

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Resultado obtenido del estudio sobre Tratamiento Cognitivo Conductual  
Centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja,  
aplicado a casos de Estrés Postraumático  
por violencia intrafamiliar**

(Artículo Científico)

Sandra Maritza Revolorio Morales

Guatemala, abril 2019

**Resultado obtenido del estudio sobre Tratamiento Cognitivo Conductual  
Centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja,  
aplicado a casos de Estrés Postraumático  
por violencia intrafamiliar**  
(Artículo Científico)

Sandra Maritza Revolorio Morales

Licda. Leticia Padilla (Asesora)  
M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor)

Guatemala, abril 2019

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrector Académico Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

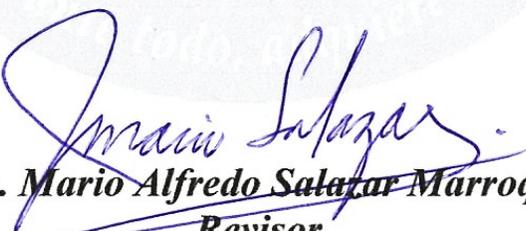
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del 2018.**

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “Resultado obtenido del estudio sobre Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja, aplicado a casos de Estrés Postraumático por violencia intrafamiliar”. Presentada por el (la) estudiante: Sandra Maritza Revolorio Morales previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licda. Leticia Padilla**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES,  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de marzo  
del año 2019 -----**

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: **“Resultado obtenido del estudio sobre Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja, aplicado a casos de Estrés Postraumático por violencia intrafamiliar”**. Presentado por la estudiante: **Sandra Maritza Revolorio Morales**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**MSc. Mario Alfredo Salazar Marroquín**  
**Revisor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del 2019. -----**

*En virtud de que el informe del Artículo Científico con el tema: **"Resultado obtenido del estudio sobre Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja, aplicado a casos de Estrés Postraumático por violencia intrafamiliar"**. Presentado por el (la) estudiante: **Sandra Maritza Revolorio Morales**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Maestría en **Enfoques Psicoterapéuticos**, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en **Facultad**.*

  
M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Humanidades



**Nota:** “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.”

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Marco Teórico</b>	1
1.1. Familia	1
1.2. Tipos de patrones de crianza	6
1.2.1. Reglas familiares	9
1.2.2. Sub sistemas en la familia	12
1.2.2.1. Subsistema conyugal	12
1.2.2.2. Subsistema parental	13
1.2.2.3. Subsistema de los hermanos	14
1.2.2.4. Subsistema de la familia extensa	16
1.3. Calidad de vida en la familia	16
1.4. Estilos de crianza	19
1.5. El apego	20
1.5.1. Teoría del Apego	21
1.5.2. Tipos de apego	22
1.5.2.1. Patrones de Apego infantil y sus determinantes	23
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Abuso y Violencia</b>	25
2.1. Formas de violencia y maltrato	25
2.2. Concepto de abuso	25
2.2.1. Tipos de abuso	26
2.2.1.1. Abuso físico	26
2.2.1.2. Abuso emocional	26
2.2.1.3. Abuso sexual	27

2.2.1.4. Abuso económico	27
2.2.1.5. Negligencia o abuso social	28
2.3. Concepto de violencia	28
2.3.1. Aproximación a la violencia familiar	28
2.3.2. Tipos de violencia	29
2.3.2.1. Maltrato infantil	29
2.3.2.2. Maltrato físico	29
2.3.2.3. Maltrato sexual	29
2.3.2.4. Abandono y abuso emocional	30
2.3.2.5. Abandono físico	30
2.3.2.6. Niños testigo de violencia	30
2.3.2.7. Violencia conyugal	30
2.3.2.8. Maltrato a ancianos	31
2.4. Características del abusador	31
2.5. Características de las mujeres abusadas	31
2.6. Efectos o consecuencias a corto, mediano y largo plazo	32
2.7. Marco jurídico de la Violencia Intrafamiliar	34
2.7.1. Cuando se trate de menores que carezcan de tutela y representación legal	36
2.7.2. Las denuncias serán recibidas por las instituciones designadas para el efecto	36

### **Capítulo 3**

<b>Trauma</b>	40
3.1. Características del trauma	41
3.1.1. Trauma complejo	42
3.1.2. Trauma vinculante	44
3.1.3. Consecuencia a corto, mediano y largo plazo	47
3.2. Abuso de alcohol y otras sustancias	47
3.2.1. Características psicológicas	48
3.2.2. Características psicopatológicas	48
3.3. Estrés	49

3.3.1. Estresores personales	52
3.3.2. Estresores en el ámbito familiar	52
3.3.3. Estresores en el ámbito laboral	55
3.3.4. Estresores organizacionales	55
3.4. Consecuencias psicopatológicas del estrés a corto, mediano y largo plazo	57
3.4.1. Consecuencias físicas	57
3.4.2. Consecuencia en la salud mental	58
3.4.3. Síndromes específicos	59
3.4.3.1. Síndrome de la Mujer Maltratada	59
3.4.3.2. Síndrome de Adaptación Paradójica	60
3.4.3.3. Abuso o dependencia de sustancias	62
3.4.3.4. Baja autoestima	62
3.4.3.5. Cogniciones postraumáticas	64
3.4.3.6. Déficit en solución de problemas	64
3.4.3.7. Inadaptación	66
3.4.3.8. Suicidio o ideación suicida	66
3.5. Depresión	68
3.6. Trastorno de ansiedad	69
3.7. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	71
3.8. Las secuelas emocionales en las víctimas	74

## **Capítulo 4**

<b>Modelo Cognitivo Conductual en casos de violencia intrafamiliar</b>	<b>77</b>
4.1. Conceptos teóricos fundamentales	78
4.2. Evaluación	79
4.3. Diagnóstico	80
4.3.1. Perspectiva terapéutica	80
4.4. Terapia y farmacología	81
4.5. Tratamiento y terapia	82
4.5.1. Efectos de la terapia individual	82

4.5.2. Efectos de la terapia grupal	85
4.6. Propuesta de Plan de tratamiento	86
4.6.1. Consideraciones previas	86
4.6.2. Propuesta de Programa de Tratamiento	89
4.7. La terapia cognitivo conductual en la actualidad	93
<b>Conclusiones</b>	96
<b>Referencias</b>	97

### **Lista de Tablas**

Tabla No. 1. Patrones de crianza en la Familia	7
Tabla No. 2. Tipos de Familia	11
Tabla No. 3. Estilos de Crianza	19
Tabla No. 4. Tipos de trastornos	40

### **Lista de Figuras**

Figura No. 1 Mapa de tratamiento	90
----------------------------------	----

## **Resumen**

Esta investigación es de tipo científico, tiene como objetivo determinar si un programa de terapia con enfoque cognitivo conductual aplicado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, disminuye los niveles de estrés.

La violencia intrafamiliar se sitúa como uno de los principales problemas a abordar para la sociedad en la actualidad. Con la ocurrencia de víctimas de carácter masivo, la investigación científica de las consecuencias psicológicas de vivir bajo circunstancia de violencia se incrementó de forma considerable. Aunque los datos apuntan a la aparición de síntomas y trastornos de estrés posttraumático, ansiedad y depresión tras el atentado, tanto en el corto como en el medio y largo plazo, así como de otros comportamientos derivados como el riesgo de suicidio, resulta difícil extraer conclusiones al respecto si se atienden a otros factores que puedan estar en juego como el nivel de exposición a la violencia.

Se recomienda a toda mujer que sea víctima de cualquier tipo de violencia, que no tema denunciar su caso a las autoridades correspondientes y solicitar ayuda, sin ningún temor, para poder poner un alto al propio sufrimiento y al mismo tiempo contribuir a detener el fenómeno de la violencia intrafamiliar que tanto afecta al mundo en general.

## **Introducción**

La violencia intrafamiliar es un fenómeno que cada día cobra más víctimas, tanto a nivel nacional como a nivel mundial, no respetando clase social, cultura o educación y que causa severos daños físicos y psicológicos. Las consecuencias son evidentes e innegables y la población más vulnerable y afectada es la de las mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, algunos de los trastornos psicológicos más comunes en las mujeres que sufren o han sufrido de violencia intrafamiliar son: baja autoestima, ansiedad y depresión. Siendo la depresión uno de los más difíciles de tratar.

De acuerdo con Chinchilla (2008) la depresión es uno de los mayores desafíos para la medicina moderna. Esta entre las 5 causas de discapacidad en el mundo en la actualidad y será la primera o la segunda en los próximos 10 años. Diferentes estudios como los de Vera (2011); Campos (2007) y Guzmán (2003) sugieren que la terapia psicológica es un factor importante en el tratamiento de este síntoma, así como en la prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar.

Según Vera, (2011) algunos autores como Igual, Quiles, Valero y Creixell, han comprobado que la terapia cognitiva conductual grupal puede ser una alternativa para tratar la sintomatología presentada por esta situación, siendo una opción que permite abarcar una mayor cantidad de pacientes y de esta forma satisfacer la demanda existente.

Es importante mencionar los diferentes estudios realizados en Guatemala, con relación a la violencia, depresión y psicoterapia grupal, los cuales tienen como objeto aportar información que contribuya a conocer más a fondo este tipo de problemas.

En la terapia cognitiva de Aaron Beck, concluyó que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que participaron en el estudio presentan creencias irracionales relacionadas con el

perfeccionismo, la necesidad de aprobación, una baja tolerancia a la frustración, inseguridad, escape o evitación, pensamiento mágico y sobre generalización; pensamientos expresados en sus relatos. Por lo que sugiere utilizar la terapia cognitivo conductual para reformar las creencias irracionales, expectativas irreales, actitudes desfavorables, explicaciones negativas y conclusiones ilógicas de las víctimas de violencia intrafamiliar permitiendo enfocar los problemas reales y resolverlos con mayor facilidad.

Al investigar sobre los diferentes estudios a nivel nacional e internacional, resulta necesario abordar la investigación en los temas relacionados con violencia intrafamiliar, depresión, terapia grupal con enfoque cognitivo conductual para la mejor comprensión del tema de investigación, mismo que se presenta a continuación.

