no han existido investigaciones sistemáticas que establezcan de forma exploratoria la relación entre el ciclo de violencia y el TEPT en esta población.

La propuesta de esta investigación es encontrar la relación entre el ciclo de violencia y el TEPT en adultos jóvenes de la PUCE- Ambato. Usando un diseño correlacional y a través de la aplicación de instrumentos validados como la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT de Echeburúa et al. (2016) y el Test de Violencia basado en el Ciclo de la Violencia del IAEN, se espera encontrar pruebas empíricas sobre esta relación e impulsar al desarrollo de estrategias de prevención e intervención en el entorno universitario.

Es relevante encontrar hallazgos en esta investigación, para contribuir a lo que señala la Organización Panamericana de la Salud (2021), “al determinar situaciones de violencia se puede alcanzar al desarrollo de intervenciones que limiten la cronicidad del trauma” (p. 134). El resultado podría ser un progreso para

crear protocolos de actuación y proyectos de apoyo específicos para estudiantes víctimas de violencia de género.

Situación problemática

La violencia de género en el entorno universitario es una problemática latente con efectos hacia el bienestar integral y el rendimiento académico de los estudiantes. En la PUCE- Ambato, no se han encontrado de forma específica mecanismos de reporte y atención de casos de violencia, por lo cual no se cuenta con un sistema que presente datos de estas relaciones o demuestre manifestaciones de ciclos de violencia en relaciones de pareja y el desarrollo de TEPT en esta población.

Existen estudios internacionales con la problemática de “violencia en el noviazgo universitario, la cual exhibe los patrones y consecuencias psicológicas, incluyendo el TEPT” (Hernández & González, 2021, p. 89). Hay que recalcar que no existe una exploración exhaustiva en el Ecuador, donde los factores culturales como sociales pueden determinar un cambio en la expresión de la violencia como en consecuencias psicológicas.

La ausencia de evidencia nacional y local sobre este problema social / psicológico reduce el progreso de intervenciones efectivas adaptadas a la cultura ecuatoriana, centrándose en la aplicación del entorno universitario de Ambato, principalmente en la PUCE- Ambato. Como señala López (2022), “el entendimiento del sistema de violencia en la población universitaria ecuatoriana debe ser una necesidad esencial para poder diseñar programas de prevención y atención” (p. 156).

En este contexto, surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre el ciclo de violencia y el estrés postraumático en adultos jóvenes de la PUCE- Ambato? El resultado a esta pregunta establecerá cual es la existencia y magnitud de esta relación, además podrá identificar los riesgos, formas de protección y que estrategias de intervención se desarrollarán en el entorno universitario.

Hipótesis

El ciclo de violencia se relaciona con el estrés postraumático en Adultos Jóvenes de la PUCE- Ambato.

Objetivos

Objetivo general

- Establecer la relación entre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes de la PUCE- Ambato

Objetivos específicos

1. Fundamentar teóricamente el Ciclo de violencia y el Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes de la PUCE- Ambato.
2. Evaluar el ciclo de violencia y la gravedad de los síntomas del Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes en la PUCE- Ambato.
3. Realizar un análisis correlacional entre el Ciclo de Violencia y el estrés Postraumático de Adultos Jóvenes de PUCE- Ambato.

Método

El método de investigación se planteó bajo un enfoque cuantitativo, no experimental y de corte transversal, direccionado al análisis de la relación entre el ciclo de violencia y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en adultos jóvenes de la PUCE- Ambato. La investigación utilizó un alcance correlacional descriptivo para desarrollar una asociación entre las variables, manejado una muestra representativa de 354 estudiantes universitarios. El enfoque cuantitativo ha sido usado en estudios similares ya que logra generar datos que son objetivos y comparables sobre la violencia de género y las consecuencias psicológicas en contextos universitarios (Echeburúa, 2020).

Los datos han sido recolectados por medio de instrumentos estandarizados y validados, como el Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia) y la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (EGS-F). Estos instrumentos permitieron que exista una medición precisa y objetiva al momento de analizar la relación entre las dos variables.

Justificación

Esta investigación se justifica por la necesidad de evidenciar empíricamente la relación entre el ciclo de violencia y el trastorno de estrés postraumático en la población universitaria, donde la violencia de género presenta alta prevalencia pero escasa atención sistematizada. Estudios previos indican que la exposición a violencia en relaciones de pareja incrementa significativamente el riesgo de TEPT, especialmente en adultos jóvenes (Hernández & González, 2021). En el contexto de la PUCE-Ambato, aunque existen reportes preliminares de violencia en el noviazgo, no se cuenta con investigaciones que analicen esta asociación de manera cuantitativa y local. Los hallazgos aportarán una base científica para el desarrollo de protocolos de detección temprana, intervenciones psicológicas especializadas y políticas de prevención acordes a la realidad universitaria ecuatoriana.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Ciclo de violencia

El ciclo de violencia de género es una concepción teórica esencial para comprender el sistema procesual que representan las relaciones de maltrato. Esto llega a ser representativo en la contribución al estudio de la violencia contra las mujeres entorno a las relaciones de pareja. Según Walker (2017), el patrón cíclico significa “la secuencia persistente de abuso en la interrelación por medio de fases predecibles, que prolonga una continua victimización que acaba por eliminar los recursos de afrontamiento de la víctima” (p. 45). Esta conceptualización ha sido respaldada por investigaciones que muestran la naturaleza del fenómeno, e incluye dimensiones psicológicas, sociales y culturales para su explicación (Hernández, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2013), dio a conocer en su informe seminal sobre violencia y salud, la existencia de la trascendencia de episodios que no son comunes de agresión, y los conceptualizó como “un sistema de relación con dominio multifacético que se establece por la desigualdad en la estructura de género” (p. 78). Este nuevo enfoque ecológico permitió que exista una explicación específica de estructuras sociales de naturaleza patriarcal que conserva la subordinación femenina (Heise, 2012).

En el contexto latinoamericano, se esclareció con investigaciones recientes que el enfoque mencionado es viable para la aplicación en un sistema transcultural, lo cual ha reconocido una manifestación universal y local de estas particularidades culturales. Como señala Echeburúa et al., (2020), “el ciclo de violencia tiene características generales en su estructura básica, sin quitar importancia del reconocimiento de las características particulares y factores moduladores que cambian por el contexto sociocultural y la normativa correspondiente de cada sociedad” (p. 89). Esta perspectiva es sustentada por estudios multicéntricos que comprenden la recurrencia del patrón cíclico en diferentes países, por otro lado los

mismos revelan fases imprescindibles que son significativas en la expresión clínica y social (Hernández, 2021).

El desarrollo de esta conceptualización ha incluido dimensiones contemporáneas, resaltando el impacto de la tecnología como un sistema de control y violencia. Actualmente varias investigaciones han explicado esta dimensión como “plataformas digitales que dan un nuevo método en la manifestación del ciclo, expandiendo las probabilidades de vigilancia y control sin perder la estructura natural del patrón cíclico” (Brown, 2023). Esta nueva investigación conceptual es importante porque ayuda a comprender las formas contemporáneas de violencia de género y crear intervenciones psicológicas que ayuden a reconocer este contexto digital.

Características

La estructura del ciclo de violencia está determinada por características específicas que ayudan a comprender su continuidad y la dificultad que viven las mujeres para acabar con una relación abusiva. La temporalidad recurrente es un factor nuclear, que se manifiesta a través de períodos decrecientes entre fases y un aumento progresivo de violencia tanto en regularidad como en severidad. Investigaciones longitudinales desarrolladas en diferentes culturas demuestran que “ la regularidad de los intervalos violentos tiene una curva ascendente que relaciona específicamente con el desgaste del estado psicológico de la víctima y que además incrementa la percepción de no tener la capacidad para salir de la relación” (Thompson y White, 2022).

Existe la polaridad afectiva que se manifiesta en el ciclo, y es conceptualizada como una característica fundamental para comprender la relación abusiva. La alternancia entre extremos de violencia y una supuesta armonía genera una disonancia cognitiva, lo cual hace complejo la ruptura del vínculo afectivo. Actuales estudios neuropsicológicos identifican que “ esta alternancia activa circuitos cerebrales de recompensa y castigo, que consolidan la dependencia emocional por medio de mecanismos que han sido comparados en situaciones de adicción” (Van der Kolk,

2015). Esta explicación neurobiológica ha desarrollado intervenciones más proactivas que engloban el trauma de las víctimas de violencia de género desde un enfoque neuronal.

El sistema gradual que tiene el ciclo se ha manifestado no solo en el incremento de la violencia física, sino en la extensión de diversas formas de maltrato que embarcan dimensiones psicológicas, económicas, sexuales y digitales. Como señala Stark (2012), "el control coercitivo que se manifiesta en el ciclo de violencia, se ejecuta por múltiples variables que anulan progresivamente la autonomía e identidad de la víctima" (p. 134). Investigaciones han mostrado como la progresión tiene patrones comunes que pueden llegar a identificarse de forma temprana y prevenir daños más lesivos. (Harris & Clark, 2023).

El contexto de adaptabilidad del ciclo es otra caracterización relevante, la cual evidencia la capacidad que tiene al manifestarse distintamente según contextos culturales, socioeconómicos y generacionales. Las investigaciones transculturales han observado que "mientras la naturaleza del ciclo mantenga su consistencia, hay expresiones determinadas que varían según normas de género predominantes, la existencia de recursos de apoyo y las respuestas institucionales específicas" (Díaz & Rodríguez, 2023). Este análisis ha demostrado que las intervenciones culturales, por supuesto, las sensibles respetan las consistencias de cada contexto.

1.2. Clasificación y tipologías del ciclo de violencia

La tipología del ciclo de violencia impulsa a entender con más precisión sus manifestaciones y promueve el desarrollo de intervenciones específicas. Según Walker (2017), "la clasificación del ciclo de violencia debe estar definida por la naturaleza conductual violenta así como también significar la frecuencia, intensidad y el entorno relacional en el que se desarrolla" (p. 156). Este enfoque multidimensional ha dado como resultado la conceptualización de taxonomías útiles para el enfoque clínico y la investigación, instaurando categorías que muestren las diversas variables del fenómeno en distintos contextos sociales y culturales (López y Martínez, 2022).

La clasificación determinante en la naturaleza de la violencia estipula distintos ciclos de violencia física explícita, violencia psicológica predominante y violencia multidimensional. Los ciclos de violencia física explícita se establece por la existencia de agresiones físicas en la fase de explosión, que son identificados por el contexto externo, aun así no son más severos, si nos enfocamos en las consecuencias psicológicas para la víctima (Echeburúa, 2020). Por otro lado, el ciclo de violencia psicológica se caracteriza por no emitir maltrato físico, pero por presentar humillación, control, aislamiento y manipulación emocional, factores que llegan hacer minimizados o normalizados por la víctima como por su sistema social/familiar (Stark, 2012). Por último, el ciclo de violencia multidimensional es una composición de aspectos de maltrato sin factores específicos, representando un núcleo poliformo de la violencia de género en la actualidad. (Pereda y Gallardo, 2019).

La tipología según la frecuencia y la existencia de un patrón temporal, determina distintas conceptualizaciones de alta frecuencia, por ejemplo, frecuencia moderada y baja frecuencia pero de alta intensidad. Los ciclos de alta frecuencia, se clasifican por intervalos cortos entre periodos, los cuales producen un agotamiento psicológico severo por la incapacidad de recuperar entre periodos (Echeburúa, 2020). Los ciclos de frecuencia moderada, presentan lapsos de dos a cuatro semanas entre periodos agudos, que dan la capacidad de recuperación psicológica pero implican una maltrato crónico que genera la ilusión de cambio durante fases de calma aparente (Loinaz et al., 2018). Los ciclos de violencia de baja frecuencia pero alta intensidad se define por lapsos prolongados entre periodos con una extrema fase de explosión, esto muestra desafíos particulares en la intervención debido a la existencia de normalizar los factores de violencia, provocando una distorsión de la percepción de riesgo (Stark, 2012).

La clasificación ligada al contexto relacional y los vínculos afectivos demuestra variables como la presencia de hijos, dependencia económica y la duración de la relación. Como señala Hernández y González (2021), "los ciclos en los sistemas de relación de pareja de larga duración con hijos se caracteriza por un enfoque particular, que abarca el uso de la progenitura como medio de control adicional e

incrementa poder romper la relación” (p. 234). Este tipo de violencia predice patrones abusivos y estructura intervenciones que son vulnerables a las especificaciones de cada contexto relacional (Rodríguez y Silva, 2023).

La tipología según el grado de control coercitivo y aislamiento se entrelaza con los ciclos de control circunscrito y los ciclos de control generalizado. Los primeros conceptualizan por comportamientos que controlan aspectos específicos de la rutina de la víctima, mientras que los segundos abrazan un enfoque estratégico comprehensivo de dominación que implica dimensiones de la existencia. Como enfatiza Stark (2012), “el control generalizado es una estructura severa del ciclo de violencia que se unifica con un alto riesgo de homicidio y aumenta consecuencias psicológicas más profundas” (p. 201). Estudios actuales han presenciado una caracterización que muestra estrategias de protección y desarrolla modelos de seguridad más eficaces (Anderson y Smith, 2021).

El enfoque integrador expuesto por Echeburúa (2020) agrega diversas dimensiones para estructurar categorías clínicamente útiles. Esta investigación examina la simultaneidad de la naturaleza de violencia, la frecuencia, el contexto relacional y el grado coercitivo, lo cual desarrolla un modelo comprehensivo de los casos. Como señala el autor, “la tipología integradora permite la formación de intervenciones específicas y desarrolla un pronóstico de evolución, posibilitando la búsqueda de estrategias en la práctica clínica especializada” (p. 245). Investigaciones actuales han certificado la utilización de estas tipologías en distintos entornos culturales y han registrado la capacidad de entender necesidades de intervención (López y Martínez, 2022).

Modelos explicativos

El ciclo de violencia ha sido comprendido por medio de diversas investigaciones teóricas que exponen la persistencia desde enfoques complementarios. El enfoque traumático resalta el contexto neurobiológico que se acentúa en el agresor y las consecuencias psicológicas del abuso continuo. Como señala Van der Kolk (2015), “la variación que existe entre amenaza y protección activa sistemas de apego

primitivos que aferra a la víctima a la relación de violencia mediante factores neurobiológicos” (p. 189). Estudios actuales en neurociencia afectiva han evidenciado empíricamente los sustratos neurales de estos procesos, principalmente refiriéndose a la activación diferencial de la amígdala, la ísula y la corteza prefrontal medial mientras se desarrollan las diversas fases del ciclo (Pereda y Gallardo, 2019).

El enfoque ecosistémico abarca perspectivas individuales, relacionales, comunitarios y socioculturales, especificando “el sistema patriarcal y las respuestas institucionales que han sido incapaces de englobar las causas mantenedoras del ciclo de violencia” (Hernández y González, 2021, p. 178). Este modelo teórico ha sido importante para entender las variables que existen en la cultura y en cómo se manifiestan en el ciclo, proponiendo un esquema de intervenciones multinivel que contienen factores individuales y estructurales (Heise, 2012).

El enfoque de control coercitivo, desarrollado por Stark (2012), expone un modelo explicativo para entender el núcleo estratégico de la violencia con relación al ciclo. Según este autor, “el control violento se impone por medio de un entramado sistemático de estrategias que aíslan, controlan y humillan a la víctima, esto configura una prisión doméstica invisible pero intensamente eficaz” (p. 156). Estudios relacionados con el ciclo de violencia han observado esta estructura para desarrollar un análisis de las perspectivas contemporáneas de abuso, incluyendo el abuso digital y el uso de tecnologías para ejercer poder del control en las víctimas (Brown y Johnson, 2023).

El modelo cognitivo-conductual focaliza en los procesos de aprendizaje y en las distorsiones cognitivas que mantienen el ciclo. Como señala Echeburúa (2020), “la alternancia entre refuerzo intermitente y castigo genera patrones de conducta difíciles de extinguir, mientras que las distorsiones cognitivas sobre la propia responsabilidad y la posibilidad de cambio obstaculizan la toma de decisiones de abandono” (p. 167). Este modelo ha fundamentado el desarrollo de intervenciones psicológicas específicas para mujeres víctimas de violencia de género.

1.3. Elementos constitutivos / componentes

El ciclo de violencia se estructura en cuatro componentes interconectados que configuran una espiral progresiva de victimización. La fase de incubación o acumulación de tensión se caracteriza por un incremento gradual de la hostilidad, donde microagresiones, críticas destructivas y conductas de control establecen un clima de intimidación creciente. Según Echeburúa (2020), "este período genera un estado de hipervigilancia permanente que agota sistemáticamente los recursos adaptativos de la víctima y la sitúa en una posición de constante alerta ante posibles señales de peligro" (p. 92). Investigaciones recientes han documentado cómo esta fase se asocia con alteraciones neuroendocrinas específicas, particularmente en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que explican parte del desgaste psicológico experimentado por las víctimas (Pueda y Martín, 2017).

La etapa de explosión o el episodio agudo de abuso demuestra la existencia de la descarga de la tensión acumulada, presentándose por medio de la agresión física, psicológica, sexual o económica con un potencial violento variable. Como señala Walker (2017), "estos episodios tienen la doble función de descarga catártica para el violentador y de confirmación coercitiva del poder sobre la víctima" (p. 78). Investigaciones actuales han encontrado componentes predictores de la intensidad severa que tienen estos episodios, incorporando factores como el consumo de sustancias, el poseer armas en el hogar y precedentes de violencia previa (Loinaz et al., 2018).

La etapa de luna de miel o reconciliación es un factor de retención emocional intenso del ciclo, constituyéndose por comportamiento reparadores, muestras de arrepentimiento y promesas de cambio que crea una perspectiva de ilusión en la víctima. Estudios neuropsicológicos actuales han expuesto que "la fase de luna de miel activa sistemas cerebrales de recompensa que incrementan la fortaleza del vínculo traumático mediante el proceso de liberación de neurotransmisores enlazados al placer y la relación afectiva" (Pereda y Gallardo, 2019, p. 167). Esta investigación ha desarrollado intervenciones centradas en abordar los distintos factores de enganche psicológico en mujeres víctimas de violencia

Por último, observamos la etapa de normalización o calma periódica que integra el ciclo, imponiendo la existencia de un intervalo relativo de calma que minimiza el abuso y desarrolla la necesidad de tener esperanza de cambio. Como señala Echeburúa (2020), "esta etapa posibilita el poder recuperar parcialmente los recursos de afrontamiento de la víctima, al mismo tiempo fortalece los mecanismos de negación y racionalización que incrementa el sistema de abuso" (p. 145). Investigaciones longitudinales han registrado como la duración de esta etapa provoca la disminución paulatina de la violencia (Martínez y Gómez, 2022).

1.4. Determinantes o causales

El origen del ciclo es multifactorial y está ligada a distintos niveles del modelo ecológico.

El nivel individual, está elaborado por elementos de la historia de victimización previa (transferencia generacional de la violencia) y la existencia de trastornos de personalidad (especialmente del clúster B: antisocial, límite, narcisista e histriónico) y abuso de sustancias psicoactivas en el agresor (Echeburúa y Torrubia, 2010). Es importante recalcar que estos factores no son los que determinan el ciclo de abuso, sino que también interactúan con patrones contextuales.

El nivel relacional, se encuentra determinado por la disimetría de poder, dependencia económica, la "fusión afectiva" y los celos patológicos. La naturaleza del ciclo se incrementa de una desproporción de poder que tiene el agresor y que le falta a la víctima, por diversas razones (económicas, culturales, emocionales), esta dinámica no se puede neutralizar en los inicios de la vinculación (Hernández y González, 2021).

Por otro lado, estos factores son intensificados y, en muchas situaciones, estipulados por factores estructurales. El patriarcado, como un esquema cultural establece el dominio masculino y la subordinación femenina, imponiendo una base ideológica que autentifica la violencia (Lorente, 2001). A esta estructura se incluye instituciones sociales, como la credibilidad del sistema judicial, la ausencia de

medios especializados o las respuestas intermitentes de los servicios, que aumentan la probabilidad de una “segunda victimización” y un entorno donde la existencia de impunidad propicia a que el ciclo se repita (Fiscalía General del Estado, 2017).

Factores de riesgo y de protección

Los estudios actuales han observado un sistema de perspectivas y factores que explican el ciclo de violencia, su severidad y sus consecuencias. Los factores de vulnerabilidad individual abarcan una historia previa de victimización, patrones de un apego inseguro, la existencia de trastornos mentales y baja autoestima. Como señala Echeburúa (2020), “la victimización temprana estructura un esquema psicológico para la instalación del ciclo de violencia en la adultez, mediante perspectivas que son contaminadas por modelos operativos internos de las vinculaciones afectivas” (p. 178). Estudios longitudinales han evidenciado diversos mecanismos que determinan el trauma temprano con la vulnerabilidad posterior a la victimización por los ciclos de abuso en pareja (Pereda y Gallardo, 2019).

Los factores relacionales comprenden esquemas de pareja que se fundamentan por la disimetría de poder, la dependencia económica y emocional, y el aislamiento social gradual. Investigaciones cualitativas han expuesto cómo, el aislamiento social no es una secuela del ciclo de violencia, sino una estrategia natural para desarrollar un sistema de control y disminuir la probabilidad de buscar ayuda (Hernández y González, 2021). Entender este sistema ha fortalecido que existan intervenciones de ayuden a construir nuevamente redes de apoyo en mujer víctimas de violencia.

Los factores contextuales y estructurales se caracterizan por la implantación de normas culturales patriarcales, la aparición de respuestas institucionales incapaces de propiciar ayuda a la víctima, impedimentos de acceso a la justicia y la ausencia de recursos eficaces para la protección de la víctima. Como señala Stark (2012), la impunidad estructural y la invisibilización social del abuso contra las mujeres establece un camino para prolongación del ciclo de violencia” (p. 167). Estudios

comparativos han ejemplificado como los marcos normativos y la ineficiencia de respuestas institucionales se relacionan con la prevalencia y el aumento de severidad en el ciclo de violencia en distintos contextos (Rodríguez y Silva, 2023).

Como factores protectores, los estudios establecen que existe apoyo social eficiente, autonomía económica y marcos legales que pueden llegar hacer un mecanismo de protección para la mujer. Las investigaciones actuales han registrado como las redes de apoyo son una presencia sólida y de fácil acceso para configurarse como un mecanismo de protección que aumenta la probabilidad de ruptura en el ciclo de violencia y ayuda a la recuperación de las mujeres víctimas (García et al., 2021). Este registro ha configurado un desarrollo intenso en intervenciones sociales que han sido estructuradas para fortalecer las redes de apoyo en mujeres víctimas de violencia.

Métodos de evaluación e instrumentos

La evaluación del ciclo de violencia denota la existencia de pruebas sensibles ante la dinámica existente, que llegan a englobar no solo actos violentos, sino la historia previa de violencia, la frecuencia e impacto emocional del ciclo.

El **Test CEPAM**, está desarrollado y configurado por el enfoque de Walker, es un instrumento de 33 ítems que cuantifica la frecuencia e intensidad de los comportamientos de abuso durante las etapas del ciclo, proporcionando un entendimiento integral consistente de la gravedad y el sistema que tiene la relación de abuso (Repositorio IAEN, Ecuador).

Métodos de intervención

La intervención eficaz en el sistema cíclico de violencia abarca un abordaje multinivel que propone entender la complejidad del fenómeno y las necesidades que tienen las mujeres afectadas. Las intervenciones de crisis y protección rápidas deben tener una escala de prioridades como la seguridad inmediata de las víctimas por medio del diseño de planes personalizados de protección que sean necesarios

y específicos según el caso. Como señala Echeburúa (2020), " la estructuración de un plan viable que contenga seguridad y este dentro del contexto es un paso nuclear para ayudar en la ruptura del sistema cíclico de violencia" (p. 189). Evaluaciones actuales de intervención en crisis han registrado la eficiencia en reducción de riesgo de violencia severa y homicidio por abordajes psicológicos (Harris y White, 2021).

Las intervenciones terapéuticas deben englobar sesiones de terapia que se centren en el trauma y que consideren las especificaciones que tiene el trauma complejo en las víctimas. Programas basados en evidencia como el Enfoque Cognitivo – Conductual tiene como base de trabajo psicológico el trauma y la Terapia de Procesamiento Cognitivo, esto ha presentado una "significativa reducción de síntomas postraumáticos y ha fortalecido la reconstrucción de una identidad con autonomía que se ha perdido por los daños provocados en la experiencia de maltrato prolongado" (Loinaz et al., 2018). Estudios actuales han registrado correlatos neurobiológicos que se han presentado en estos cambios por las intervenciones psicoterapéuticas, y han presentado que existe una normalización de la actividad del eje HHA y neutralización de la reactividad amigdalár (Pereda y Gallardo, 2019).

Las intervenciones socio estructurales engloban modelos contextuales que incrementan el ciclo de violencia, adjuntando la fortaleza que tienen las respuestas institucionales, la facilidad que exista al momento de acceder a la justicia y la promoción de cambios en las normas sociales. Como señala Heise (2012), "la eficiencia de las intervenciones individuales son intensificadas cuando existe la implementación de políticas públicas, de naturaleza estructural sobre violencia de género" (p. 178). Evaluaciones actuales de programas integrales han registrado cambios importantes en las intervenciones individuales, comunitarias y estructurales (Hernández y González, 2021).

Por último, las intervenciones que se centran en la prevención primaria se deben enfocar en el cambio de patrones transculturales que establece la propagación de la violencia de género, principalmente por medio de programas educativos y

campañas de sensibilización comunitaria. Como señala Stark (2012), “la prevención eficiente del sistema cíclico de violencia necesita deconstruir el esquema de género patriarcal que normaliza la dominación masculina y la subordinación femenina” (p. 189). Evaluaciones actuales de programas de prevención han observado nuevos factores que promueven vínculos afectivos equitativos y disminuyen las dinámicas de violencia instauradas por el sistema patriarcal (Anderson y Davis, 2022).