# Capítulo 1

## Marco Teórico

### 1.1. Familia

El abordar las características de los principales sistemas con que se relaciona el menor, por su importancia como fuente de socialización, lleva a la necesidad de considerar a la familia, sus funciones, sus reglas, sus creencias, los ciclos por los que atraviesa, los subsistemas que la componen y la importancia en la manera como se organice. Según, Rodríguez y Ovejero (2005) “la familia es el primer grupo de socialización del individuo su conformación se da mucho antes que la escuela, los vecinos, el grupo de iguales, los compañeros de deporte y cualquier otra instancia socializadora.” (p. 90)

Su presencia como organización está presente en todas las culturas, con la característica distintiva de que las relaciones entre sus miembros se rigen principalmente en un nivel afectivo. Además, es la estructura socializadora que sigue manteniendo un mayor contacto con el individuo, si se considera que está presente en sus fases evolutivas más importantes como son: la lactante, la infancia y la adolescente.

La familia es un entorno de intimidad donde ideas, afectos y sentimientos se aprenden e intercambian. En ella la comprensión, el afecto, la serenidad, el amor, son gratificadas Musitu (2002) Se van conformando en el individuo, de esta forma, las pautas relacionales, de enfrentamiento de conflicto, de elección de pareja, las cuales serán transmitidas generacionalmente. Sin embargo, como señala acertadamente Andolfi, M. (1997) la familia es un sistema entre otros, donde se realiza la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado, resultando y siendo un elemento indispensable en la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de estos. La familia, por tanto, es un sistema relacional en el cual una unidad que sufre un

cambio en su estado ha sido afectada por otra unidad la cual también provocará el cambio de otra con la que está vinculado.

La familia constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales, religiosos, entre otros. Son diversas las definiciones que hay de familia pero la mayoría plantea que es la estructura social básica donde padres e hijos se relacionan. Dicha relación está basada en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. “Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad.”

Pocos se atreven a cuestionar el lugar que ocupa la vida familiar como realidad relacional fundamental e insustituible para el desarrollo integral de las personas y la integración social de estas (...) es en ella donde se aprenden a enfrentar y resolver conflictos. Gubbins (2004) Los hijos e hijas, continúa Gubbins, es en la familia donde primero tienen acceso a la formación y a la socialización, la transmisión de valores, las relaciones afectivas, la comunicación, el comportamiento social, todos estos son factores que forjan su organización interna y la calidad de las relaciones en su interior.

También afirma que la familia no tan solo es un núcleo de subsistencia y de reproducción sino también de afecto, de comunicación, de intercambio sexual, de vida en comunidad. El crecer en familia “Supone el establecimiento de un compromiso de relaciones íntimas y privilegiadas, con al menos otra persona.” (Gubbins 2004, p. 192)

A raíz de los cambios que han surgido en la familia actual, a nivel estructural, funcional y vital, se está ante el fenómeno de la diversidad y complejidad familiar, elementos que impiden plantear una única definición de familia Arés (2002). Existen muchos tipos de familias los que pueden ser clasificados de acuerdo a diferentes criterios, el de parentesco alcanza grados diversos y es cada cultura la que define los puntos de corte entre quienes pertenecen a la familia y quiénes no.

Existen formas muy variadas y cambiantes de relaciones interpersonales en torno a tres ejes de vinculación.

- Consanguinidad: Familia son todas aquellas personas con vínculos de sangre, adopción o conyugalidad. Denominada familia consanguínea o de sangre.
- Afinidad o afecto: Familia son todas aquellas personas que siempre han acompañado, querido y apoyado. Denominada familia de interacción o familia de acogida.
- Convivencia: Familia son todas aquellas personas que cohabitan bajo el mismo techo.

También denominado hogar, unidad doméstica o familia de convivencia Arés (2002) Sea cual sea el eje de vinculación “La vida en familia es la primera escuela de aprendizaje emocional; es el crisol doméstico en el que aprendemos a sentirnos a nosotros mismos y en donde aprendemos la forma en que los demás reaccionan ante nuestros sentimientos.” (Goleman, 1997, p. 223)

Según Minuchin (1986):

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.  
(p. 67)

Según los autores indicados, la importancia de la familia en el bienestar emocional de sus miembros ha sido de interés científico durante las últimas décadas. No solamente por el origen genético de algunas patologías como la esquizofrenia, sino por la importancia del ambiente y la influencia de las estructuras familiares en los trastornos mentales.

En el ámbito de la salud mental, cada vez hay más conciencia de cómo afectan las dificultades familiares a sus miembros, por lo que es necesario que estos afronten sus dificultades de la mejor manera posible. En este sentido, lo que diferencia a una familia disfuncional de una funcional no

es la presencia o no de problemas, sino que lo importante es la utilización de los patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo social y psicológico de sus miembros y afecta a su adaptación y resolución de conflictos.

Como se ha mencionado, la familia normal no está exenta de dificultades o problemas, lo que obliga a basarse en un esquema conceptual del funcionamiento familiar para poder entender su disfuncionalidad. La familia normal está en constante funcionamiento eficaz y a pesar de las dificultades es capaz de transformarse, adaptarse, y reestructurarse a lo largo del tiempo para continuar funcionando.

Es importante diferenciar la familia disfuncional de la familia pobre. Esta última está caracterizada por las dificultades de satisfacción de los recursos económicos. De entrada, las familias pobres no tienen por qué ser disfuncionales, sin embargo, las investigaciones científicas han aportado datos que afirman que las familias con escasos recursos económicos pueden tener dificultades a la hora de llevar a cabo las distintas funciones familiares. Por ejemplo, la educación o desarrollo afectivo y relacional de sus hijos.

Se entiende de esta manera que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia; por ello entonces es el sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica y muchas veces relacionada con su entorno.

La familia, para Robles (2004):

Es una institución social en la cual a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en un ámbito de cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de los individuos a la sociedad. (p. 56)

Para su funcionamiento, a su vez, la familia debe satisfacer las siguientes necesidades: lo predecible de la vida de sus miembros; la coordinación de las actividades familiares; la creación de niveles de exigencia; la presencia de un clima de comunicación y apoyo recíproco. En cuanto

a las funciones que la familia tiene, se observa que, independientemente del tipo de familia que se trate, esta, cumple ciertas características básicas que están relacionadas con lo que la familia hace. De hecho como institución primordial de la sociedad, la familia desempeña ciertas funciones básicas que le son propias, estas pueden variar en la forma como se expresen en el tiempo, pero en todas las épocas las familias las han ejercido.

En líneas generales, la familia, se preocupa de la reproducción y del cuidado físico de sus miembros y está a cargo del bienestar y desarrollo psicológico y social de cada uno de ellos.

La familia esta orgánicamente unida a la sociedad, en este sentido transforma la sociedad, es revolucionaria al provocar cambios sustanciales. En la familia se hacen ciudadanos y estos encuentran en ella la primera escuela de las virtudes que engendran la vida y el desarrollo de la sociedad, constituyendo el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización de la sociedad; colabora de manera original y profunda en la construcción del mundo, haciendo una vida propiamente humana, en particular protegiendo y transmitiendo las virtudes y valores.

En el sentido técnico-jurídico, la familia, es el conjunto de personas entre las cuales median relaciones de matrimonio o de parentesco (consanguinidad, afinidad o adopción) a las que la ley atribuye algún efecto jurídico.

Por otro lado, para Musitu (2002) la familia desempeña las funciones de procrear, de socializar, de sostener económicamente, de cuidar emocionalmente a los hijos y por supuesto, de la crianza, se desempeña en tres niveles de interacción: biológico, psicológico y social. A nivel biológico, su función es perpetuar la especie; a nivel psicológico, su función es crear los vínculos interrelacionales para la satisfacción de necesidades individuales; a nivel social, su función es la de transmitir las creencias, valores, costumbres y habilidades del individuo que contribuyen a su desarrollo.

No falta quien la cause de incapacidad para la admisión encomendada, de que no cumple con su deber, sea por negligencia deliberada o por torpeza moral, pero, evidentemente, esas

recriminaciones son absurdas, porque la familia no es una persona ni una cosa, sino una comunidad. Ahora bien, algo de esto hay de cierto al reconocer que no siempre los adultos, en específico los padres, cuentan con todos los elementos que les permiten educar de manera correcta a sus hijos.

No es lejana la realidad de la violencia intrafamiliar, abusos, sexuales, abandonos de los hijos, problemas de comunicación y comprensión que llevan a los más vulnerables de la familia, los hijos, convirtiéndose en presas fáciles a un sinnúmero de riesgos como las drogas, la violencia y otros delitos contra la sociedad. En ocasiones algunos padres transfieren a otras instituciones las tareas familiares, no porque la familia sea incapaz de cumplir con su deber, sino porque las actividades que realizan en la actualidad requieren del apoyo de otras instituciones que les proporcionen un medio eficaz de conseguir los mismos propósitos. Entre las más importantes se señala a los centros educativos.

Al pretender analizar la dinámica familiar es menester conocer desde la complejidad de su estructura lo que la rige y la guía para desenvolverse de diversas maneras dentro de la sociedad. A continuación se describen los modos de ser familiares más conocidos, los cuáles dan su aporte esencial al momento de hacer el análisis.

## 1.2. Tipos de patrones de crianza

Existen diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familiar a continuación se han plasmado algunas de sus características más importantes.

**Tabla No. 1**  
**Patrones de crianza en la Familia**

Patrones de crianza	Descripción
La familia rígida	Evidencia dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
La familia sobreprotectora	Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en “infantiloides”. Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus decisiones.
La familia centrada en los hijos	Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos, así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras “viven para y por sus hijos”.
La familia permisiva	En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia se observa que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor que estos se enojen.
La familia Inestable	La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustradas y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.
La familia estable	La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

Fuente: elaboración propia.

No es posible comprender la dinámica de una familia si se desconocen las creencias que sostienen su estructura, sus relaciones, su organización y el significado que le atribuye a lo que acontece en su entorno. Considerar que existe un sistema de creencias que da forma a una familia, permitirá entender más el comportamiento de cada uno de sus miembros.