Estrés Postraumático

Definiciones

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) establece una entidad patológica de importancia en la psicología clínica y la psicotraumatología, sustancialmente en el ámbito de la violencia de género donde abarca particularidades que necesitan un entendimiento especializado. La American Psychological Association (2013), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5) en su quinta edición, conceptualiza el TEPT como “una categoría de la psicopatología que se desarrolla como la respuesta después del evento estresante o extendida, de una situación extremadamente amenazante, que tiene la capacidad de crear un malestar general en casi cualquier persona” (p. 265). Este concepto, si bien es un avance importante para definir el trastorno, necesita ser regulado en cuanto a víctimas que han sobrevivido a violencia de género, porque en estos casos la situación traumática no es la respuesta a un suceso único sino a diversas escenas traumáticas prolongadas y sistemáticas en el entorno de una relación afectiva.

La transformación a lo largo del tiempo de la definición de TEPT ha sido significativa en la última década, principalmente al tratarse de situaciones de violencia de género. Como señala Echeburúa (2020), “el TEPT en mujeres que han sufrido violencia de género revelan características específicas que son distintas a las otras formas de trauma, caracterizándose por su naturaleza compleja, la cronicidad en la sintomatología y la afectación severa en la autonomía de la persona y la capacidad de afrontamiento dentro de la relación” (p. 45). Este enfoque

ha sido enriquecido por investigaciones actuales que recalcan la búsqueda continua para poder entender el TEPT en violencia de género. Destacando que no es solo una acumulación de síntomas, sino es una nueva organización compleja de los ámbitos neurobiológicos, cognitivos y emocionales de la víctima en defensa a una amenazada vital prolongada (Van der Kolk, 2015).

Desde una perspectiva latinoamericana, los estudios sobre TEPT en el ciclo de violencia de género ha expuesto la existencia de un desarrollo importante, estableciendo datos esenciales transculturales del trastorno. Investigaciones multicéntricas en distintos países han registrado “manifestaciones del TEPT en mujeres víctimas de violencia de género que muestran distinciones relevantes acordes a los modelos culturales, sociales y económicos, dando a conocer el papel neutralizador que tiene las variables como el machismo, las redes de apoyo y la existencia de respuestas institucionales disponibles” (Hernández y González, 2021, p. 78). Estos datos investigados han desarrollado un diseño de instrumentos de evaluación y la creación de protocolos de intervención socialmente adaptados que ayuden a dar una respuesta a las demandas de las mujeres en los diferentes contextos iberoamericanos.

La definición actual del TEPT en violencia de género ha incluido dimensiones neurobiológicas que ayudan a entender los sustratos neuronales que tiene la patología. Estudios actuales en el ámbito de la neurociencia afectiva han desarrollado un nuevo concepto que recalca que “la exposición continua a la violencia de género provoca alteraciones en la estructura y funcionamiento de circuitos cerebrales que son indispensables para regularse emocionalmente, centrándose en la memoria traumática y la respuesta ante el miedo, que se encuentran en regiones como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal” (Pereda y Gallardo, 2019). Esta conceptualización profunda desde la neurobiología ha establecido nuevos caminos para poder desarrollar intervenciones centradas en la existencia de plasticidad neuronal y la reintegración de los sistemas cerebrales afectados por la situación estresante.

Características

El TEPT en víctimas que han sobrevivido al ciclo de violencia de género son caracterizadas por mostrar un conjunto de síntomas clínicos que necesitan procesos de evaluación, diagnóstico e intervención. El sistema sintomático del TEPT se consolida por cuatro clústeres esenciales - reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, e hiperactivación- que abarcan peculiaridades en el contexto de la violencia de género. Como señala Echeburúa (2020), "las mujeres víctimas de violencia de género, los síntomas de reexperimentación suelen aparecer por medio de flashbacks disociativos, las conductas de evitación determina una condición general ante ámbitos de funcionamiento rutinarios, y las alteraciones en cognición y estado de ánimo insertan sentimientos de culpabilidad profunda, vergüenza y desconexión emocional" (p. 89).

La complejidad y cronicidad del cuadro patológico es una característica significativa en el TEPT en violencia de género, específicamente en casos de abuso prolongado. Estudios longitudinales han registrado que "el exponerse recurrentemente a sucesos que provocan un trauma centrándonos en el área de las relaciones violentas desarrollan con frecuencia lo que se conoce como trastorno de estrés postraumático complejo, que no solo abarca síntomas esenciales del TEPT, sino incluyen dificultades en la regulación emocional, alteraciones en la conciencia y la atención, distorsiones auto perceptivas y severas problemáticas al intentar mantener relaciones interpersonales" (Pereda y Gallardo-Pujol, 2019). Este clúster sintomático engloba la complejidad en abordajes terapéuticos integrales que a su vez trabajan otros aspectos afectados por el trauma.

La comorbilidad psiquiátrica es otra significativa importante en el TEPT de violencia de género. Investigaciones epidemiológicas desarrollados en diferentes culturas han registrado tasas altas de comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Como señala Hernández y González (2021), "la existencia de comorbilidad del TEPT con diversos trastornos

mentales no es una coincidencia, sino que expone lo multisistémico que puede llegar hacer el trauma cuando tiene una prolongación y demuestra las consecuencias que se desarrollan en el funcionamiento psicológico y la existencia de una mala regulación emocional en varios sistemas neurobiológicos” (p. 156). Este diagnóstico complejo necesita una aproximación de evaluaciones comprensivas que puedan llegar a identificar la constelación integral de las distintas dificultades que llegan a presentar cada caso por su particularidad.

La expresión sintomática diferencial se caracteriza por aspectos culturales y sociales, esto se establece como una característica fundamental para comprender el TEPT en la violencia de género. Estudios transculturales han registrado que existe alteraciones significativas cuando se manifiestan los síntomas dependiendo del contexto cultural de referencia. Como señala Loinaz et al., (2018), " la mujeres de distintas culturas pueden presentar malestar postraumático por medio de sintomatología somática, quejas físicas no especificadas o manifestaciones emocionales que en la cultura que se encuentran son sancionadas. Esto requiere que el clínico tenga una extrema sensibilidad al momentos de identificar el TEPT bajo una sintomatología alternativa” (p. 178). Estas alteraciones en el trastorno por la cultura, impulsa a diseñar evaluaciones validadas en el contexto transcultural e incrementar competencias culturales en los profesionales que laburan con diferentes poblaciones.

Elementos constitutivos / componentes

El sistema sintomático del TEPT se estructura por cuatro elementos que se encuentran interconectados en la experiencia clínica del trastorno y que adquieren características específicas en el contexto de la violencia de género. El elemento de reexperimentación se presenta por medio de una situación intrusiva que se desarrolla por los recuerdos traumáticos en la conciencia, abarcando memorias de intrusión periódicas e involuntarias, sueños angustiantes repetidos ligados al suceso de trauma, reacciones disociativas en la que la víctima actúa o el sentimiento de que el evento está sucediendo nuevamente, y malestar psicológico intenso o reactividad hacia estímulos internos o externos que representan algún

componente de la situación traumática. Como señala Van der Kolk (2015), “la sensibilidad que tiene la reexperimentación provoca a nivel neurobiológico un estado de alerta constante y origina un sentimiento de terror inmovilizador que limita la adaptabilidad del suceso traumático al tener que figurar una narrativa autobiográfica” (p. 145).

El elemento de evitación abarca los esfuerzos continuos para evitar estímulos que estén ligados al suceso traumáticos, implicando la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones que tengan como tema central el suceso traumático, en algunos caos severos, presenta amnesia disociativa en ámbitos significativos del suceso traumático. En el contexto de la violencia de género, la evitación tiene un carácter general, perjudicando diversas áreas de funcionamiento y provocando un aislamiento continuo que complica la capacidad de acceder a redes de apoyo y recursos de ayuda. Como señala Echeburúa (2020), “la evitación en mujeres víctimas de violencia de género no es solo un síntomas del TEPR, sino es considerado como un mecanismo de defensa para sobrevivir al suceso traumático, si bien es un alivio instantánea, mantiene la problemática de no poder procesar emocionalmente el trauma” (p. 167). El elemento de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo comprende la incapacidad de procesar el trauma dentro de la experiencia subjetiva y el funcionamiento psicológico de la persona.

Entre estas alteraciones se resalta la dificultad para tener recuerdos sobre los aspectos significativos del evento traumático, creencias o ideas negativas continuas y engrandecidas sobre uno mismo, los demás o el mundo, estado emocional negativo progresivo, la disminución del interés o al momento de participar en actividades importantes, sentimientos de desapego o la sensación de extrañeza hacia otros, y la incapacidad de experimentar emociones positivas. Como señala Pereda y Gallardo-Pujol (2019), “este tipo de alteraciones exponen el impacto intenso que tiene el trauma dentro de los sistemas de autonomía y significado personal e incluye la dificultad de tener una visión panorámica coherente y positiva de uno mismo y los otros” (p. 189).

El elemento de hiperactivación se presenta por medio de un sistemas de síntomas que evidencian un estado de activación neurofisiológico prolongado, que a largo plazo incluye una conducta irritable y arrebatos de furia, conductas temerarias o de autodestrucción, hipervigilancia, respuesta de sobresalto engrandecido, problemas de concentración, y alteraciones persistentes de sueño. Como señala Van der Kolk (2015), "la hiperactivación se establece como una respuesta de adaptabilidad temprana frente a la amenaza que es crónica, provocando que el organismo se encuentre en un estado de alerta continua aun cuando el peligro real ya no se encuentra" (p. 201). En el contexto del ciclo de violencia, esta hiperactivación es severa y progresiva, ya que la amenaza ha sido real, persistente y con frecuencia impredecible.

Clasificación

La organización tipológica del TEPT en mujeres que han sobrevivido a violencia de género establece un método de clasificación multidimensional que consiste en abarcar los elementos de sintomatología como componentes específicos que se encuentra dentro de este contexto. Según la Organización Mundial de la Salud (2018), "la tipología del TEPT debe representar la heterogeneidad clínica del trastorno y las diferencias específicas en los distintos contextos traumáticos" (p. 156). En algunos casos específicos de violencia de género, esta tipología se muestra con particularidades que requieren la especificación en la nosología.

El TEPT de inicio agudo se define por la aparición de síntomas después de tres meses del suceso traumático, con una duración menor a tres meses. Como señala Echeburúa (2020), "esta variable es muy poco frecuente en violencia de género, donde la naturaleza persistente del abuso llega a determinar de forma temprana su cronificación" (p. 234). Sin embargo, existen otros casos de violencia aguda que después de abandonar la relación violenta, la víctima tiene conciencia plena del suceso traumático vivido.

El TEPT crónico establece la aparición de sintomatología después de tres meses y su aparición se desarrolla de forma frecuente en las víctimas de violencia de

género. Estudios actuales han registrado que “la cronicidad del TEPT en violencia de género está ligado con frecuencia a la polivictimización, al no tener efectividad en redes de apoyo y a la duración del maltrato” (Hernández y González, 2021). Esta variable se presenta con una sintomatología compleja y la incapacidad de respuesta inmediata frente al tratamiento.

El TEPT de expresión diferida se presenta con sintomatología de al menos seis meses del suceso traumático. Como señala Pereda y Gallardo-Pujol (2019), "esta variable es importante en violencia de género, porque existe la aparición de la disociación y negación que al principio llega a enmascarar la conmoción frente al evento traumático, que explota generalmente por estresores vitales o un cambio de seguridad en la situación actual de su vida" (p. 301). Investigaciones longitudinales ha registrado que un 25% de los casos de TEPT por violencia de género se presentan como expresión diferida.

El TEPT complejo es una variable nosológica de significancia en el contexto de violencia de género persistente. Según el modelo propuesto por Judith Herman (2015), " el suceso traumático se singulariza por dominios importantes, regulación emocional, conciencia, percepción del perpetrador, relaciones interpersonales, sistemas de significado y somatización" (p. 189). Estudios actuales han certificado la utilidad en el área clínica de esta clasificación para lograr capturar lo complejo del trauma en violencia de género.

Determinantes o causales

El entendimiento de las categorías del TEPT en mujeres que han sobrevivido a violencia de género necesita un enfoque multifactorial que abarque factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores neurobiológicos establecen un enfoque explicativo que es significativo en la naturaleza del trastorno. Como señala Van der Kolk (2015), "el exponerse prolongadamente al estrés traumático llega a generar alteraciones permanentes en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, teniendo consecuencias al momento de regular el cortisol y la respuesta al estrés" (p. 267).

Investigaciones actuales han registrado correlaciones estructurales y funcionales al TEPT en violencia de género.

Los elementos psicológicos individuales abarcan alteraciones cognitivas, emocionales y de personalidad que incrementan la vulnerabilidad de desarrollar el trastorno. Según la corriente psicológica cognitiva de Ehlers y Clark (2000), "la aparición y mantenimiento del TEPT están establecidos por el proceso de la situación traumática y la presencia de pensamientos negativos sobre el suceso y sus consecuencias" (Echeburúa, 2020). Estudios actuales han observado componentes que son específicos como el estilo atribucional, las estrategias de afrontamiento y los esquemas de pensamiento que se desarrollan durante la edad temprana.

Los factores relacionales y contextuales abarcan componentes interpersonales y sociales que aumentan el impacto del suceso traumático. Como señala Stark (2012), "el control coercitivo es una característica esencial de la violencia de género que provoca un estado de indefensión aprendida y una total desconexión social, lo cual aumenta el impacto que tiene el suceso traumático" (p. 312). Investigaciones culturales han registrado como dimensiones importantes el apoyo social, la respuesta institucional y los recursos que existan en la comunidad para poder neutralizar el riesgo de desarrollar el Trastorno de Estrés Posttraumático.

Las categorías que determinan socialmente y estructuralmente el TEPT son los factores macrosociales que predominan en la prevalencia y exposición del trastorno. Según la Organización Mundial de la Salud (2018), "la desigualdad de género, el normalizar el contexto social la violencia y las limitaciones para acceder a la justicia son un indicador que establecen las categorías estructurales del TEPT en víctimas de violencia de género" (p. 334). Estudios actuales en países iberoamericanos han registrado una constante influencia de estos componentes estructurales en la nosología del trastorno.

Modelos explicativos

Para entender el TEPT en mujeres que han sobrevivido a violencia de género se ha incluido diversos métodos teóricos que exponen la etiología, mantenimiento y recuperación del TEPT desde enfoques complementarios. El enfoque neurobiológico recalca la existencia de alteraciones en circuitos neuronales particulares que implican el dar respuestas al miedo, al poseer una buena regulación emocional e integrar por completo la memoria. Como señala Van der Kolk (2015), "el trastorno abarca una desregulación profunda del cerebro ligada al sistema de alarma, esto se consolida por la hiperactivación de la amígdala - centro del procesamiento del miedo-, la hipoactivación de la corteza prefrontal medial - responsable de la modulación de las respuestas emocionales-, y alteraciones en el hipocampo -estructura clave para la contextualización de las memorias traumáticas" (p. 167). Estudios actuales en neuroimagen han registrado nueva evidencia sobre este tipo de alteraciones cerebrales, donde se identifica la correlación de los distintos clústeres sintomáticos del TEPT.

El enfoque cognitivo – conductual, inicialmente expuesto por el autor Foa y Kozak, consolida la premisa de que los procesos de aprendizaje y las diversas distorsiones cognitivas son parte esencial del trastorno. Según este modelo, el TEPT se establece por el miedo en la memoria, que es una red que se presenta por las amenazas que provocan el trauma, así como pensamientos negativos sobre el suceso traumático y sus respectivas consecuencias. Como señala Echeburúa (2020), "al procesar emocionalmente el evento traumático este se encuentra limitado por los comportamientos de evitación y por las distorsiones cognitivas que presenta la percepción amenazante, prolongando el clúster sintomatológico del TEPT" (p. 189). Este enfoque ha establecido que existe el desarrollo efectivo de intervenciones como la terapia de exposición prolongada, la terapia de procesamiento cognitivo y la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma.

El modelo ecosistémico está estructurado por componentes individuales, relacionales, comunitarios y sociales para el total entendimiento del trastorno, analizando la necesidad de considerar el contexto en el que se desarrolla el trauma

y se desarrolla el TEPT. Como señala Hernández y González (2021), "el apareamiento inicial, el mantenimiento y la recuperación del TEPT en mujeres que han sido víctimas de violencia de género debe incluir factores individuales de vulnerabilidad y factores individuales de resiliencia en el sistema de la relación abusiva, centrándose de igual forma en las redes de apoyo disponibles, y contextos culturales y sociales que puedan disminuir el impacto del trauma" (p. 234). Este enfoque ha sido potencialmente desarrollado al momento de comprender las variables culturales que tienen prevalencia y expresión constante en el TEPT y para crear intervenciones de múltiples niveles que lleguen a abordar los diferentes sistemas que se encuentran inmiscuidos en el trauma.

El enfoque de la autotraición, expuesto por autores como Jennifer Freyd, se focaliza en una perspectiva diferente para comprender el TEPT en casos de violencia interpersonal, principalmente cuando el victimario es una figura de apego. Este modelo explica, "la necesidad que tiene la víctima para mantener la relación que simboliza protección y amenaza, provocando un problema intrapsíquico que se establece por respuestas de desconexión cognitiva y emocional. Estas respuestas o mecanismos mantienen la supervivencia inmediata pero genera consecuencias psicológicas a largo plazo" (Pereda y Gallardo-Pujol, 2019).

Este marco investigativo ha establecido aspectos del TEPT en violencia de género, principalmente exponiendo las dificultades de memoria, las alteraciones disociativas y la incapacidad de buscar ayuda.

Factores de riesgo y de protección

El estudio contemporáneo ha observado un sistema de factores que neutralizan el desarrollo, curso y pronóstico del TEPT en mujeres que han sido sobrevivientes de violencia de género, exponiendo registros que identifican de forma temprana casos que son de alto riesgo y la creación de intervenciones que prevengan estas situaciones. Los componentes de riesgo individual enmarcan categorizaciones personales que aumentan la vulnerabilidad de desarrollar el TEPT tiene que tener una exposición prolongada a sucesos traumáticos. Como señala Echeburúa (2020),

"entre los componente individuales más determinantes se destaca una anamnesis previa del trauma -principalmente en la infancia-, la existencia de trastornos mentales preexistentes, un estilo de apego inseguro, estrategias de afrontamiento que no son adaptativas como la rumiación o el suprimir la emocionalidad, y específicos polimorfismos genéticos ligados a la respuesta de estrés" (p. 245). Estudios longitudinales actuales han mostrado que existen modelos predictivos que abarcan estos componentes individuales para poder identificar a mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollar TEPT crónico después de eventos de violencia de género.

Los factores relacionados con el suceso traumático enmarcan categorizaciones particulares de la experiencia violencia que neutralizan el impacto a nivel psicológico. Investigaciones meta analíticas han expuesto que "la frecuencia e intensidad severa del abuso, la duración de la exposición, la percepción de amenaza vital propiciadas en los intervalos violentos, la presencia de lesiones físicas y la relación natural violenta -principalmente cuando es por parte de una figura de apego- abarca componentes de riesgo potenciales para el desarrollo de TEPT" (Hernández y González, 2021). Este registro ha desarrollado instrumentos de evaluación acerca del riesgo traumático que expone una precisión más cercana del impacto psicológico esperado en cada caso.

Los elementos contextuales y sociales tienen categorizaciones del entorno que pueden moderar el impacto del trauma. Como señala Pereda y Gallardo-Pujol (2019), "la respuesta que exista en el medio social e institucional ante la evidencia de violencia, la accesibilidad y la calidad que tengan los servicios de apoyo, la limitaciones económicas o legales que existan para el rompimiento de la relación violenta, y la disposición social que haya ante la violencia de género establece componentes contextuales que neutralizan el desarrollo y curso del TEPT" (p. 289). Estudios actuales han registrado como la revictimización que se desarrollan en las instituciones -conceptualizada como la victimización adicional que se desarrolla cuando las víctimas buscan ayuda en entornos que no tienen la capacidad de responder a sus necesidades- constituye un factor de riesgo que da apertura a la cronificación del TEPT.

Los factores protectores, se han observado en características propias de la víctima, en relaciones y en el contexto social que apaciguan el impacto del trauma y ayuda a la recuperación. Los factores individuales se categorizan por la resiliencia, autoeficacia, estrategias de afrontamiento que son adaptativas y el buscar de forma activa el significado vital. Como señala Echeburúa (2020), "la competencia de buscar significado y encontrarlo en medio del evento traumático, integra una narrativa personal congruente y se establece como uno de los factores que permiten la recuperación del TEPT" (p. 301). Algunos factores protectores que giran alrededor de relaciones y el contexto social enfatizan la importancia del apoyo social persistente, la importancia de las redes de apoyo informal, el acceso a servicios especializados, y la disposición de marcos legales protectores. Estudios actuales han registrado como "el tener apoyo social eficiente no solo modula el impacto temprano del trauma, sino que incrementa las posibilidades de que el proceso de recuperación tenga éxito, reduciendo el riesgo de un TEPT crónico" (Hernández y González, 2021).

Métodos de evaluación e instrumentos

La evaluación del TEPT en víctimas que han sobrevivido a violencia de género establece la necesidad de emplear instrumentos diseñados para enmarcar la complejidad del TEPT en contextos específicos. La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT) de Echeburúa et al., (2016) se caracteriza por tener una herramienta esencial dentro del contexto latinoamericano. Este test, ha sido desarrollado y validado en contextos de población española y después adaptado en entornos latinoamericanos, evalúa cuatro clústeres de sintomatología del TEPT por medio de 22 ítems con formato Likert que abarca la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Investigaciones psicométricas actuales han validado las propiedades métricas del instrumento, con consistencia interna ($\alpha = 0.92$), fiabilidad del test-retest conveniente a los largo de periodos de 2 a 4 semanas ($r = 0.89$), y autenticidad convergente y diferenciada con otras medidas de trauma y malestar psicológico (Echeburúa et al., 2020). Como señalan autores, "la EGS-TEPT establece un

diagnóstico exacto de TEPT, y además logra cuantificar la gravedad del trastorno, observar los cambios en la sintomatología a lo largo del proceso en terapia, y evaluar la eficiencia de las intervenciones aplicadas, principalmente cuando se trata de la reducción de síntomas como la reexperimentación e hiperactivación” (Echeburúa et al., 2016, p. 78).

Además del EGS-TEPT, distintos instrumentos han mostrado gran utilidad para evaluaciones del TEPT, en violencia de género. La Escala de Trauma de Davidson (DTS), que ha sido adaptada y validada en diferentes ámbitos culturales, se establece como una medida breve y sensible del TEPT. El Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TEC), desarrollado por el autor Nijenhuis y colaboradores, es un instrumento útil para evaluar historiales complejos de trauma. El Inventario de Síntomas Postraumáticos para Mujeres Maltratadas, desarrollado únicamente para esta población, enmarca dimensiones del trauma en eventos violentos de género que no se encuentran incluidos en instrumentos comunes. Como señala Pereda y Gallardo-Pujol (2019), "la interrelación de instrumentos genéricos y específicos, incluyendo entrevistas clínicas, proporciona una evaluación integral del TEPT en víctimas de violencia de género que categoriza síntomas principales del trastorno como las características particulares del trauma complejo" (p. 323).

Métodos de intervención

El tratamiento del TEPT en víctimas que han sobrevivido a violencia de género necesita implementar abordajes que estén especializados en evidencia sobre el trauma complejo y en las necesidades que requieren esta población. Las intervenciones basadas en la evidencia con un apoyo de gran magnitud son la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el trauma (TF-CBT), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), la Terapia de Exposición Prolongada (PE), y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR). Como señala Echeburúa (2020), "esta clase de intervenciones han mostrado eficacia importante para la reducción de la sintomatología del TEPT, mejora en el funcionamiento integral de la víctima y la promoción de recuperación en

sobrevivientes, con grandes efectos a comparación a otros estudios controlados que han sido desarrollados” (p. 345).

La Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el trauma está compuesta por elementos de psicoeducación, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, exposición gradual a los recuerdos del evento traumático y reestructuración cognitiva de pensamientos no funcionales relacionados al trauma. Como señala Hernández y González (2021), "la TF-CBT está adaptado a la violencia de género, ya que permite un abordaje de la sintomatología del TEPT y las consecuencias que se derivan del abuso prolongado, como la baja autoestima, la culpa y la dificultad de desarrollar relaciones sociales” (p. 378). Investigaciones de seguimiento a largo plazo han registrado los beneficios que ha tenido la terapia de TF-CBT hasta después de cinco años tras terminar el tratamiento.

La Terapia de Procesamiento Cognitivo se establece por la necesidad de identificar y modificar las creencias disfuncionales que están relacionadas con el trauma, principalmente en ámbitos como de seguridad, confianza, poder, estima e intimidad. Como señala Pereda y Gallardo-Pujol (2019), "la CPT es un tratamiento adaptado para víctimas de violencia de género, ya que tiene un abordaje directo de las distorsiones cognitivas que con frecuencia se encuentran en esta población, como la autoculpabilización, la desconfianza generalizada y pensamientos que llegan a imposibilitar un cambio” (p. 356). Se han diseñado adaptaciones del CPT que han incluido elementos particulares del trauma para su abordaje y han expuesto la dificultad que existe al momento de regular emocionalmente a las mujeres con un historial persistente de maltrato.

Las intervenciones de tercera generación, enmarcando la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y los tratamientos basados en mindfulness, han presentado respuestas beneficiosas para aplicar en el TEPT complejo. Como señala Echeburúa (2020), "estas intervenciones resultan importantes para un abordaje en la evitación experiencial, las dificultades en la regulación emocional, los conflictos de identidad y las alteraciones de conciencia que se encuentran latentes en las mujeres con TEPT complejo secundario a

violencia género prolongada” (p. 389). Estudios actuales han registrado sinergias que comprometen a los tratamientos tradicionales que están centrados a la exposición y elementos de tercera generación que se focalizan en la aceptación y regulación emocional.

Las intervenciones psicosociales complementarias se estructuran por elementos importante para un abordaje integral del TEPT en violencia de género. Como señala Hernández y González (2021), “para que exista una recuperación integral en el TEPT en víctimas de violencia de género se necesita intervenciones terapéuticas específicas y el apoyo en ámbitos de seguridad habitacional, la independencia económica, el apoyo legal y la construcción de redes de apoyo” (p. 401). Las intervenciones integrales que se combinan con programas psicológicos especializados e incluyen el apoyo social han mostrado una mayor eficiencia en tratamientos unimodales, principalmente en mujeres que tienen una alta vulnerabilidad socioeconómica.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Enfoque de investigación

El enfoque metodológico es cuantitativo, centrado en la recolección y análisis de datos numéricos mediante instrumentos estandarizados. Conforme a Hernández y Mendoza (2020), el enfoque cuantitativo permite probar la hipótesis planteada y establecer relaciones estadísticas entre variables (por ejemplo, intensidad del ciclo de violencia y gravedad de síntomas de TEPT), facilitando la generalización de los resultados a la población objetivo dentro de los límites del diseño y el muestreo usado.