Para entender el comportamiento de una familia es preciso considerar su historia. Esta historia se escribe a lo largo de generaciones, que heredan patrones de adaptación y que conforman los mitos, las creencias y las expectativas.

La palabra creencia, de acuerdo con Vega (2006) puede significar opiniones religiosas o actitudes morales, cogniciones, o a lo que se considera como real, o puede representar la aceptación de las afirmaciones de alguien. También puede significar la predicción de algún suceso futuro. Sin embargo, la creencia contiene la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto. Además, existe un componente emotivo o un conjunto de afirmaciones básicamente emocionales acerca de lo que debe ser cierto.

Las familias en su mosaico de capacidades pueden construir significados y dar sentido al mundo a su alrededor y a aquello que les está sucediendo. Las personas atribuyen significados a todo aquello con lo que se relaciona. Esos significados son contruidos por el propio individuo en el intento de dar sentido a los sucesos que vivencia, a las acciones de los demás y a las propias. Se demuestra, de esta manera, que las familias desarrollan paradigmas o creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo.

Las creencias, así, dan coherencia a la vida familiar y proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas. A nivel práctico, los sistemas de creencias sirven como un mapa cognoscitivo que orienta las acciones. Las creencias pueden rubricarse como valores, cultura, religión, visión del mundo o paradigma familiar. Vega (2006) plantea que la familia comparte pautas en la conformación de su sistema de creencias al desarrollar una comprensión compartida de la realidad y al definir análogamente patrones de conducta.

Las interpretaciones originadas de esta comprensión, a su vez, se reducen a una gama limitada de constructos que se comparten en el sistema. Los vocablos, que los miembros de la familia utilizan para expresarse, representan significados subjetivos para ellos mismos como integrantes de un sistema, más no así para los observadores externos. Por consiguiente, las familias actúan para mantener y reforzar los tipos de creencias que sostiene cada uno de sus miembros.

Una noción central en la familia es el sentimiento de pertenencia que tienen sus miembros, es decir, la sensación que experimentan y desarrollan al ser parte de ella, lo que a su vez contribuye de forma importante a consolidar la cohesión. Ese sentimiento parece ser, en gran parte, un estado emocional y cognitivo socialmente aprendido.

La familia es la encargada de la construcción de patrones de comportamiento y creencias, por lo que, los miembros del sistema construyen conjuntamente una realidad compartida. Cuando una realidad resulta inaceptable, se intenta distorsionarla para transformarla en algo más tolerable o simplemente se le niega. De esta manera, la familia funciona en términos de lealtades invisibles, y se transmiten de generación en generación. Estas lealtades son resultado del sentido de pertenencia que se desarrolla dentro de la familia y del sistema de creencias compartidas.

La teoría sistémica de la familia destaca la interacción y el contexto; esto es, el comportamiento individual se considera dentro del contexto donde ocurre. Desde esta perspectiva, adaptación y desadaptación se definen en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación.

### 1.2.1. Reglas familiares

Todo sistema debe organizarse jerárquicamente, para lo cual es preciso que se elaboren las reglas que regularán su funcionamiento y defina quienes tendrán más estatus y poder y quiénes ocuparán un nivel secundario. La existencia de un orden jerárquico es inevitable en cualquier tipo de organización.

Las reglas se convierten en una especie de fuerza con un dinamismo propio y que intervienen determinantemente en la vida familiar. Rodríguez y Ovejero (2005) su concepción tiene que ver con la noción del deber, de ahí que su trascendencia es la jerarquía más elemental, se refiere al límite generacional, es decir, aquel en el que los padres son los que ejercen el estatus y disciplina de los hijos.

Dentro de la organización familiar la jerarquía es sostenida por todos sus integrantes. Los miembros de mayor estatus serán acreedores del respeto de los demás a través de sus acciones de liderazgo y protección. Sin embargo, si llegase a existir confusión o poca claridad acerca de la posición de mayor estatus, los miembros de estatus inferior tenderán a pugnar por ese poder y a tratar de imponer su propia jerarquía determinante a partir de que dos individuos deciden compartir un mismo espacio. Los miembros de cada familia conocen con diferentes niveles de conciencia y detalle la geografía de su territorio, con lo que cada uno conoce lo que está permitido y lo que está prohibido, así como la naturaleza y eficacia de su sistema de control. Minuchin y Fishman (1986)

Las reglas incluyen desde la normatividad, es decir, qué tareas y responsabilidades corresponden a cada individuo del sistema, y cuáles serán las implicaciones en su incumplimiento. Hasta las cuestiones tácitas, es decir, aquellos aspectos implícitos que se relacionan con la permisividad que tiene el individuo de hablar sobre determinados temas familiares. Con estas normas no acordadas, pero sí entendidas, el individuo expresa lo que se le permite y evita hablar sobre temas que son prohibidos o tabúes; va desde las cuestiones más sencillas hasta las más complejas.

Así, los miembros claramente podrán distinguir aquello que se permite y aquello que no se permite hacer. Con el transcurso del tiempo esas reglas se han asumido en la familia como una modalidad transaccional peculiar del mismo sistema, que puede ser susceptible de reorganizarse y modificarse con el tiempo. Sin embargo, en el momento en que sean rígidas las transacciones de los miembros de la familia, dando lugar a secuencias de interacciones repetidas, se puede hablar de que se presenta un comportamiento que tiende a la patologización dentro del propio proceso de homeostasis.

Los sistemas familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento patológico, en alguno de sus miembros, tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas (forma en que se estabiliza y define la relación misma, a través del proceso de ensayo-error), cada vez más rígidas al servicio de la homeostasis. Andolfi, M. (1997)

Este tipo de transacciones se han constatado en familias de menores que infringen la ley, en las que es común que el joven no respete las reglas que existen en casa, lo que provoca que en ocasiones se imponga un ligero castigo, que las normas se flexibilicen, o que el adolescente nuevamente no respete las reglas, por lo que los progenitores se van flexibilizando, y así sucesivamente, entrando a un círculo repetitivo de interacción en el cual las secuencias son iguales y del mismo estilo. Rodríguez y Ovejero (2005)

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cinco tipos de familias, las cuales se detallan a continuación:

**Tabla No. 2**  
**Tipos de Familia**

Tipo de familia	Descripción
La familia nuclear o elemental	Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
La familia extensa o consanguínea	Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
La familia monoparental	Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por ultimo da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera	Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre adolescente, joven o adulta.
La familia de padres separados	Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

Fuente: elaboración propia.

## 1.2.2. Sub sistemas en la familia

Según Minuchin (2003) “La familia es un sistema jerárquicamente organizado, que se diferencia y desempeña sus tareas a través de los subsistemas que la componen: el conyugal, el parental y el fraterno.” (p. 71) En cada uno de estos, el individuo posee diferentes habilidades, niveles de poder y diferentes formas de relación con otros, en función del rol desempeñado: como padre, como esposo, como hijo o como hermano.

### 1.2.2.1. Subsistema conyugal

El subsistema conyugal se conforma en el momento en que dos personas adultas se unen con la idea de formar una familia. Sus funciones o actividades específicas están encaminadas a garantizar el funcionamiento familiar. Para lograr el cumplimiento de sus actividades, se requiere que se genere la acomodación mutua y la complementariedad, tanto con el sistema de creencias como con los valores, los estilos de comunicación conformados en sus respectivas familias de origen. De esta forma se va generando una renuncia por parte de los cónyuges a su propia individualidad para dar paso a las cosas comunes y al sentido de pertenencia que se debe tener en la nueva estructura.

El subsistema conyugal, debe fijar límites con la meta de protegerse de las interferencias a través de las demandas y necesidades de otros subsistemas, como pueden ser los hijos, la familia de

origen o los parientes políticos, Minuchin y Fishman (1986). Además puede ofrecer a sus miembros los cimientos del apoyo en la interacción con los ámbitos extrafamiliares, con lo cual llegaría a proporcionar la seguridad ante las tensiones externas

#### 1.2.2.2. Subsistema parental

Se forma a partir del nacimiento del primer hijo, por lo que es necesario se diferencie claramente del subsistema conyugal con el fin de facilitar la socialización del hijo sin dejar de lado el apoyo recíproco de la relación conyugal. Para ello, se deben trazar límites claros que permitan el acceso del niño a ambos padres, pero que al mismo tiempo lo excluya de las relaciones conyugales. Ello se conforma a través de las relaciones afectivas y comunicativas, producto de la interacción padre-hijo.

La labor parental es el resultado de la concurrencia de las aportaciones de ambos miembros de la pareja para una finalidad común. Se compone, por lo general, de la pareja de cónyuges; sin embargo, pueden entrar otras figuras por ausencia física o emocional de los padres e incluir en ella a un abuelo o una tía, incluso a un hijo en quien se delega la responsabilidad de cuidar y disciplinar a sus hermanos Minuchin y Fishman (1986).

Las funciones ‘nutricias’ también pertenecen a este subsistema. En ellas, los padres proveen a sus hijos de afecto o nutrición emocional a través del reconocimiento, el amor y la valoración. Por su parte los hijos, al sentirse reconocidos y queridos son capaces de incorporar normas y seguridad en proyectos personales.

Ellos, a su vez, comunican a sus padres que también son valorados y queridos, manifestando una circularidad de nutrirse nutriendo. De esta manera, pues, las funciones nutricias son más sólidas que las sociabilizantes, aunque son más difícilmente sustituibles cuando se deterioran, además de que las consecuencias de su alteración son muy destructivas para el individuo.

### 1.2.2.3. Subsistema de los hermanos

Este subsistema se conforma cuando hay más de un hijo en la familia. Posee sus propios signos dentro del código general, en su dinámica, movimientos, reglas y operatividad frente a los problemas; trasciende la relación con los padres y con la familia como sistema total. Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que se asocia.

En este contexto los hermanos establecen relaciones de apoyo, de cooperación, de diversión, camaradería, aunque también de defensa, de ataque, de sentir celos entre ellos, de sentir envidia, con lo cual se entra en un proceso de aprendizaje mutuo, en el que se crean sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir.