2.2. Paradigma postpositivista

El presente estudio se sitúa dentro del paradigma post-positivista. Bajo este enfoque, el conocimiento científico se concibe como una aproximación contextual y provisional, que reconoce la influencia de los supuestos del investigador en la interpretación de los datos (Fernández y Vela, 2021). Aplicado al estudio sobre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático, el paradigma post-positivista permite integrar una lectura objetiva mediante instrumentos estandarizados con la consideración del contexto social y subjetivo de las víctimas, reconociendo que los hallazgos representan aproximaciones a la realidad y no verdades absolutas (Hernández y Mendoza, 2020). En consecuencia, se busca rigor metodológico, es decir, control en la recolección y análisis de datos, sin obviar las limitaciones interpretativas que impone la naturaleza compleja y sensible del fenómeno estudiado.

2.3. Alcance de investigación

La investigación adopta una modalidad descriptiva y correlacional, con diseño no experimental. Desde la perspectiva descriptiva se pretende caracterizar la presencia y modalidades del ciclo de violencia en parejas dentro de la comunidad universitaria, así como describir la gravedad de los síntomas de estrés

postraumático en estudiantes universitarios (Alban et al., 2020). La dimensión correlacional tiene por objetivo analizar la relación estadística entre las puntuaciones en el Test CEPAM (ciclo de violencia) y la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (Echeburúa et al., 2016), sin establecer causalidad. Al ser no experimental, no se introducen manipulaciones o intervenciones; los datos se recogen en el entorno natural de ocurrencia del fenómeno.

El alcance puede describirse como el elemento que define los límites y objetivos de un estudio (Alban et al., 2020). En el presente trabajo, el tipo de alcance empleado es correlacional. Esto indica que la investigación se centra en identificar y cuantificar asociaciones estadísticas entre variables en particular, entre las puntuaciones obtenidas en el Test CEPAM (ciclo de violencia) y la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (Echeburúa et al., 2016).

Aunque la investigación incluirá descripciones de la frecuencia y manifestaciones de las conductas violentas y de la sintomatología (estadística descriptiva), el objetivo principal del alcance correlacional es determinar las relaciones entre el ciclo de violencia y el estrés postraumático en la población estudiada. Este enfoque permite aportar evidencia empírica sobre asociaciones contemporáneas que pueden orientar diagnósticos, prevención e intervención en el ámbito universitario.

Se aclara que el diseño correlacional no permite establecer relaciones de causalidad; sólo evidencia asociaciones entre variables en el momento de la medición. Por tanto, las interpretaciones sobre factores que “contribuyen” o “provocan” TEPT deberán hacerse con prudencia y quedarían sujetas a ensayos más amplios al alcance de este estudio (Alban et al., 2020).

2.4. Corte

El corte del estudio es de tipo transversal, por lo que los datos se recogen en un único momento temporal (Hernández y Mendoza, 2020). Esto implica que el fenómeno (ciclo de violencia y sintomatología de TEPT) será “capturado” en el instante de la aplicación de los instrumentos, sin seguimiento longitudinal posterior.

El diseño transversal permite estimar la prevalencia actual de conductas violentas en las relaciones afectivas y la concurrencia de síntomas postraumáticos en la población estudiada, y facilita comparar subgrupos en un momento determinado.

Sin embargo, dado que no se observa la evolución temporal de la violencia ni la progresión de los síntomas postraumáticos, este corte no posibilita inferir relaciones causa–efecto entre variables; únicamente permite identificar asociaciones y patrones contemporáneos entre ciclo de violencia y TEPT (Hernández y Mendoza, 2020).

Técnicas e Instrumentos

A continuación se detallan las técnicas e instrumentos que serán empleados para la recolección de datos en la investigación sobre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en adultos jóvenes de la PUCE — Sede Ambato. Para cada técnica se especifica su propósito, procedimiento de aplicación, responsabilidades del equipo, control de calidad y consideraciones éticas.

Observación

La observación se entiende como un método de recolección basado en el registro sistemático y objetivo de conductas y señales visibles asociadas a dinámicas de control y violencia en el entorno universitario (Hernández y Mendoza, 2020). Aunque el fenómeno se estudia principalmente mediante autorreporte, la observación de comportamientos y contextos relacionados (interacciones en espacios comunes, dinámicas de pareja visibles en campus, señales de malestar) aportará evidencia contextual complementaria para la interpretación de los hallazgos (De la Lama et al., 2022).

Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica es un instrumento estandarizado que recoge datos personales y contextuales. Está diseñado para especificar el perfil de la población

que participará en el estudio. El objetivo principal es tener información sistemática y que exista comparación sobre las variables sociales, demográficas y académicas que caractericen a los individuos, permitiendo analizar dimensiones que son importantes al interpretar los resultados. Esto garantiza la eficiencia en la aplicación y al codificar la información, siempre teniendo en cuenta los principios de confidencialidad y la utilización en fines investigativos.

La ficha sociodemográfica abarca los indicadores básicos de identificación personal y ubicación social, recolectando información importante para describir la muestra. Incluye la variable de edad, que da apertura a distribuir a los encuestados en rangos generacionales; la identidad de género, que reconoce la diversidad en la percepción sexual; y el estado civil, que informa sobre la situación afectiva y la estructura de convivencia actual. Existe un bloque centrado en la trayectoria formativa universitaria participante, dentro del campo de las ciencias de salud. El motivo de este bloque es precisar la profesión en formación y el nivel de avance dentro del proceso académico actual.

¿Qué edad tienes?_____ años

¿Con qué género te identificas? Femenino_ Masculino_ No binario_ Prefiero no especificar_

¿Cuál es tu estado civil? Soltero_ En una relación (no convivencia)_ En unión libre/convivencia_ Casado/a_ Divorciado/a_ Separado/a_ Viudo/a_

Carrera que estudias: Medicina () Psicología () Psicología Clínica () Enfermería ()

Semestre o año que cursas actualmente_

Entrevista estructurada

La entrevista estructurada será utilizada para recoger información sociodemográfica, antecedentes de relación afectiva y variables contextuales que requieren aclaración inicial. Esta técnica permite obtener datos uniformes y comparables sobre factores que pueden influir en la relación entre ciclo de violencia y TEPT (Ávila et al., 2020).

Se empleará una ficha sociodemográfica que incluirá: edad, sexo/autopercepción de género, carrera, año académico, y estado civil. La aplicación se realizará de forma individual en formato digital; El carácter estructurado garantiza uniformidad en la administración y facilita el posterior análisis cuantitativo.

Cuestionario Estructurado

Para medir de forma estandarizada la experiencia del ciclo de violencia y la gravedad de los síntomas de estrés postraumático se emplearán instrumentos psicométricos validados, cuyo empleo permite comparar puntuaciones y realizar análisis estadísticos precisos (Jiménez, 2020).

Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia)

El Test CEPAM se fundamenta en el modelo del Ciclo de la Violencia, que postula que la violencia en las relaciones afectivas se manifiesta en tres fases diferenciadas. El instrumento está compuesto por 33 ítems que describen conductas ejercidas por la pareja dirigidas hacia la mujer o hacia una persona situada en el espacio de lo femenino. Su propósito es identificar la existencia y la gravedad de la violencia en la relación mediante la evaluación de la frecuencia con que ocurren estas conductas, aportando una medida cuantitativa que permite caracterizar la experiencia violenta y su intensidad en la muestra estudiada.

El tiempo aproximado de aplicación es corto: alrededor de 5 minutos para la batería completa, lo que facilita su inclusión en procesos de cribado y en baterías de evaluación más amplias.

Cada ítem registra la frecuencia de la conducta observada por la persona encuestada, con una escala ordinal de tres puntos:

- 1 = Nunca
- 2 = A veces
- 3 = Casi siempre

La codificación numérica permite obtener una puntuación total que refleja la carga global de conductas violentas referidas por la persona, y puntuaciones parciales por bloques o subescalas que correspondan a las tres fases del ciclo de violencia. En términos prácticos, puntuaciones más altas indican mayor frecuencia y, por ende, mayor gravedad de la violencia reportada.

Escala de Gravedad de síntomas TEPT

La Escala Forense de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-F) es un instrumento estructurado de evaluación heteroaplicada diseñado para cuantificar la frecuencia e intensidad de los síntomas del TEPT. Se administra mediante entrevista y utiliza un formato tipo Likert de 0 a 3, donde puntuaciones mayores indican mayor frecuencia/intensidad sintomática. Su objetivo es ofrecer una medida clínica y forense de la gravedad sintomática, adecuada tanto para evaluación diagnóstica como para seguimiento clínico (Moreta et al., 2024).

En cuanto a su estructura, la EGS-F se compone de una parte nuclear (EGS-R) formada por 21 ítems que se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 ítems para intrusión (rango 0–15), 3 para evitación conductual/cognitiva (rango 0–9), 7 para alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (AC/EAN) (rango 0–21) y 6 para hiperactivación / aumento de la activación o reactividad psicofisiológica (rango 0–18).

Adicionalmente incorpora 4 ítems sobre síntomas disociativos (rango 0–12). La parte complementaria incluye una subescala de disfuncionalidad (6 ítems; rango 0–18) para evaluar el grado de afectación global relacionado con el suceso traumático y una subescala de simulación de 6 ítems dicotómicos (sí/no; rango 0–6), diseñada para detectar posibles exageraciones o simulaciones de sintomatología.

La fiabilidad del instrumento ha reportado consistencia interna alta y adecuada en diferentes muestras. En la validación española la puntuación total de los 21 ítems alcanzó $\alpha \approx .91$, con valores para las subescalas nucleares comprendidos

aproximadamente entre .72 y .79, y .73 para los ítems dissociativos (Echeburúa et al., 2016).

En otro análisis combinado se reportó $\alpha = .89$ para la escala total y alfas entre .66 y .77 para los cuatro núcleos (Reexperimentación .77; Evitación .66; AC/EAN .70; Hiperactivación .73), mientras que las subescalas complementarias presentaron $\alpha = .61$ (disociación) y $\alpha = .75$ (disfuncionalidad) (Echeburúa et al., 2016).

Estos indicadores sugieren una fiabilidad sólida para la puntuación global y adecuada fiabilidad por subescalas, si bien algunas dimensiones muestran alfas moderadas que conviene evaluar en cada contexto poblacional antes de interpretar resultados clínicos o forenses.

Población y muestreo

La población de estudio estuvo constituida por un total de 1628 estudiantes matriculados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Sede Ambato, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años, de diversas carreras y niveles académicos. Para Spiegelhalter (2023), es el conjunto total de elementos, individuos, objetos, situaciones o eventos que comparten una característica común y sobre los cuales se quiere obtener información en un estudio.

El muestreo será no probabilístico por conveniencia y de admisión secuencial con criterios de inclusión; Según Hernández (2021), es una técnica donde se eligen participantes por su fácil acceso y disponibilidad, no aleatoriamente, haciéndolo rápido y económico, pero poco representativo de la población total; los participantes se reclutarán mediante difusión en campus, deberán tener la mayoría de edad, legalmente matriculados, y aprobar el consentimiento informado.

Antes de la aplicación de los instrumentos se verificará la elegibilidad mediante un breve cribado para detectar antecedentes de violencia en relaciones afectivas; únicamente quienes reporten tales antecedentes y firmen el consentimiento informado serán incluidos. La recolección cumplirá con la aprobación del Comité de

Ética, garantizando confidencialidad, voluntariedad y protocolos de contención y derivación para participantes en riesgo.

Muestra

El universo de participantes, se define como el conjunto total de individuos sobre los cuales se desea obtener información (Ibagué, 2021). Para este caso, el universo de referencia estuvo compuesto por aproximadamente 1.628 estudiantes matriculados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador — Sede Ambato. A partir de este universo se realizó un cálculo de muestra (margen de error 5%, nivel de confianza típico) que arrojó un tamaño mínimo requerido de 312 participantes para detectar efectos de interés con poder estadístico razonable. Según Quispe et al., (2020), el cálculo de la muestra es un aspecto esencial de los estudios cuantitativos, permitiendo conocer cuál es la cantidad mínima de participantes para recopilar información representativa. Por lo mencionado, durante la fase de recolección se logró evaluar a 354 participantes, superando el umbral estimado y aumentando así la potencia estadística del estudio.

La selección siguió un muestreo no probabilístico por conveniencia con admisión secuencial: se reclutó mediante difusión institucional y fueron incluidos quienes cumplían los criterios de inclusión (principalmente entre 18 y 25 años), refirieron antecedentes de violencia en relación afectiva en el cribado inicial y firmaron el consentimiento informado.

Los 354 participantes se distribuyeron entre distintas carreras, niveles académicos y grupos etarios dentro del rango previsto, lo que favorece una mayor heterogeneidad de la muestra.

Características sociodemográficas

Tabla 1. Análisis sociodemográfico

Edad		
M		19,81
DE		19,81
Mínimo		18
Máximo		25
Género		Frecuencia
		%
Femenino	250	70,7
Masculino	104	29,3
Estado Civil		Frecuencia
		%
Soltero/a	307	86,8
En una relación (no convivencia)	47	13,2
Carrera académica		Frecuencia
		%
Psicología Clínica	61	17,1
Enfermería	85	23,9
Medicina	208	59,0
Nivel en el que se encuentra		Frecuencia
		%
Primer Semestre	183	51,4
Segundo Semestre	49	13,8
Tercer Semestre	30	8,4
Cuarto Semestre	21	5,9
Quinto Semestre	17	4,8
Sexto Semestre	14	3,9
Séptimo Semestre	6	1,7
Octavo Semestre	11	3,1
Noveno Semestre	9	2,5
Décimo Semestre	14	4,5

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los participantes del estudio, con el propósito de contextualizar su composición en términos de edad, género, estado civil, carrera académica y nivel de estudios.

Los resultados sociodemográficos muestran que la edad de los participantes presenta una media de 19,69 años ($DE = 2,265$), con un rango comprendido entre los 17 y los 29 años, lo cual indica que la mayoría de participantes son adultos jóvenes en etapa de formación universitaria. En cuanto al género, se observa una mayor presencia de mujeres, quienes representan el 70,7% ($n = 250$) de la muestra, mientras que los hombres constituyen el 29,3% ($n = 104$). Respecto al estado civil, se evidencia que la gran mayoría de los encuestados se identifica como soltero/a (86,8%), y un 13,2% reporta estar en una relación sin convivencia, lo que sugiere un predominio de personas sin responsabilidades familiares formales.

En relación con la carrera académica, la distribución reporta una mayor participación de estudiantes de Medicina, quienes representan el 59,0% de la muestra evaluada. Le siguen los estudiantes de Enfermería con un 23,9% y aquellos de Psicología Clínica con un 17,1%, evidenciando que las disciplinas del área de la salud concentran el interés principal del estudio. También se observa una amplia representación de estudiantes que se encuentran cursando los primeros niveles de formación profesional, lo que permite inferir que gran parte de la muestra corresponde a jóvenes en etapas iniciales de su trayectoria académica.

Respecto al nivel actual de estudios, se destaca que el 51,4% cursa el primer semestre, seguido del segundo semestre con un 13,8%. Los porcentajes para los niveles superiores se distribuyen de manera decreciente: tercer semestre (8,4%), cuarto semestre (5,9%), quinto semestre (4,8%), sexto semestre (3,9%), séptimo semestre (1,7%) y octavo semestre (3,1%). Finalmente, los estudiantes de noveno y décimo semestre representan el 2,5% y 4,5%, respectivamente. Esta distribución evidencia que la muestra está compuesta principalmente por estudiantes en etapas tempranas de formación académica, con menor participación de niveles avanzados, lo cual puede influir en las características y experiencias reportadas por los participantes.

Análisis sociodemográfico – Descripción de suceso traumático

La siguiente sección describe las experiencias traumáticas reportadas por los participantes, incluyendo la presencia o ausencia de sucesos adversos, el tipo de eventos vividos, la forma de exposición, la atención recibida y las posibles secuelas asociadas. Este análisis permite comprender la magnitud y características de las vivencias traumáticas dentro de la muestra, así como identificar patrones relevantes para la interpretación de los resultados posteriores.

Tabla 2. Análisis sociodemográfico – Descripción de suceso traumático

¿Ha experimentado alguna vez un suceso traumático?	Frecuencia	%
Si	205	57,9
No	149	42,1
Descripción de suceso traumático	Frecuencia	%
Violencia sexual	18	5,1
Violencia Psicológica /Verbal/Manipulación	9	2,5
Violencia Física Interpersonal	22	6,2
Suceso Médico/Hospitalización	7	2,0
Robo/Intimidación	10	2,8
Pérdida/Duelo	25	7,1
Otro/Indeterminado	19	5,4
Negligencia/Abandono/Problemas Familiares	14	4,0
Miedo/Fobia	7	2,0
Evento Relacional/Ruptura/Traumáticas de relación	13	3,7
Bullying/Acoso (No sexual)	5	1,4
Accidente/Lesión No Intencional	56	15,8
Sin suceso traumático reportado	149	42,1
Tipo de Exposición sobre el evento traumático	Frecuencia	%
Exposición directa	118	33,3
Testigo directo	51	15,2
Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)	33	9,3
Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencia)	3	,8
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

En relación con la presencia de experiencias traumáticas, el 57,9% de los participantes (n = 205) indicó haber vivido al menos un suceso de esta naturaleza, mientras que el 42,1% (n = 149) no reportó ningún evento traumático.

Entre quienes sí señalaron haber atravesado experiencias adversas, los tipos de sucesos más comúnmente mencionados fueron los accidentes o lesiones no intencionales (15,8%; n = 56), seguidos por pérdida o duelo (7,1%; n = 25) y violencia física interpersonal (6,2%; n = 22). También se registraron situaciones de violencia sexual (5,1%; n = 18), así como categorías diversas agrupadas como “otro/indeterminado” (5,4%; n = 19). En menor proporción se reportaron casos de negligencia o problemas familiares, eventos relacionales, robo/intimidación, violencia psicológica, hospitalizaciones médicas, miedos o fobias y episodios de *bullying* (no sexual). En conjunto, estos datos reflejan una diversidad de experiencias traumáticas, con predominio de eventos no intencionales y pérdidas significativas.

Tabla 3. Análisis sociodemográfico – Descripción de suceso traumático

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?	Frecuencia	%
Meses	79	22,3
Años	126	35,6
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
¿Has recibido tratamiento por el suceso sufrido?	Frecuencia	%
Si	72	20,3
No	133	37,6
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
Tipo de tratamiento	Frecuencia	%
Farmacológico	17	4,8
Psicológico	76	21,5
Ninguno	112	31,6
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
Duración del tratamiento	Frecuencia	%
Meses	174	49,2
Años	31	8,7
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia	Frecuencia	%
Meses	137	38,7
Años	68	19,2
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
Revictimización a otro suceso traumático	Frecuencia	%
Si	42	11,9
No	163	46,0
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1
Secuelas físicas experimentadas por el suceso traumático	Frecuencia	%
Si	62	17,5
No	143	40,4
No he sufrido ningún suceso traumático	149	42,1

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

Respecto a la forma de exposición al suceso traumático, la mayoría de quienes reportaron un evento lo vivieron de manera directa (33,3%; n = 118). Por su parte, un 15,2% (n = 51) actuó como testigo directo y un 9,3% (n = 33) conoció el hecho a través de una persona significativa. Asimismo, se identificó un pequeño grupo que estuvo involucrado como interviniente (0,8%; n = 3).

En cuanto al tiempo transcurrido desde el evento, el 22,3%, los participantes reportaron que ocurrió hace meses, mientras que el 35,6% lo situó varios años atrás.

En términos de atención posterior, solo el 20,3% (n = 72) manifestó haber recibido algún tipo de tratamiento por el suceso sufrido. Asimismo, entre las formas de intervención mencionadas predominó el tratamiento psicológico, mientras que una

menor proporción indicó haber recibido atención farmacológica. No obstante, una parte considerable de quienes vivieron un evento no obtuvo ningún tipo de tratamiento especializado, lo que sugiere limitaciones en el acceso o búsqueda de apoyo profesional.

Por otro lado, se registró que el 11,9% (n = 42) experimentó revictimización a través de un nuevo suceso traumático y el 17,5% (n = 62) reportó secuelas físicas derivadas del evento inicial.

Finalmente, al analizar la etapa vital en la que ocurrió la exposición, se observa que una cantidad importante de participantes experimentó el suceso durante la infancia o adolescencia, con un 38,7% reportando que sucedió hace meses y un 19,2% que ocurrió hace años. En conjunto, los datos evidencian que más de la mitad de los estudiantes ha atravesado algún tipo de experiencia traumática, muchas de ellas sin seguimiento terapéutico, lo que subraya la importancia de fortalecer acciones institucionales de detección, apoyo y acompañamiento psicológico dentro del ámbito universitario

Procedimiento

El procedimiento de la investigación se desarrolló en etapas planificadas para garantizar rigurosidad metodológica y atención ética a la población universitaria (Alban, Arguello y Molina, 2020).

En primera instancia se solicitó la aprobación formal de las autoridades de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador — Sede Ambato (vicerrectoría, decanatos y unidades de bienestar estudiantil) y, de ser necesario, de comités o instancias pertinentes para acceder a espacios y difundir la convocatoria. También se tramitó la aprobación del comité institucional antes del inicio de la recolección.

Una vez autorizada la investigación, se realizó una socialización con docentes y directivos para explicar objetivos, procedimientos, criterios de selección y protocolo

de contención. Esta etapa buscó garantizar coordinación institucional y facilitar un entorno seguro para la recolección de datos.

Se dio a conocer la convocatoria entre la comunidad estudiantil mediante correos institucionales y plataformas internas, indicando propósito del estudio, criterios de inclusión (edad 18–25 años, haber tenido relación afectiva con antecedentes de violencia) y garantías de confidencialidad.

Solo las personas que cumplan criterios de inclusión y otorguen consentimiento informado firmado serán admitidas para la aplicación de instrumentos. Dado que la muestra corresponde a adultos (18–25 años); se garantizará información clara sobre voluntariedad, confidencialidad y posibilidad de retirarse en cualquier momento.

Análisis de Datos

El análisis de datos se realizará de manera secuencial y sistemática utilizando un software estadístico especializado, como SPSS, con el propósito de garantizar precisión y confiabilidad en el tratamiento de la información.

En primera instancia, se llevará a cabo un proceso de limpieza y verificación de la base de datos, revisando la coherencia de los registros, la presencia de valores atípicos y el patrón de datos faltantes.

Posteriormente, se efectuará un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en la ficha aplicada, así como de las puntuaciones obtenidas en el Test CEPAM y en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, calculando frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar. Asimetría y curtosis según el tipo de variable.

Este análisis inicial permitirá comprender la distribución general de los puntajes y caracterizar la muestra estudiada. Una vez descritas las variables, se procederá al análisis correlacional, acorde con el alcance del estudio, evaluando la relación entre

las puntuaciones del CEPAM que reflejan la presencia y gravedad de la violencia en el ciclo y los puntajes del TEPT, aplicando coeficientes de correlación de Pearson o Spearman según el cumplimiento de los supuestos estadísticos de normalidad.

Todo el proceso incluirá la comprobación de la confiabilidad interna de los instrumentos. Finalmente, los resultados se interpretarán a la luz del marco teórico, enfatizando que las correlaciones identificadas reflejan asociaciones, más no causalidad, dada la naturaleza transversal del diseño.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis descriptivo - Escala forense de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

A continuación se describen y analizan los resultados obtenidos en las cuatro dimensiones nucleares de la Escala Forense de Gravedad de Síntomas de TEPT y en la puntuación global (N = 354). Se examinan estadísticos centrales (media, desviación típica, rango) y medidas de forma (asimetría y curtosis) para ofrecer una visión general del perfil sintomático en la muestra.

Tabla 4. Análisis descriptivo dimensiones - Escala Forense de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Asimetría	Curtosis
Intrusión	0	15	4,21	4,062	,701	-,284
Evitación	0	9	2,95	2,865	,585	-,773
Alteraciones cognitivas	0	21	6,18	5,959	,616	-,618
Hipertactivación	0	18	5,34	5,004	,601	-,561
Puntuación Global	0	63	18,68	16,681	,537	-,598

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

Las medias muestran niveles sintomáticos moderados en las distintas dimensiones: Intrusión (M = 4,21; SD = 4,06) y Evitación (M = 2,95; SD = 2,87) presentan valores centrales bajos-moderados en sus rangos posibles (0–15 y 0–9 respectivamente) (Echeburúa et al., 2016). Las alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo alcanzan una media algo superior (M = 6,18; SD = 5,96; rango 0–21), y la hiperactivación muestra una media intermedia (M = 5,34; SD = 5,00; rango 0–18).

La puntuación global (rango 0–63) se sitúa en una media de 18,68 (SD = 16,68), lo que indica una variabilidad amplia entre participantes. Las medidas de asimetría son positivas en las cuatro subescalas, por ejemplo, en la dimensión Intrusión = 0,701, Evitación = 0,585; mientras que la curtosis es levemente negativa en todos los casos; estos indicadores señalan distribuciones asimétricas hacia la derecha con colas menos pesadas, es decir, hay una mayoría con puntuaciones bajas-moderadas y una minoría con puntuaciones más elevadas, y la forma de las distribuciones se aleja de la normalidad de forma estadísticamente significativa. En

conjunto, los resultados muestran que aunque muchos participantes registran baja o moderada presencia de síntomas, existe un segmento de la muestra con puntuaciones elevadas que incrementa la varianza total.