Se aleccionan en hacer amigos y en tratar con enemistades, en aprender de otros y en ser reconocidos. Numerosos juegos de afecto, rivalidad, celos se gestan en el seno del subsistema, las alianzas, coaliciones, confidencias, roles... son parte de la dinámica de estos juegos, en donde se entremezcla la pareja de padres. Minuchin y Fishman (1986)

Con las familias amplias o grandes el subsistema se subdivide entre los hijos pequeños, que requieren de seguridad, alimentación y guía y los hijos mayores, quienes realizan contactos fuera del ámbito familiar. Al ser un sistema numeroso, la socialización y el cuidado de los menores esta al cargo de los hermanos mayores. Es así como se organizan los padres y crían a los hijos mayores y estos, a su vez, a los menores con lo que es común que uno o más hijos puedan llegar a desempeñar un rol parentalizado, en el cual asumen la responsabilidad y cuidado de sus hermanos más pequeños. Minuchin y Fishman (1986)

Algo similar se presenta en las familias que tienen un hijo con capacidades diferentes, pues se puede presentar la situación de que otro hijo regular se responsabilice de su hermano, en el lugar de los padres con lo que se estaría presentando una situación de disfuncionalidad del sistema, al poner en diferentes posiciones a los hermanos que pertenecen a un mismo sistema.

La trascendencia del subsistema fraterno se manifiesta en su propia ausencia; es decir, con los niños sin hermanos, en los cuales se observa un desarrollo precoz tendiente a acomodarse a las pautas de interacción de los adultos, aunque al mismo tiempo se evidencia dificultad en la consolidación de la autonomía y en la capacidad de colaborar, apoyar y enfrentarse con otros. De esta manera, se observa que con determinadas circunstancias de la organización familiar los hermanos pueden convertirse en el principal recurso protector de ellos mismos. Por lo demás, las relaciones fraternas se reconocen como las relaciones más duraderas e íntimas que tienen en la vida.

Actualmente, las configuraciones entre hermanos están sufriendo cambios significativos, debido a las pautas de maternidad y educación, al control de la natalidad, a la incorporación de las mujeres al trabajo y las estructuras familiares cambiantes. Como consecuencia de esto, las parejas tienen menos hijos y estos se pasan más tiempo en guarderías y otros grupos no fraternos. En familias divorciadas, los hermanos llegan a convertirse en el pilar que sostiene la identidad y la pertenencia familiar, así como en una fuente de apoyo primordial.

Minuchin y Fishman (1986) refiere:

En el caso de los hijos únicos, tienden a ser más independientes desde el punto de vista social, menos orientados hacia relaciones con sus pares, de una conducta más adulta a una edad temprana y, tal vez, más ansiosos a veces como resultado de la atención y protección brindada por los padres. Presumiblemente, los hijos únicos tienen características mezcladas tanto de los hijos mayores como de los menores, aunque haya predominio de las primeras como resultado de ser el centro de atención de los padres lo que a su vez los hace muy apegados a sus progenitores. (p. 90)

#### 1.2.2.4. Subsistema de la familia extensa

Se conforma con los abuelos y con los tíos, tanto de la línea materna como de la paterna. La figura de los abuelos es de notable incidencia en el funcionamiento de la familia de origen, ya que puede tener más presencia y mayor poder un abuelo que los propios padres. Este subsistema, puede estar externo a la familia de origen o interno, en función de si viven o no con la familia.

No obstante, esto no es un factor determinante para vislumbrar el poder que ejercen con su palabra, puesto que muchos abuelos no cohabitan aunque están totalmente involucrados en el sistema. Aunque se deberá tener en cuenta, que la dinámica particular de una familia alcanza matices diferentes cuando vive con la presencia habitual y cotidiana de los padres de los padres.

Hablar de la familia extensa es abordar otro subsistema que también la conforma, esto es, los tíos de ambas familias. En la historia de la dinámica familiar de origen existen tíos que han tenido una notable injerencia a través de decisiones importantes, ayuda en determinados momentos de crisis familiares, alianzas, entre otros. Del mismo modo, hay tíos cuya presencia es más importante que la de otros, ya que la palabra de ese tío es relevante y tiene peso con relación al consejo, a la contención, al liderazgo, sin que altere la jerarquía en la familia de origen.

En otros casos, existen tíos cuyo rol se ha instaurado en el sistema de una manera rígida, ocupando un puesto en que debería ubicarse cualquier progenitor. Incluso está el tío preferido, que lejos de las dinámicas familiares establece una relación personal y estrecha con alguno de sus sobrinos.

### 1.3. Calidad de vida en la familia

El concepto de calidad de vida está estrechamente ligado a la posibilidad de tomar decisiones y organizar la vida, tener una relación propia, con los demás y con el medio. Este medio o entorno en el que se mueve debe ser accesible y adecuado a las necesidades y expectativas para permitir una relación enriquecedora participativa y no discriminatoria.

También hablar de calidad de vida es cuando las necesidades son satisfechas, cuando las personas disfrutan la vida conjuntamente como una familia, y a su vez tienen la oportunidad de perseguir y conseguir metas que son significativas para ellos. La calidad de vida se entiende como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Los investigadores han hecho progresos significativos en la conceptualización y medida de la calidad de vida de las personas en general; sin embargo, este proceso está en sus inicios en relación con la calidad de vida familiar. Desde la segunda mitad de los ochenta del siglo pasado, ha habido un reconocimiento creciente de la importancia de la prestación de servicios centrada en la familia, que se caracteriza por la elección familiar, la familia como unidad de apoyo y una perspectiva de puntos fuertes de la familia como factor de apoyo.

La calidad de vida se refiere a la percepción de satisfacción de necesidades de las personas, cuando disfrutan la vida conjuntamente como una familia, y a su vez tienen la oportunidad de perseguir y conseguir metas que son significativas para ellos Mora, Córdoba y Bedoya (2007). Por otro lado, Mingo y Escudero (2008) señala que calidad de vida se entiende como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Poston, Turnbull, Park, Mannan, Marquis, & Wang (2003) la definen como el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia; el grado en que disfrutan de su tiempo juntos; y, el grado en el que puedan hacer cosas que sean importantes para ellos. Por lo tanto presentaría dimensiones relacionadas al bienestar general de la familia, la interacción familiar, el bienestar económico, y el rol de los padres.

La calidad de vida como concepto comparte tanto elementos objetivos como subjetivos. La calidad de vida como el reflejo de las condiciones de vida deseadas por la persona, en relación con ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. De lo anterior se infiere que la calidad de vida de una persona en situación de discapacidad no es exactamente una función de la deficiencia y, más aún, podría ser minimizada a través de la apropiada provisión de apoyos individualizados provenientes del entorno familiar y social.

El desarrollo de la calidad de vida familiar debe presentar un referente de sentido donde la riqueza de las condiciones y objetivos de los proyectos de vida de la unidad familiar se relacione con las realizaciones que progresivamente van consiguiendo. En este sentido ayuda para las familias, el establecimiento de políticas de protección hacia la primera infancia, de la educación de la mujer, y la conciliación de la vida laboral y familiar de padres y madres. Mingo y Escudero (2008)

En este punto se observa una gran debilidad, ya que aún quedarían elementos sociopolíticos y culturales que se encuentran relacionados con los factores antes mencionados, e incidirían negativamente en la percepción de la calidad de vida. A este respecto se debe señalar una investigación de Saíenz,

Verdugo y Delgado realizada el año 2005, quienes aplicaron escalas de calidad de vida familiar a 362 familias en España, encontrando que las dimensiones de interacción familiar, salud y seguridad, y papel de los padres, tenían una influencia positiva en la calidad de vida familiar, sin embargo, las dimensiones de apoyos tanto para la familia como para la persona con discapacidad, revelaban un gran desequilibrio, disminuyendo así en las familias, el bienestar percibido.

#### 1.4. Estilos de crianza

En referencia a estilos de crianza se debe hacer referencia a un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos. Los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia.

Esto significa que los padres son los principales transmisores de principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. En este sentido, su función es biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico. Frente a lo anterior, las dimensiones que caracterizan las prácticas educativas de los padres son el control y exigencias; existencia o no de normas y disciplina; grado de exigencia a los hijos. Otras dimensiones son el afecto y la comunicación que es el grado de apoyo y afecto explícito hacia los hijos; mayor o menor comunicación entre padres e hijos. Para Vega (2006) existirían cuatro estilos de crianza:

**Tabla No. 3**  
**Estilos de Crianza**

<b>Estilo de crianza</b>	<b>Descripción</b>
Estilo Democrático	Padres que tratan de dirigir las actividades de sus hijos en forma racional considerando su edad características individuales y circunstancias particulares.
Estilo Indiferente	Ausencia de control disciplina y exigencias distanciamiento emocional (frialdad) y rechazo en la relación con los hijos.
Estilo Permisivo	Se caracterizaría por aquellos padres que permiten que los niños rijan y dirijan sus propias actividades, es el hijo el que tiene el control de la familia y los padres suelen doblegarse frente a sus requerimientos y caprichos.
Estilo Autoritario	En el existiría una imposición inflexible de normas y de disciplina independientemente de la edad de los hijos sus características individuales y diferentes circunstancias de la vida.

Fuente: elaboración propia

Lyford – Pyke (1997) en su fructífera actividad científica y de investigación, señala que frente a los estilos de crianza de los padres la permisividad existente en la sociedad se fundamenta bajo el concepto de que corregir a los hijos es disponerlos a traumas posteriores y que el autoritarismo impone un estilo represivo y drástico en la educación, sin considerar lo que los hijos piensan o sienten. Él plantea un nuevo concepto formativo: la “educación con personalidad”, basada en una autoridad asertiva que exige adaptabilidad, equilibrio y flexibilidad en la autoridad que los padres ejercen, lo que deben realizar con cariño, estímulo y paciencia.

### 1.5. El apego

Tradicionalmente, el apego ha sido entendido de manera general, “como el lazo emocional que se establece entre el niño y uno o más cuidadores por los que muestra preferencia, con los que se siente seguro y receptivo a las manifestaciones de afecto y de los que teme separarse.” (Cantón y Cortés, 2008 p. 211). Es decir, dicha relación o lazo se articula como un soporte para la participación del niño en la exploración del mundo y la vida social, permitiéndole construir un modelo (de sí mismo y del mundo exterior), que le servirá no solo para comprender la realidad, sino también para poder anticipar el futuro y trazar planes.