3.2. Análisis descriptivo - Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia)

A continuación se presenta un análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia) en la muestra de N = 354 participantes. Se examinan medias, variabilidad y forma de las distribuciones por cada fase del ciclo y para la puntuación global

Tabla 5. Análisis descriptivo Cuestionario CEPAM (Ciclo de Violencia)

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
Fase 1	10	25	11,76	2,843	2,102	4,423
Fase 2	10	23	12,60	2,683	1,988	3,328
Fase 3	11	29	12,71	1,899	4,081	20,880
Puntuación Global	31	70	37,06	6,674	2,293	5,330

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

Las puntuaciones medias por fase muestran valores centrales relativamente próximos al extremo inferior del rango observado. En primer lugar, Fase 1 presenta una media de 11,76 (DE = 2,84) con valores observados entre 10 y 25; Por otro lado, la Fase 2 tiene una media de 12,60 (DE = 2,68) con rango 10–23; y la Fase 3 muestra una media más alta de las tres, 12,71 (DE = 1,90), con valores entre 11 y 29. La puntuación global arroja una media de 37,06 (DE = 6,67) en el intervalo observado 31–70. En términos de dispersión, las desviaciones estándar indican que la variabilidad absoluta moderada en las fases y algo mayor en la puntuación global, aunque todas las desviaciones son moderadas en relación con los rangos observados.

Las medidas de forma revelan distribuciones claramente no normales y sesgadas hacia la derecha: las asimetrías son marcadamente positivas en las tres fases (Fase 1 = 2,10; Fase 2 = 1,99; Fase 3 = 4,08) y en la puntuación global (2,29), lo que indica una concentración de participantes con puntuaciones bajas en las respectivas escalas y una minoría con valores significativamente más altos.

La curtosis elevada, especialmente en la Fase 3 (20,88), sugiere colas pesadas y picos prominentes en la distribución; en la puntuación global la curtosis también es notable bajo una puntuación de 5,33.

En conjunto, estos indicadores muestran que la mayor parte de la muestra registra niveles bajos-moderados en las tres fases del ciclo y en la puntuación global, mientras que existe un pequeño subgrupo con puntuaciones elevadas que produce colas largas en las distribuciones.

3.3. Análisis de distribución normal

Tabla 6. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TEPT	,076	1489	,000	,975	1489	,000
CEPAM	,258	1489	,000	,671	1489	,000

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación de 354 participantes

Las pruebas de normalidad aplicadas a las puntuaciones de los instrumentos TEPT y CEPAM evidencian desviaciones significativas respecto a una distribución normal. En el caso de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT, el estadístico de Kolmogorov–Smirnov fue de 0,076 con un nivel de significación $p < .001$, mientras que la prueba de Shapiro–Wilk arrojó un estadístico de 0,975, también significativo ($p < .001$). Estos resultados indican que la distribución de las puntuaciones del TEPT no cumple con el supuesto de normalidad; Considerando que las pruebas de normalidad evidenciaron una distribución no normal de las puntuaciones en ambos instrumentos ($p < .05$), se optó por el uso de pruebas no paramétricas como lo es la correlación de Rho de Spearman.

3.4. Correlaciones dimensiones: Cuestionario CEPAM y Escala de Gravedad de Síntomas TETPT

Tabla 7. Correlaciones dimensiones: Cuestionario CEPAM y Escala de Gravedad de Síntomas TETPT

	Intrusión	Evitación	Alteraciones cognitivas	Hipertactivación
Fase 1	,70**	,77**	,26	,007
Fase 2	,55*	,45**	-,20	-,006
Fase 3	,05	,71**	-,53*	-,087**

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Las observaciones sobre los resultados de las correlaciones entre las dimensiones del instrumento CEPAM evidencian correlaciones positivas, altas y estadísticamente significativas entre las tres fases del ciclo de la violencia evaluadas. En particular, la Fase 1 muestra una fuerte asociación con la Fase 2 ($r = ,692$; $p < .01$) y una correlación moderada-alta con la Fase 3 ($r = ,535$; $p < .01$). De igual forma, la Fase 2 se correlaciona significativamente con la Fase 3 ($r = ,611$; $p < .01$). En términos técnicos, estos valores indican coherencia interna marcada entre las fases evaluadas por el CEPAM, lo que sugiere que las distintas fases del ciclo tienden a concurrir en las experiencias reportadas por los participantes.

Por otro lado, las dimensiones de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT presentan correlaciones positivas altas y altamente significativas entre sí, lo que indica una fuerte interrelación entre los distintos grupos de síntomas. La intrusión se asocia de manera elevada con la evitación ($r = ,664$; $p < .01$), las alteraciones cognitivas ($r = ,695$; $p < .01$) y la hiperactivación ($r = ,585$; $p < .01$). Asimismo, la evitación se correlaciona significativamente con las alteraciones cognitivas ($r = ,666$; $p < .01$) y la hiperactivación ($r = ,585$; $p < .01$), mientras que la asociación más alta se observa entre alteraciones cognitivas e hiperactivación ($r = ,764$; $p < .01$). En conjunto, estos resultados reflejan la naturaleza multidimensional pero integrada del TEPT, donde los distintos síntomas tienden a manifestarse de forma concurrente y a potenciarse entre sí.

En general, las asociaciones entre las variables fueron débiles y, en su mayoría, de signo positivo pero de magnitud mínima; algunas fueron negativas pequeñas y

significativas. Ejemplos relevantes se pueden observar en la Fase 1 en donde se presentan correlaciones muy pequeñas con la dimensión de Intrusión ($r = .070$, $p < .01$) y con la dimensión Evitación ($r = .077$, $p < .01$), pero no correlaciona de forma significativa con la dimensión Alteraciones cognitivas ni con la dimensión Hiperactivación.

Por otro lado, Fase 2 muestra una correlación pequeña significativa con la dimensión Evitación ($r = .145$, $p < .01$) y otra muy pequeña con Intrusión ($r = .055$, $p < .05$). Por su parte, Fase 3 presenta correlaciones pequeñas negativas con la dimensión de Alteraciones cognitivas ($r = -.053$, $p < .05$) e Hiperactivación ($r = -.087$, $p < .01$).

Desde el punto de vista estadístico conviene subrayar que varias correlaciones alcanzan significación, pero sus magnitudes son, en su mayoría, triviales o pequeñas. Así, aunque la Fase 1 y Fase 2 presentan asociaciones positivas pequeñas con dimensiones como intrusión y evitación, y la Fase 3 muestra asociaciones negativas pequeñas con alteraciones cognitivas e hiperactivación, estas magnitudes apenas explican varianza práctica y su relevancia clínica es limitada. Además, la significancia de estas asociaciones puede deberse al tamaño muestral ($N = 354$), que facilita la detección de efectos pequeños.

En segundo lugar, el patrón resultado es heterogéneo: las fases tempranas del ciclo de violencia (Fase 1: acumulación de tensión y episodio agudo) muestran relaciones leves y positivas con aspectos de reexperimentación y evitación (Morabes, 2014). Por otro lado, la fase reconciliatoria (luna de miel) tiende a asociarse de forma muy débil y negativa con síntomas cognitivos y de activación. Esto implica que no existe una asociación uniforme entre el posicionamiento en el ciclo de violencia y la intensidad ordinal de los síntomas del TEPT; es decir, las relaciones son específicas por dimensión y de escasa magnitud.

Finalmente, las posibles explicaciones teóricas permanecen coherentes con las observaciones previas sobre procesos como la habituación o normalización ante la exposición reiterada, estrategias defensivas (negación, supresión, disociación) y la

ambivalencia emocional propia de la fase reconciliatoria (Fase 3), los cuales pueden modular la expresión autoinformada de síntomas, reduciendo la covarianza entre experiencia violenta y sintomatología medida en un corte transversal. Por tanto, y en términos técnicos, los coeficientes de Spearman confirman la existencia de asociaciones detectables pero representativamente débiles.

Análisis correlacional

A continuación, se presenta el análisis descriptivo–correlacional de las puntuaciones globales de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT y del Cuestionario del Ciclo de Violencia (CEPAM).

Tabla 8. Correlaciones

	Puntuación global: Escala de Gravedad TEPT	Puntuación global: Ciclo de Violencia - CEPAM
Puntuación global: Escala de Gravedad TEPT	1	,023
Puntuación global: Ciclo de Violencia - CEPAM	,023	1

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación de Spearman entre las puntuaciones globales indican una asociación prácticamente nula entre la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT y el Cuestionario del Ciclo de Violencia ($r = .023$). En términos prácticos, este coeficiente muestra ausencia de relación significativa.

Contraste de hipótesis

postraumático en adultos jóvenes de la PUCE-Ambato. En términos estadísticos, los resultados no apoyan una relación positiva y significativa entre ambos constructos dentro de la muestra estudiada. La correlación entre las puntuaciones globales resultó negativa, pequeña pero estadísticamente significativa ($r = -.091$; $p < .01$). Por consiguiente, no se verifica la hipótesis en la forma esperada.

La hipótesis de estudio planteó que el ciclo de violencia se relaciona con el estrés postraumático en adultos jóvenes de la PUCE- Ambato. No obstante, a partir del

contraste empírico realizado mediante la correlación de Spearman, los resultados no respaldan la existencia de una relación positiva y significativa entre ambos constructos en la muestra analizada. En particular, la asociación entre las puntuaciones globales del CEPAM y de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT fue prácticamente nula y no significativa ($p = .023$; $p > .05$), lo que indica ausencia de una relación significativa a nivel global. En consecuencia, no se confirma la hipótesis de investigación en los términos esperados, evidenciando que no existe relación entre la gravedad de los síntomas de estrés postraumático y el ciclo de violencia en la muestra observada.

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica sobre las variables de estudio indicaron que, la violencia de género es entendida como un patrón relacional reiterado de comportamientos físicos, sexuales y psicológicos ejercidos por una pareja o ex pareja y se vincula de forma consistente con la aparición y mantención de síntomas compatibles con el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En particular, la evidencia reciente señala que la exposición a violencia íntima aumenta la probabilidad de síntomas postraumáticos y otros trastornos mentales en poblaciones femeninas y jóvenes. Además, trabajos recientes indican que la violencia psicológica y la cronicidad del abuso son factores especialmente determinantes en la severidad sintomática, mientras que mecanismos intermedios como la desregulación emocional, la revictimización y la pérdida de redes de apoyo modulan la relación entre la experiencia abusiva y el desarrollo de TEPT
- La relación entre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato demostró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre estas variables. No obstante, dicha relación se caracterizó por una magnitud baja y una dirección negativa, por lo que se concluye que, si bien ambas variables se encuentran vinculadas a nivel estadístico su asociación no es fuerte ni lineal, por lo tanto, no existe correlación entre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato.
- Respecto a la gravedad global del TEPT, la media observada fue 18,68 (DE = 16,68) sobre un rango teórico 0–63; dado que el punto de corte referenciado para indicar probabilidad clínica se sitúa en 20, la media de la muestra se ubica por debajo de ese umbral, lo que clasifica al conjunto de participantes en un nivel bajo–moderado de sintomatología a nivel grupal. No obstante, la desviación estándar amplia indica gran variabilidad interindividual, de modo que, aunque la media es inferior al criterio

diagnóstico, existe un subgrupo de casos con puntuaciones suficientemente elevadas que acercan o superan el umbral clínico. En segundo lugar, al analizar las medias por fases del CEPAM en relación con los intervalos observados en la muestra, los resultados muestran puntuaciones esencialmente en el extremo inferior de los rangos registrados: Fase 1 $M = 11,76$ (rango observado 10–25) se interpreta como baja presencia de indicadores propios de acumulación de tensión; Fase 2 $M = 12,60$ (rango 10–23) corresponde a un nivel bajo–moderado de manifestaciones del episodio agudo; y Fase 3 $M = 12,71$ (rango 11–29) también se sitúa en un nivel bajo–moderado relativo al rango observado. Asimismo, la puntuación global del CEPAM ($M = 37,06$; $DE = 6,67$; rango observado 31–70) se interpreta como moderada-baja en términos de severidad agregada, puesto que la media se encuentra próxima al límite inferior del intervalo observado y distante del extremo superior.

- El análisis correlacional indicó dos patrones representativos. Por un lado, las dimensiones internas de cada instrumento presentan asociaciones ordenadas y de magnitud notable: las fases del CEPAM se correlacionan entre sí, y las dimensiones de la EGS-F (TEPT) muestran correlaciones moderadas-altas, lo que evidencia coherencia interna y convergencia de constructos dentro de cada escala. Por otro lado, las relaciones entre las variables estudiadas fueron en su mayoría muy débiles y heterogéneas. Algunas asociaciones puntuales alcanzan significación estadística, pero sus magnitudes son mínimas. Además, la correlación global entre las puntuaciones totales resultó prácticamente nula ($r = .023$), indicando ausencia de relación significativa entre la severidad global del ciclo de violencia y la gravedad global de síntomas de TEPT en esta muestra.

RECOMENDACIONES

- Para futuras investigaciones, se recomienda emplear de psicométricos que cuenten con procesos de validación formales y estandarizados para la población ecuatoriana, permitiendo una adecuada validez contextual a las mediciones, y alcanzar resultados más precisos y comparables.
- Se recomienda Incrementar el tamaño muestral y con el fin de aumentar la potencia estadística de los análisis y mejorar la estabilidad de las estimaciones obtenidas.
- Para futuros estudios, implementar variables de control relevantes como: apoyo social, tiempo transcurrido desde el suceso traumático, gravedad percibida, historial de salud mental, uso de sustancias. Para evaluar su papel como moderadores o mediadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Alban, G., Arguello, A., y Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173.
- American Psychological Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, P., y Davis, R. (2022). Evaluación integral de la violencia de pareja: Avances metodológicos y desafíos clínicos. *Revista de Psicología Clínica*, 45(2), 123-135.
- Anderson, P., y Smith, K. (2021). Control coercitivo en la era digital: Nuevas manifestaciones del ciclo de violencia. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), 3456-3478.
- Avila, H., González, M., y Licea, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿ métodos o técnicas de indagación empírica?. *Didáctica y Educación ISSN 2224-2643*, 11(3), 62-79. <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/992>
- Becerra, S. A., y Pinto, J. A. (2019). Control contextual en la habituación: Disminución y potenciación de la respuesta de sobresalto en humanos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(3), 10-18. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-42062019000300010&script=sci_arttext
- De la Lama, P., De la Lama, M. A., y De la Lama, A. (2022). Los instrumentos de la investigación científica. *Horizonte de la Ciencia*, 12(22), 189-202. <https://www.redalyc.org/journal/5709/570969250014/570969250014.pdf>
- Díaz, A., y Rodríguez, M. (2023). Multidimensionalidad del maltrato en el ciclo de violencia: Una perspectiva integradora. *Psicothema*, 35(1), 78-90.

Echeburúa, E. (2020). *Violencia de género: El ciclo del maltrato y su superación*. Pirámide.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Posttraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082016000200004&script=sci_arttext

Fernández, A., y Vela, L. (2021). Los paradigmas y las metodologías usadas en el proceso de investigación: una breve revisión. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/119978>

Fiscalía General del Estado. (2017). *Protocolo de actuación fiscal en casos de violencia contra la mujer*.

Fong Hernández, V., y Mazo Duque, T. F. (2020). *Estrategias de afrontamiento más utilizadas frente a la violencia de género a partir de la narrativa de dos mujeres de la ciudad de Medellín 2020-2* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios). https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12887/1/TP_FongHernandezValentinayMazoDuqueTania_2020.pdf

García, M., López, S., y Rodríguez, P. (2021). Patrones temporales en la violencia de pareja: Análisis longitudinal del ciclo de violencia. *Violence Against Women*, 27(9), 1234-1256.

Heise, L. L. (2012). *Determinantes ecológicos de la violencia de género: Hacia un modelo integral*. OPS.

- Hernández, G., y González, M. I. (2021). *Ciclo de violencia de género en Latinoamérica: Un análisis transcultural*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- Hernández, G., y González, M. I. (2021). *Violencia en el noviazgo universitario: Un estudio transcultural*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista cubana de medicina general integral*, 37(3).
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista cubana de medicina general integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000300002&script=sci_arttext
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.
- Ibague, A. (2021). *Estadística descriptiva, regresión y probabilidad con aplicaciones*. Ediciones de la U.
- Instituto de Altos Estudios Nacionales. (2018). *Test de Violencia basado en el Ciclo de la Violencia*. IAEN.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género*. INEC.
- Jiménez, L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativa en la actualidad. *Convergence Tech*, 4(IV), 59-68.

- Lee, S., y Garcia, M. (2023). Factores protectores en violencia de género: El rol del apoyo social y los recursos comunitarios. *Journal of Community Psychology*, 51(2), 345-367.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., y Torrubia, R. (2010). Evaluación de factores de riesgo en la violencia de pareja. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-283.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., y Torrubia, R. (2018). *Evaluación e intervención en violencia de género: Del ciclo a la recuperación*. Síntesis.
- López, R. (2022). *Violencia de género en universidades ecuatorianas: Diagnóstico y propuestas de intervención*. Universidad Central del Ecuador.
- López, R., y Fernández, M. (2023). Aislamiento social en el ciclo de violencia: Mecanismos y estrategias de intervención. *Journal of Social Issues*, 79(1), 234-256.
- López, R., y Martínez, P. (2022). Variaciones culturales en la manifestación del ciclo de violencia: Estudio comparativo en cinco países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e189.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Crítica.
- Morabes, S. (2014). Ciclo de violencia en la asistencia psicológica a víctimas de violencia de género. In *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS)(La Plata, 2014)*.
- Moreta, R., Núñez, M., Lascano, G., Mascialino, G., y Rodríguez, A. (2024). Psychometric properties of the Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) in adults in Ecuador after the Covid-19 pandemic. *European Journal of Trauma y Dissociation*, 8(2), 100400.

- Observatorio de Violencia de Género PUCE-SA. (2023). *Informe preliminar sobre violencia de género en la comunidad universitaria*. PUCE-SA.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Violencia contra la mujer: Datos y cifras*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental y violencia de género en instituciones de educación superior*. OPS.
- Pereda, N., y Gallardo-Pujol, D. (2019). *Trauma complejo en violencia de género: Abordaje integral*. Gedisa.
- Pueda, M., y Martín, A. (2017). *Intervención psicológica en violencia de género: Una perspectiva integral*. Pirámide.
- Quispe, A., Pinto, D., Huaman, M., Bueno, G., y Valle, A. (2020). Metodologías cuantitativas: Cálculo del tamaño de muestra con STATA y R. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(1), 78-83.
- Rodríguez, M., y Silva, P. (2023). Respuestas institucionales al ciclo de violencia: Evaluación de programas en América Latina. *Salud Pública de México*, 65(3), 456-478.
- Salvo, K., y Bonilla, A. (2023). Capítulo 3. La violencia de pareja en adolescentes y jóvenes. *En Rojas-Solís, José., Investigación, prevención e intervención de la violencia de pareja de adolescentes y jóvenes Puebla. Puebla (México): CONCYTEP.*

- Spiegelhalter, D. (2023). *El arte de la estadística*. Capitán Swing Libros.
- Stark, E. (2012). *Control coercitivo: Cómo los hombres atrapan a las mujeres en la vida personal*. Editorial Morata.
- Thompson, R., y Lee, S. (2022). Efectividad de las terapias centradas en el trauma para mujeres víctimas de violencia de género: Metaanálisis. *Clinical Psychology Review*, 92, 102134.
- Thompson, R., y White, R. (2022). Vulnerabilidad individual y victimización por violencia de pareja: El rol del trauma temprano. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 3456-3478.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Walker, L. (2017). *The battered woman syndrome* (4th ed.). Springer.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases* (11th ed.). WHO.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento Informado

Estimado/a estudiante:

Nos dirigimos a usted con el propósito de solicitar su autorización para participar en un estudio que está desarrollando la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato, en la provincia de Tungurahua durante el año 2025. Este proyecto lleva por título: “Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en Adultos Jóvenes de la PUCE- Ambato”.

El objetivo principal de esta investigación es analizar la relación entre el Ciclo de Violencia y Estrés Postraumático en estudiantes universitarios. Para ello, solicitamos su consentimiento para participar en este estudio y para utilizar los resultados obtenidos exclusivamente con fines científicos.

Los participantes deberán completar dos encuestas que incluyen preguntas relacionadas con aspectos de la salud psicológica. Estas actividades no demandaran mucho tiempo y se realizaran de manera sencilla.

Es importante señalar que su participación será completamente anónima. Su identidad será protegida mediante un sistema de codificación que reemplazará su nombre en las encuestas y en los informes derivados del estudio. Los datos obtenidos serán trasladados a una base de datos confidencial, utilizada únicamente para realizar los análisis necesarios que respondan a los objetivos del proyecto. Los resultados de estos análisis serán empleados en la elaboración de reportes y artículos científicos, los cuales podrían ser publicados en revistas especializadas.

Le garantizamos que toda la información recopilada será tratada con la más estricta confidencialidad. En caso de que considere que alguno de sus derechos ha sido vulnerado, podrá acudir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para presentar cualquier inquietud o reclamación.

Si decide formar parte de este estudio, le pedimos que firme esta carta de consentimiento y continúe con las secciones siguientes. En caso de tener alguna pregunta o inquietud, no dude en plantearla en el momento de llenar el formulario o comunicarse directamente con el director de esta investigación.

Agradecemos de antemano su colaboración y valiosa participación. Atentamente,

Margarete Gabriela Salvador Acosta

Investigador Responsable

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Si No _____

Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

Instrucciones: Esta ficha tiene como objetivo recabar información para una investigación académica sobre experiencias de vida y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Sus respuestas son **totalmente anónimas y confidenciales**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lea cada pregunta detenidamente y marque con una "X" la opción que mejor se ajuste a su situación o complete la información solicitada. Su participación es voluntaria y de gran valor.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- **¿Qué edad tienes?** _____ años

- **¿Con qué género te identificas?**

Femenino ___ Masculino ___ No binario ___ Prefiero no especificar ___

- **¿Cuál es tu estado civil?**

Soltero/a ___ En una relación (no convivencia) ___ En unión libre / Convivencia ___ Casado/a ___ Divorciado/a / Separado/a ___ Viudo/a ___

- **Carrera que estudias:**

- Medicina()
- Psicología ()
- Psicología Clínica()
- Enfermería ()

- **Semestre o año que cursas actualmente:** _____

Anexo 3. Test de Violencia – CEPAM

Indicaciones: Este instrumento evalúa la violencia en una relación a través de tres fases y consta de 33 ítems que pueden responderse en unos cinco minutos. Cada ítem describe conductas de la pareja hacia la mujer o una persona en el rol femenino, valoradas según su frecuencia del 1 (“nunca”) al 3 (“casi siempre”), con el fin de identificar la presencia y el nivel de gravedad de la violencia.

FASE UNO: ESTO TAMBIÉN ES VIOLENCIA, DESPIERTA		NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Te culpa por sus cambios de ánimo, malestares, o frustraciones propias?			
2	¿Te amenaza o chantajea?			
3	¿Te grita, se burla de ti, te humilla?			
4	¿Desestima tus opiniones y te critica?			
5	¿Controla tu forma de vestir?			
6	¿Te prohíbe decidir sobre tu dinero y tus bienes?			
7	¿Controla tu hora de salida, de llegada, o uso del tiempo en general?			
8	¿Te obliga a mantener su relación en clandestinidad?			
9	¿Tu relación de pareja te ha llevado a ser destructiva?			
10	¿Tu pareja se irrita si le dices que fuma. o bebe demasiado?			
FASE DOS: BUSCA AYUDA. ESTO NO ES TU CULPA		NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Te empuja, te golpea, te pellizca?			
2	¿Evitas ciertos temas o hacer ciertas cosas por temor a la reacción de tu pareja?			
3	¿Sientes culpa o responsabilidad por las reacciones violentas de quien te agrede?			
4	¿Tienes conocimiento si tu pareja ha violentado a parejas anteriores?			
5	¿Tu pareja es excesivamente celosa o posesiva?			
6	¿Te has aislado de tu familia, amigas y amigos?			
7	¿Crees que con tu sacrificio tu pareja puede cambiar?			
8	¿Sientes que tu pareja tiene la razón en sus críticas, quejas, o reclamos contra ti?			
9	¿Tienes relaciones sexuales sin consentimientos?			
10	¿Te amenaza con quitarte a tus hijos o tus bienes si terminas la relación o denuncias?			
11	¿Ha vuelto a agredirte después de haber prometido que solo vuelve hacer?			

FASE TRES: DENUNCIA, ESTÁS EN PELIGRO		NUNCA	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE
		1	2	3
1	¿Tienes miedo a tu pareja?			
2	¿Te amenaza con hacerte daño o dañar a tu familia si terminas la relación?			
3	¿Te ha quitado tus bienes?			
4	¿Te amenaza con hacerse daño o suicidarse si se acaba la relación?			
5	¿Tu pareja te dice que no podría arreglártelas sin él/ella?			
6	¿Ha vuelto a agredirte después de haberte prometido que no lo vuelve hacer?			
7	¿Estas deprimida y con problema de salud, o has tenido pensamientos suicidas?			
8	¿Has necesitado asistencia médica como resultado de la violencia?			
9	¿Te obliga a tener relaciones sexuales? (Esto es un delito de violación)			
10	¿Las reacciones de violencia son impredecibles y más recurrentes?			
11	¿Sientes que nadie te puede ayudar o no consideras que mereces ayuda?			
12	¿Aunque temes por tu vida sientes que no hay como salir de la violencia?			

Anexo 4. ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS (EGS – R) DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Indicaciones: La Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT es una herramienta clínica breve que evalúa la intensidad de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático. Mide específicamente la frecuencia e intensidad de los tres grupos sintomáticos principales: la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados y la hiperactivación fisiológica. Su objetivo es cuantificar la gravedad del cuadro, clasificándolo como leve, moderado o grave, lo que resulta de gran utilidad para el diagnóstico inicial. Se va a medir a través de un escala donde **"0" es nada; "1" es Una vez por semana o menos/Poco; "2" De 2 a 4 veces por semana Bastante y "3" 5 o más veces por semana/ Mucho.**

N°:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

I. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

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

Frecuencia del suceso traumático

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

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

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

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

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

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

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

NÚCLEOS SINTOMÁTICOS			
Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración y la intensidad del vínculo.			
0	2	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/ poco	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5 o más veces por semana/mucho

Puntuación de reexperimentación: (Rango: 0-15)

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

Puntuación de Evitación conductual/cognitiva: (Rango: 0-9)

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

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

Puntuación de Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo: (Rango:0-21)

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

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica: (Rango: 0-15)

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

Presentación de la menos dos síntomas disociativos: SI ____ NO ____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3
Presentación demorada del cuadro clínico (al menos 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Presentación en el grado de afectación del suceso: SI ____ NO ____

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