Todas aquellas conductas de apego que se emprenden con el objetivo principal de mantener la proximidad hacia el cuidador y que le permitan al niño la supervivencia, constituyen lo que se denomina sistema conductual de apego. Este ha sido descrito como un sistema motivacional intrínseco, de base biológica, regido por reglas cibernéticas, organizado homeostáticamente, y compuesto por una serie de conductas específicas que conducen a ciertos resultados predecibles y que actúa con el propósito de asegurar niveles de proximidad que sean compatibles con la vida y la seguridad del infante. Lecannelier (2009)

Más claramente, el sistema de apego se activa cuando aumenta la distancia con la figura de apego, o cuando el niño percibe ciertas señales de amenaza o peligro. De este modo, el sistema conductual de apego se caracteriza por la participación activa del bebé, donde las conductas de

cercanía son promovidas con fines adaptativos, repertorio que va aumentando y variando conforme a la edad.

Asimismo, es un sistema que opera bajo el principio de corrección de fines, lo que significa que a partir de mecanismos de retroalimentación y flexibilidad, el infante puede activar según las circunstancias, aquellas conductas de apego hacia la madre que se requieran para lograr una meta, la cual consiste principalmente, en la regulación de los estados internos.

### 1.5.1. Teoría del Apego

Las primeras investigaciones acerca del vínculo madre-hijo fueron llevadas a cabo por John Bowlby, quien a partir de la observación de niños desajustados que habían sufrido quiebres en la relación con sus madres, desarrolló la Teoría del Apego Bowlby en 1958. Su perspectiva evolutiva del apego, tiene sus cimientos en la observación de que los infantes que están biológicamente predispuestos a permanecer cerca de sus madres son menos susceptibles de morir por los depredadores, y que por lo tanto, en tiempos de estrés o peligro, es más probable que ellos busquen el contacto con sus cuidadores.

Dicha aseveración se contrapone a los planteamientos originales del psicoanálisis, los cuales señalan que el vínculo madre-hijo se produce únicamente por el efecto placentero de la alimentación. Bowlby (1958) Desde la evidencia científica, este supuesto sería incorrecto dado que se ha estudiado que los niños se conectan con sus padres aún si estos no están cumpliendo con la satisfacción de sus necesidades, de hecho, la evidencia señala también, que los niños se apegan a sus madres aunque estas sean maltratadoras o les provoquen sentimientos de ansiedad y miedo. A partir de esto último, se puede concluir que el vínculo de apego no es un sistema que se active únicamente por asociaciones placenteras, sino que puede ser definido.

Cantón y Cortés (2008) refieren:

Un sistema organizado de emociones y conductas que aumenta la probabilidad de que el niño establezca relaciones de apego con su cuidador principal. Por lo tanto, el apego sería el resultado de respuestas instintivas importantes para la protección del individuo y la supervivencia (...) Estas respuestas (succión, agarre y seguimiento, así como los gestos, el llanto y la sonrisa) maduran con relativa independencia durante el primer año y cada vez se van integrando más. (p. 90)

Considerando esta definición, es fundamental distinguir vínculo de apego de vínculo afectivo. El vínculo afectivo es aquel lazo afectivo que se genera hacia otra persona, donde intervienen emociones intensas y donde el otro no es sustituible. Lecannelier (2009) Si bien todos los seres humanos establecen vínculos afectivos a lo largo de la vida, esto no deviene obligatoriamente en la formación de vínculos de apego. Este último tiene como rasgo distintivo, la búsqueda de la seguridad, es decir, “implica necesariamente un aspecto estresante (peligro) y la tendencia a “usar” al otro con fines de seguridad y regulación.

En relación a este alcance, concepciones posteriores en la definición del apego, señalan que este constituye un proceso de mayor complejidad, en donde los estados de cercanía y de alejamiento (separación), son intercambios continuos entre un niño y su cuidador, por lo que la experiencia de separación también es parte del sistema de apego, y no alude únicamente a la cercanía o distancia física, sino que a su vez, incluye el vínculo psicológico o emocional.

Estos dinamismos de cercanía y distancia son los que activan el sistema de apego, ya sea con el objetivo de restablecer la cercanía o de elicitar la protección ante el peligro.

### 1.5.2. Tipos de apego

Para comprender los tipos o patrones de apego en profundidad, es necesario hacer una revisión de las clasificaciones desde la etapa infantil, identificando así sus determinantes, cambios y distintos métodos de evaluación.

### 1.5.2.1. Patrones de Apego infantil y sus determinantes

Con la aplicación de la Situación Extraña, mencionan Cantón y Cortés que Ainsworth postuló que habían cuatro escalas que se relacionaban con la seguridad en el apego; sensibilidad, aceptación, cooperación y accesibilidad, y que para puntuar la conducta del niño debían observarse la presencia de ciertos indicadores de comportamiento: búsqueda y mantenimiento de proximidad, evitación, resistencia, y búsqueda del cuidador en episodios de separación. Cantón y Cortés (2008).

Asimismo, describió tres patrones de apego en la primera infancia:

El apego seguro: En donde los niños utilizan a la madre como base segura para la exploración a través de la alternancia de conductas de proximidad-alejamiento, y mostrándose claramente afectados ante la partida de la madre, lo que los llevaría a una disminución de la exploración (inhibición en vez de llanto), y a buscar el contacto con la madre durante el reencuentro, sintiéndose reconfortados por ella y pudiendo volver a sus niveles de juego. Cantón y Cortés (2008)

El apego de evitación: caracterizado por niños muy activos con los objetos, pero que se comportan con bastante independencia del cuidador, sin utilizarlo como base segura y tendiendo a ignorarla en la exploración, para luego tampoco mostrarse mayormente afectados por la partida de la madre (es raro que lloren), ni con la intención de buscar su proximidad ante el reencuentro, mostrando un interés por estar solos y cayendo incluso en el rechazo si ella genera algún tipo de acercamiento.

El apego ambivalente o de resistencia: Es común en niños que no interactúan demasiado con la figura de apego o que por otro lado, muestran tanto conductas de aproximación como de rechazo hacia ella, estallando en llanto con la partida del cuidador y viéndose muy angustiados, para después comportarse pasivamente y no ir en su búsqueda en la etapa de reencuentro ni aceptar el contacto de la madre (pueden reaccionar con golpes), siendo difícil de ser calmados, por lo que

los niños casi no exploran y la figura de apego no actúa como base segura. Cantón y Cortés (2008)

El apego desorganizado/desorientado: Es una categoría que fue elaborada de forma posterior para niños que no podían ser categorizados en la clasificación de Ainsworth. Se evidencia en niños que manifiestan un “sin número de conductas bizarras, desorientadas y desorganizadas en la presencia del cuidador (...), en donde el infante pierde el sentido o meta del sistema de apego (y por ende, su conducta parece no tener lógica.” (Lecannelier, 2009, p. 81)

Es decir, da cuenta de una incapacidad para sostener una estrategia de apego coherente en situaciones de estrés, utilizando herramientas contrapuestas y sin la organización necesaria para alcanzar el confort, como por ejemplo, mirar a otro lado cuando son cobijados por la madre, adoptar posturas rígidas, movimientos estereotipados, entre otros., lo que tendería a reflejar una vivencia de confusión respecto de la figura de apego. Estas conductas solo pueden ser explicadas a través de la manifestación de una paradoja vincular, en la que los padres son una fuente simultánea de protección y miedo para sus hijos. (Lecannelier, 2009)

Por lo tanto, el apego desorganizado “no es un patrón de apego en sí mismo, (no hay un modo consistente y organizado para usar a la madre como base segura), sino más bien, un quiebre en una organización vincular subyacente.” (Lecannelier, 2009, p. 95).

De este modo, en el caso del apego desorganizado, algunos autores señalan que los niños que presentan discapacidad mental y/o física no pueden ser clasificados en este grupo, ya que pueden exhibir conductas desorganizadas o comportamientos estereotipados que tendrían que ver más con la condición o diagnóstico médico asociado y no como resultado de una falla en la construcción de una estrategia coherente de organización y apego. Cantón y Cortés (2008).

## **Capítulo 2**

### **Abuso y Violencia**

#### **2.1. Formas de violencia y maltrato**

Tácticas de presión. Intimida, manipula a los niños, amenaza con retener el dinero. Falta de respeto. Interrumpe, no escucha, no responde, manipula la interpretación de las palabras, increpa a los amigos y familia. No respeta los derechos, ni las opiniones. Abuso de autoridad y confianza. Invade la intimidad, no respeta la correspondencia, escucha las conversaciones telefónicas. Interroga a los hijos sobre las actividades, castiga con el silencio. Incumplimiento de promesas. No respeta los acuerdos, no asume su responsabilidad, no colabora en el cuidado de los niños, no se compromete en los quehaceres domésticos.

Tiranía emocional. No expresa sentimientos, no ofrece apoyo, no respeta tus sentimientos. Control económico, niega el derecho a trabajar o se inmiscuye en el trabajo. Impide el acceso al dinero. Comportamiento destructivo de la personalidad. Abusa del alcohol o las drogas. Amenazas de suicidio. Aislamiento. Evita o dificulta compartir con amigos o familiares, dice a dónde pueden y a dónde no pueden ir. Acoso, llama constantemente por teléfono en un afán enfermizo de control. Intimida. Gestos de enfado y amenazantes. Acercamiento físico intimidatorio, ostentación de tamaño físico. Gritos.

También incluye las amenazas de violencia física y estallidos verbales de violencia. Las amenazas de muerte son denunciadas frecuentemente por las víctimas de la violencia de género. Es un recurso muy utilizado por el maltratador y con frecuencia puesto en práctica.

#### **2.2. Concepto de abuso**

Se entenderá por abuso, una violación de los límites permitidos o saludables para los individuos. La idea de abuso supone la existencia de una relación asimétrica entre dos o más personas, en

donde uno de los participantes ocuparía un rol activo, ejecutante de la acción abusiva, y el otro una posición pasiva o receptora de dicha acción y, por lo tanto, la relación tendría características impositivas (por parte del abusador) y no voluntario (por parte de quien sufre el abuso) Navarro, (1998).

## 2.2.1. Tipos de abuso

### 2.2.1.1. Abuso físico

El abuso físico se produce cuando una persona comete un acto contra otro que causa dolor físico. Esto puede incluir bofetadas, patadas, golpes, pellizcos, empujones, lanzamiento de objetos a una persona o golpear a una persona con una parte del cuerpo u objeto. El abuso físico es un asunto serio y puede resultar en huesos rotos, ojos morados, moretones, pérdida de dientes, abortos, lesiones internas y en casos extremos, la muerte. Las víctimas de abuso físico a menudo se sienten con demasiado miedo o manipulados para reportar el abuso a las autoridades. Sin embargo, hay muchos lugares preparados para ayudar a las víctimas de abuso físico.

### 2.2.1.2. Abuso emocional

El abuso emocional involucra acciones que se han diseñado para controlar, humillar, someter o manipular a una persona. Estos abusos a menudo vienen en forma de crítica constante, insultos, menosprecios, intimidaciones, demandas poco razonables o expresiones de desaprobación de otra persona. Muchas de las víctimas de abuso emocional se convencen de que tienen poco valor, y así se quedan con sus agresores, en la creencia de que nadie los querría. Algunas personas emocionalmente maltratadas también son abusadas físicamente.

### 2.2.1.3. Abuso sexual

El abuso sexual consiste en una persona que obliga a realizar el acto sexual a otra. El abuso sexual puede ocurrir entre dos (o más) personas de cualquier edad, pero afecta particularmente a los niños, ya que ellos no pueden legalmente dar consentimiento a un acto sexual. El abuso sexual incluye una variedad de actos, incluyendo la penetración no consentida de la vagina, el ano o la boca, el contacto sexual de cualquier parte del cuerpo, vestido o desnudo, mantener relaciones sexuales delante de un niño y animarlo a cometer actos sexuales. Si eres víctima de abuso sexual o sospechas que un niño es víctima de esto, debes comunicarte con las autoridades inmediatamente. Las víctimas de abuso sexual pueden llegar a estar muy deprimidas e incluso suicidarse.

### 2.2.1.4. Abuso económico

El abuso financiero consiste en acciones que obligan a la víctima a depender económicamente del agresor. En esta forma de abuso, el abusador corta el acceso de la víctima al dinero y la información financiera, a menudo robando su dinero, reteniendo dinero o tarjetas de crédito, impidiendo a la víctima tener un trabajo, controlando las cuentas bancarias o negándose a explicar el gasto del dinero de la familia. El abuso financiero afecta especialmente a las personas mayores, que a menudo son objeto de abuso por parientes sin escrúpulos.

Ocurre previo control de los recursos económicos. El maltratador generalmente entrega asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares y recrimina a la mujer por “incompetente” acusándola de no “administrar” adecuadamente. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre cómo distribuir el gasto del dinero.

### 2.2.1.5. Negligencia o abuso social

La negligencia consiste en acciones u omisiones que se traduce en falta de proporción el apoyo financiero, emocional o físico a una persona que tiene el deber de cuidar. Este tipo de abuso afecta especialmente a los niños y los ancianos. En los niños, los signos de descuido incluyen bajo peso, ropa no apropiada para el clima (sin abrigo durante el invierno, por ejemplo) y quedarse solos o a cargo de hermanos o hermanas menores con frecuencia. En los ancianos, la pérdida de peso inexplicable, problemas físicos sin tratar, ropa inadecuada y un aspecto físico descuidado son señales de que la persona está siendo descuidada.

## 2.3. Concepto de violencia

Para Alarcón y Trujillo (1997) definir la violencia es una tarea compleja, aunque acentuar una idea de la violencia como: el tipo de conducta individual o colectiva que, practicada intencional, impulsiva o deliberadamente, causa daño físico, mental o emocional tanto al propio individuo o individuos que la ejecutan como a otros en ambiente inmediato y mediato. Los mencionados autores expresan que existe tanto un espectro de conductas violentas como múltiples formas de clasificarlas. Resulta obvio que los modelos de violencia se multiplican alrededor del mundo y constituyen un constante acoso para la mente infantil y juvenil.

### 2.3.1. Aproximación a la violencia familiar

Hay que comprender que la violencia familiar en el contexto de un proceso comunicacional, se distinguen dos grandes tipos de violencia, la violencia de agresión, que emerge en el núcleo de una relación simétrica y la violencia que emerge en el marco de una relación complementaria. Las manifestaciones de ambos tipos de violencia son distintas como también la gravedad del daño que pueden provocar e igualmente algunas de las pautas a tener en cuenta en el proceso terapéutico.

Se está frente al resultado de conductas aprendidas en el proceso de socialización de una sociedad patriarcal y sexista, y en el seno de familias con problemas de violencia. Así habla de cómo se llega a ser una mujer maltratada o el libreto del hombre violento, utiliza expresiones como el modelo masculino tradicional, la construcción de identidad masculina y el hombre golpeador. Corsi (1995)

Se aprecia, en el discurso de estos autores respecto a la violencia familiar, la centralidad puesta en el individuo que alcanza su expresión más acabada en la díada: hombre violento y mujer maltratada, contrastando con la centralidad de la relación y comunicación, postulada por. Consideran que ambas posiciones parten de premisas epistemológicas distintas.

### 2.3.2. Tipos de violencia

#### 2.3.2.1. Maltrato infantil

Cualquier acción u omisión, no accidental que provoque un daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores. Igualmente estos autores definen diferentes tipos de maltrato o abuso infantil.

#### 2.3.2.2. Maltrato físico

Se refiere a cualquier lesión infligida (Hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, entre otros.), no accidental que provocan un daño físico o enfermedad en un niño.

#### 2.3.2.3. Maltrato sexual

Se podría definir el abuso sexual como “el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor, con el objetivo de lograr excitación y/o gratificación sexual.” (Cantón y Cortés, 1999. p. 22)

#### 2.3.2.4. Abandono y abuso emocional

El abuso emocional generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, como por ejemplo insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. También aparece en la forma de constante bloqueo en las iniciativas infantiles por parte de algún miembro de la familia. Echeburúa (1993)

#### 2.3.2.5. Abandono físico

Es un maltrato pasivo y se presenta cuando las necesidades físicas del niño como alimentación, abrigo, higiene y protección no son atendidas en forma contingente o permanente por ningún miembro del grupo familiar.

#### 2.3.2.6. Niños testigo de violencia

Se refiere cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso.

#### 2.3.2.7. Violencia conyugal

Difícilmente este tipo de violencia se hace visible hacia los demás, ya que esto ocurre solamente cuando hay daños graves físicos o psicológicos. Para la propuesta de Corsi (1995) la violencia conyugal tiene un ciclo de tres fases: La primera fase, denominada fase de acumulación de tensión, se suceden pequeños episodios o roces permanentes en la pareja.

La segunda fase, denominada episodio agudo, es la que toda la tensión acumulada da lugar a una explosión de violencia. La tercera fase, denominada luna miel se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas o promesa de que nunca va a ocurrir por parte del agresor, pero al tiempo vuelve a aparecer.

#### 2.3.2.8. Maltrato a ancianos

Cualquier acto que por acción u omisión provoque un daño físico o psicológico a un anciano por parte de la familia. Incluye agresión verbal, física, descuido de su alimentación, abuso financiero y amenazas por parte de los hijos o de otros miembros de la familia.

#### 2.4. Características del abusador

Argumenta Amanto que son considerados hombres golpeadores todos aquellos que tienen una relación grosera de orden físico, sexual o financiero con su esposa o conviviente.

Las características de personalidad de estos están basadas en un sistema de creencia, mitos culturales acerca de la masculinidad (machismo) y de la inferioridad de la mujer. Un niño aprende desde sus primeros años que un “verdadero hombre”, tiene que mostrarse fuerte, seguro de sí mismo, valiente, aguerrido, sin embargo este prototipo de masculinidad.

Además incluye prohibiciones como mostrarse inseguro, débil, fracasar, llorar, entre otras y las directrices familiares se refieren al “mostrar, lograr, hacer”, dejando a un lado la parte interna del hombre, es decir las emociones, necesidades, considerados como aspectos femeninos, ya que en su mayoría los hombres tienen la tendencia a intelectualizar, hablar de los problemas y no de los sentimientos.

#### 2.5. Características de las mujeres abusadas

A continuación se enlistan las características psicológicas de las mujeres que sufren cualquier tipo de maltrato, deben ser consideradas como secuelas no como previas al maltrato:

- Autoestima pendular.
- Interiorización del machismo, de la dependencia del varón y en general de todas las figuras de autoridad.

- Miedo.
- Estrés.
- Conmoción psíquica aguda.
- Crisis de ansiedad.
- Depresión.
- Desorientación.
- Incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social.
- Desmotivación, ausencia de esperanzas.
- Carencia de poder real para solucionar el problema (Impotencia/Indecisión).
- Vivencia y transmisión de roles sexistas.
- Generalmente, antecedentes parentales de violencia familiar.
- Poco o nulo margen en la toma de decisiones de la vida de pareja y de su propia vida.
- Baja interiorización de valores sociales y democráticos.
- Trastornos alimentarios severos. (bulimia/anorexia).
- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto.
- Sometimiento /Subordinación.

## 2.6. Efectos o consecuencias a corto, mediano y largo plazo

Amanto (2007) explica que indistintamente del perjuicio o trauma físico, el maltrato tiene un poderoso impacto en áreas críticas del desarrollo, con severos daños presentes y futuros en el funcionamiento social, emocional, cognitivo. Desde el punto de vista de maltrato se define no solo en términos de naturaleza, sino también en términos de impacto (tanto presente como a largo plazo) en el desarrollo psicosocial de una persona.

Efectos a corto y mediano plazo. Desarrollo emocional y de la personalidad. Distintas investigaciones concuerdan en la especificación de la persona maltratada con características tales como inseguridad, incompetencia social y emocional y una pobre autoestima. Desarrollo de la competencia social. Relaciones con los iguales. Cuantiosas investigaciones dan a conocer que los menores maltratados exhiben altas tasas de agresividad y de retraimiento durante el juego y la interacción general con sus iguales.

Diferentes indagaciones coinciden en el hecho de que los malos tratos provocan deterioro en el desarrollo psicosocial de las personas, difícilmente llegan a desarrollar un modelo de relaciones con los pares, basado en la igualdad y la confianza, cuando sus prácticas primarias fueron caracterizadas en la explotación, la sumisión y la violación de la confianza.

Las implicaciones del maltrato sobre el funcionamiento cognitivo son carentes. Se acentúa en los niños maltratados físicamente, son persistentes los problemas de conducta, la desobediencia e indisciplina, la hiperactividad y la falta de atención. Por lo citado anteriormente no se descarta que estos niños presenten un bajo rendimiento académico, comparado a sus compañeros de grado.

En lo relacionado a las aptitudes cognitivas, las investigaciones dan a conocer que la capacidad intelectual es más limitada, pobre desarrollo del conocimiento social y bajo desarrollo lingüístico, con frecuencia persistente de un tipo de lenguaje (redundante, poco rico en contenido abstracto) que demuestra la pobreza de las interacciones verbales padres-hijos en este tipo de niños.

En las mujeres víctimas de violencia, se observan alteraciones neuropsicológicas que pueden llevar a déficits en el procesamiento cognitivo. Se identificaron en sus investigaciones los siguientes efectos iniciales de los abusos sexuales; problemas psicológicos, reacciones de miedo y ansiedad, depresión, ira y hostilidad, problemas de sueño y del apetito, fugas, conductas delictiva y sexuales inapropiadas.

Efectos a largo plazo. Prosigue Amanto (2007) y refiere a Carmen (1984), quien indica que al comparar historias personales de pacientes internados en un nosocomio psiquiátrico, sin lugar a dudas pacientes con malos tratos en la infancia; el 80% había sido maltratadas físicamente y la mitad abusadas sexualmente. Las pacientes maltratadas en su infancia continuaban durante más tiempo en el hospital, eran dadas a conductas autodestructivas, su autoestima y capacidad de confiar en los demás era pobre y manejaban con dificultad sus propios impulsos agresivos, los hombres actuaban con impulsividad y las mujeres eran más pasivas, internalizando su rabia.

Distintos estudios realizados han comparado la asociación entre la experiencia de la violencia y los malos tratos en la infancia y los comportamientos violentos en la edad adulta; no hay un acuerdo de la dimensión de esta relación. Estudios reflejan que el porcentaje de menores maltratados, después desarrollan conductas delictivas y varía entre 9% y el 84%, otros estudios proponen la severidad de los malos tratos y la comisión de delitos violentos.

Abuso sexual. En mujeres abusadas sexualmente en la infancia, las consecuencias que se han observado son las siguientes: elevados nivel de estrés, problemas emocionales, depresión, ideaciones o actos suicidas, o desórdenes del afecto, pobre autoestima (con respecto a las relaciones sexuales), psicosis, disociación, somatizaciones, desórdenes del sueño, homosexualidad, problemas sexuales, abuso de alcohol y otras sustancias.

## 2.7. Marco jurídico de la Violencia Intrafamiliar

La Coordinadora Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y contra las mujeres, CONAPREVI (2008) también es conocida como violencia doméstica, maltrato contra las mujeres, niños, abuso a personas de la tercera edad, es una de las instituciones en Guatemala que se encargan de apoyar a las víctimas de violencia y realizan actividades para prevenirla.

El Estado de Guatemala avala el paralelismo de todos los seres humanos en dignidad y derechos y que el hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil tienen iguales oportunidades y responsabilidades.

En el año 1997, se aprobó la ley para prevenir, sancionar y erradicar el abuso doméstico. Indicando en el artículo 1.- Violencia Intrafamiliar. Constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción y omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes, conviviente exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos.

De acuerdo a la Carta magna del país todos los habitantes tienen los mismos derechos y obligaciones por lo que cuando esos derechos se ven afectados o violados por parte de cualquier integrante del grupo familiar y causan daño o sufrimiento esto es calificado como violencia intrafamiliar.

En el artículo 2, se indica que dicha ley regula la aplicación de medidas de protección, necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad o dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar. Asimismo, tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones de delito o falta. Con la entrada en vigencia de dicha ley se pretende garantizar la protección de la vida de las personas víctimas de agresión dentro del hogar, especialmente a personas vulnerables como mujeres, niñas, niños, jóvenes, ancianos y personas con discapacidad.

En el artículo 3, indica que la denuncia o solicitud de protección que norma la ley ya indicada podrá hacerse en forma escrita o verbal con o sin asistencia de abogado y puede ser presentada por.

- a) Cualquier persona, no importa la edad, que haya sido víctima de un acto que constituya violencia intrafamiliar.
- b) Cualquier persona, cuando la víctima agraviada sufra de incapacidad física o mental, o cuando la persona se encuentra impedida de solicitarla por sí misma.
- c) Cualquier miembro del grupo familiar, en beneficio de otro miembro del grupo, o cualquier testigo de hecho.

- d) Miembros de servicios de salud, educativos o médicos que por razones de ocupación tienen contacto con la persona agraviada, para quienes la denuncia tendrá carácter obligatorio de acuerdo con el artículo 298 del Decreto Número 51-92 del Congreso de la República. Quien omita hacer esta denuncia será sancionado según lo establecido en el artículo 457 del Código Penal.
- e) Las obligaciones no gubernamentales y las organizaciones sociales cuyo objeto sea la protección de los derechos de la mujer, de los menores y, en general, las que atienden la problemática familiar entre sus fines.
- f) Si la víctima fuera menor de edad será representada por el Ministerio Público (4), cuando concurren las siguientes circunstancias: 1. Cuando la agresión provenga de quien ejerce la patria potestad.

#### 2.7.1. Cuando se trate de menores que carezcan de tutela y representación legal

La denuncia podrá hacerse con o sin abogado y podrá ser presentada por cualquier persona, ya sea la víctima u otra persona cuando esta no pudiere ya sea por motivos de sufrimiento de incapacidad física o mental o cuando la víctima no pueda por sí misma, cualquier familiar o testigo, también por miembros del Ministerio de Educación o Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El artículo 4, legisla que las instituciones encargadas de recibir el tipo de denuncias mencionadas en el artículo anterior, serán: El Ministerio Público, a través de la Fiscalía de la Mujer, Atención Permanente y Oficina de Atención a la Víctima, la Procuraduría General de la Nación, a través la Unidad de Protección de los Derechos de la Mujer, La Policía Nacional, los juzgados de familia, Bufetes Populares, el Procurador de los Derechos Humanos. Quien reciba la denuncia deberá remitirla a un Juzgado de Familia o del orden penal, según corresponda, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas.

#### 2.7.2. Las denuncias serán recibidas por las instituciones designadas para el efecto

El artículo 7, legisla las medidas de seguridad. Además de las contenidas en el artículo 88 del Código Penal, los Tribunales de Justicia, cuando se trate de situaciones de violencia intrafamiliar, acordarán cualquiera de las siguientes medidas de seguridad. Se podrá aplicar más de una medida.

- a) Ordenar al presunto agresor que salga inmediatamente de la residencia común. Si se resiste, se utilizará la fuerza pública.
- b) Ordenar la asistencia obligatoria a instituciones con programas terapéuticos-educativos, creados para ese fin.
- c) Ordenar el allanamiento de la morada cuando, por violencia intrafamiliar, se arriesgue gravemente la integridad física, sexual, patrimonial o psicológica de cualquiera de sus habitantes.
- d) Prohibir que se introduzcan o se mantengan armas en la casa de habitación, cuando se utilicen para intimidar amenazar o causar daño a alguna de las personas integrantes del grupo familiar.
- e) Decomisar las armas en posesión del presunto agresor, la guarda y custodia de sus hijos menores de edad.
- f) Suspender provisionalmente al presunto agresor, la guarda y custodia de sus hijos menores de edad.
- g) Ordenar al presunto agresor abstenerse de interferir, en cualquier forma, en el ejercicio de guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas.
- h) Suspenderle al presunto agresor el derecho de visitar a sus hijos e hijas, en caso de agresión sexual contra menores de edad.
- i) Prohibir al presunto agresor que perturbe o intimide a cualquier integrante del grupo familiar.
- j) Prohibir el acceso del presunto agresor al domicilio permanente o temporal de la persona agredida a su lugar de trabajo o estudio.
- k) Fijar una obligación alimentaria provisional, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.
- l) Disponer el embargo preventivo de bienes, del presunto agresor. Para aplicar esta medida no será necesario ningún depósito de garantía. A juicio de la autoridad judicial

competente, el embargo recaerá sobre la casa de habitación familiar y sobre los bienes necesarios para respaldar la obligación alimentaria a favor de la persona agredida y los dependientes que correspondan, conforme la ley.

- m) Levantar un inventario de los bienes muebles existentes en el núcleo habitacional, en particular el mobiliario de cada y otros que le sirvan como medio de trabajo a la persona agredida.
- n) Otorgar el uso exclusivo, por un plazo determinado, del mobiliario de casa a la persona agredida. Deberán salvaguardarse especialmente la vivienda y el menaje amparado al régimen de patrimonio familiar.
- o) Ordenar al presunto agresor, que se abstenga de interferir en el uso y disfrute de los instrumentos de trabajo de la persona agredida. Cuando esta tenga sesenta (60) años o más o sea discapacitada, el presunto agresor no deberá interferir en el uso y disfrute de instrumentos indispensables para que la víctima pueda valerse por sí misma o integrarse a la sociedad.
- p) Ordenar al presunto agresor, la reparación en dinero efectivo de los daños ocasionados a la persona agredida, o a los bienes que le sean indispensables para continuar su vida normal. Se incluyen gastos de traslado, reparaciones a la propiedad, alojamiento y gastos médicos. El monto se hará efectivo en la forma y procedimientos que la autoridad judicial estime conveniente para garantizar que la misma sea cumplida.

Además de las medidas de seguridad contempladas en el artículo 88 del Código Penal de Guatemala cuando la situación esté relacionada a violencia intrafamiliar podrán aplicar las medidas de seguridad descritas anteriormente, y según sea el caso se podrá aplicar más de una medida.

El artículo 8, indica sobre la duración de las medidas de protección y no podrán durar menos de un mes ni más de seis, excepto la consignada en el inciso c) del artículo anterior. Sin embargo al vencer el plazo y a solicitud de parte, de la autoridad competente podrá prorrogarlo. La duración de las medidas de seguridad serán no menores a un mes y no podrán extenderse más de seis, con

excepción la estipulada en el inciso c) del artículo citado anteriormente y al vencer el plazo y a solicitud de autoridad competente tendrá prórroga.

El artículo 11, regula que en todo aquello que no estuviere previsto en dicha ley, se aplicará supletoriamente lo dispuesto en el Código Civil, Código Procesal Civil Mercantil, Código Penal, Código Procesal Penal, Ley de Tribunales de Familia y Ley de Organismo Judicial, sin que lo anterior implique un orden de prelación.

En el artículo 12, legisla los Deberes del Estado, explica que el Estado deberá crear, a través del Procurador de los Derechos Humanos, una instancia que se encargue de coordinar la impartición de talleres, cursillos, seminarios y conferencias destinados a jueces y juezas, personal auxiliar de los juzgados, Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación, Fiscales, Médicos, Forenses, Oficinas de recepción de denuncia, Policía Nacional, Ministerio de Salud Pública Instituto de la Defensa Pública Penal por medio de la Coordinación Nacional de Asistencia legal gratuita a la víctima y los familiares y otras instituciones que conozcan sobre la violencia intrafamiliar, la gravedad y consecuencias.

Por medio del Procurador de los Derechos Humanos el Estado deberá crear una instancia que se encargue de la coordinación para la impartición de talleres, seminarios y conferencias dirigidos a instituciones encargadas de impartir justicia y personal afín a la imparcialidad y seguridad para tener conocimiento acerca de la violencia intrafamiliar, causas, efectos y consecuencias.

## Capítulo 3

### Trauma

Las víctimas de sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona y afectarle en su vida cotidiana y en las relaciones sociales.

Si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un trastorno por estrés postraumático. La intervención en crisis tiene por objetivo crear un entorno seguro a la víctima y ofrecerle apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social de la víctima.

La intervención inmediata con las víctimas (el "debriefing" psicológico) tiene como objetivo ayudarles a ventilar las emociones y a detectar personas que pueden requerir una intervención clínica posterior. A pesar de su popularidad, los resultados del "debriefing" para prevenir las reacciones psicopatológicas postraumáticas no son alentadores. Sin embargo, es de gran interés establecer métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos.

Actualmente los expertos aún no tienen bien definido lo que constituye un evento traumático, lo cual conlleva a ciertos problemas a la hora de distinguirlo como consecuencia del maltrato. Por este motivo, para diferenciar los trastornos en relación a un trauma producido por cualquier evento de los producidos por maltrato y/o abuso, se utiliza una clasificación dual que ayuda así al proceso de diagnóstico.

**Tabla No. 4**  
**Tipos de trastornos**

<b>Trastorno</b>	<b>Descripción</b>
Tipo I (Traumatización)	Pertenecen a la exposición a un acontecimiento traumático único. Quedarían incluidos los accidentes, desastres naturales y

	experiencias de guerra
Tipo II (Traumatización secuencial)	Aquí quedarían catalogados todos los traumas relacionados con el maltrato, abandono, abuso sexual. Todos ellos apareciendo con relativa frecuencia, ejercicios por personas cercanas y durante largos periodos de tiempo.

Fuente: elaboración propia.

En cuando a la sintomatología que producirían los distintos tipos de trauma se puede decir que el tipo I ocasionaría los síntomas psicopatológicos clásicos del trastorno de estrés postraumático, mientras que el tipo II podría conducir además a trastornos en el desarrollo de la personalidad y otros síntomas psicológicos más variados como disociación, baja autoestima, regulación alterada de las emociones y la percepción de sí mismo y los demás, somatización, entre otras.

### 3.1. Características del trauma

Las consecuencias psicopatológicas son tanto más graves a la vez de más frecuentes en víctimas de malos tratos que en otros tipos de experiencias traumáticas con excombatientes o desastres naturales por diversos motivos entre los que se destaca el desencadenante del trauma es la pareja, es decir, la persona que más seguridad y apoyo debería brindar. Esto explica el estado de permanente vigilancia y los sentimientos de fracaso personal, culpa y baja autoestima:

- La proximidad afectiva inicial con el agresor. Estas conductas no se suelen denunciar y cuando se denuncian la víctima perdona al agresor y niega la evidencia incluso antes de que el sistema penal pueda actuar. Es más improbable que estas víctimas pidan ayuda terapéutica.
- Viven el trauma en su hogar, el sitio que, de primera mano, se considera más seguro. Las conductas de evitación son menores que en otros tipos de trauma pudiendo aparecer conductas de evitación de sentimientos, pero en muy raras ocasiones conductas de evitación de lugares o actividades.
- La experiencia prolongada y reiterada de los episodios agresivos. El momento de denuncia suele coincidir con algún momento crítico como por ejemplo la extensión de la violencia a los hijos. Esta continuidad explica la gran cantidad de recuerdos intrusivos.

- La imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios vividos y su percepción de que en cualquier momento puede volver a ser agredida explica la hiperactividad constante, la cual funciona como una respuesta adaptativa. Resulta llamativo que muchas de las mujeres han sido maltratadas en los últimos meses a pesar de estar ya separadas del agresor.
- La dependencia económica con el agresor y problemas de vivienda.
- La influencia familiar y social hace que las víctimas se sientan obligadas a mantener la situación por dar protección a los hijos, por las opiniones de los demás.
- El desprestigio social de la situación en numerosas ocasiones conlleva a sentimientos de culpa y/o vergüenza para reconocer la situación.

Conocer estas características facilitará el desarrollar intervenciones más específicas para este tipo de población y que se dirijan de forma más precisa a los síntomas característicos.

### 3.1.1. Trauma complejo

El Trauma Complejo, ha sido definido como un evento traumático que es crónico, interpersonal, y que inicia en la niñez Cook et al. (2003). Incluye el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas; negligencia, ser testigo de violencia doméstica; y la experiencia de vivir en un campo de refugiados.

Específicamente, se tiene la teoría de que los eventos de trauma complejo afectan la autorregulación, dando como resultado problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia; así como también problemas interpersonales y de identidad Cook et al. (2003).

Este constructo no fue reconocido en el DSM-IV de 1994, ni en su Texto Revisado (TR) del año 2000, como un Trastorno Distinto al TEPT, sino que se le llamó DESNOS (Trastornos de Estrés Extremo no Especificado), y su sintomatología se presentó como características asociadas al Trastorno por Estrés Postraumático.

Para Van der Kolk (2005) el DESNOS involucra un problema crónico de desregulación dependiente de un estado específico que ocurre en respuesta a temas que disparan reacciones de estrés postraumático. La desregulación ocurre a través de múltiples sistemas. Por ejemplo, afectivos, conductuales, somáticos, disociativos, relacionales, y de auto-atribuciones. Y es expresada a través de un amplio y variado rango de deterioros asociados a los aspectos clínicos y perturbaciones conductuales.

El efecto de la decisión de no incluir el DESNOS como un diagnóstico distinto al TEPT, ha sido de largo alcance, pues las investigaciones se han focalizado casi exclusivamente en la sintomatología del TEPT como se describe en el DSM-III y DSM-IV, y por ello no se contó con suficiente investigación, como para ser considerado un Diagnóstico Distinto en el DSM-V del año 2013.

Parte de la sintomatología del DESNOS se menciona en el DSM-5 dentro del rubro Características Asociadas que Soportan el Diagnóstico: Siguiendo a eventos traumáticos severos, repetidos y prolongados (abuso infantil, tortura), el individuo puede adicionalmente experimentar dificultades en la regulación de sus emociones, o para mantener relaciones interpersonales estables, o mostrar síntomas disociativos.

Asimismo, un número de síntomas claves del DESNOS están incluidos en los criterios diagnósticos del DSM-5, especialmente en los criterios D y E. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que posee la autoridad única, para el desarrollo de los estándares mundiales de salud, y para organizar los acuerdos globales referentes a la definición y nombre de enfermedades, así como para la estandarización de la aplicación diagnóstica.

Una característica importante de los grupos de trabajo de la OMS, es su orientación multidisciplinaria y su proceso multilateral. El grupo de trabajo de los Trastornos Específicamente Relacionados con Estrés, de la Revisión número 11, de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11), que fue publicada en el año 2015, está compuesto por 14 miembros, de

diferentes continentes e incluye a personas no especializadas (como enfermeras y proveedores de cuidados primarios), miembros de países con recursos mínimos, y representantes cuya lengua materna no es el inglés.

Para la OMS, es de especial importancia la utilidad clínica de los diagnósticos, entendida esta, como la facilidad de su empleo en sitios en que no haya especialistas, con mínimos recursos y en donde no se hable inglés.

Este grupo de trabajo está proponiendo lo siguiente:

- Una definición reducida de TEPT, que se focalice en los síntomas centrales de reexperimentación, evitación e hiperactivación.
- Un nuevo Criterio Diagnóstico llamado TEPT Complejo. Para cumplir con este nuevo criterio, además de los tres síntomas centrales del TEPT, se requerirá la presencia de un autoconcepto negativo estable relacionado con trauma, evitación de relaciones, y desregulación afectiva.
- Un nuevo Criterio Diagnóstico llamado Trastorno de Duelo Prolongado (TDP). Este trastorno está definido por síntomas intrusivos, como el anhelo y deseo por la persona fallecida, así como un rango de otros síntomas, como dificultad para aceptar la muerte, o el sentimiento de que se ha perdido una parte de uno mismo.

Muy importante, la respuesta de duelo prolongado debe de ir más allá de lo esperado por las normas sociales o culturales. Se estudian las dos aproximaciones (DSM-5 o CIE11), las cuales mejorarán exitosamente la situación de los pacientes y estimulará la investigación.

### 3.1.2. Trauma vinculante

Un traumatismo es traumatismo vinculante cuando un evento, al afectar a un conjunto introduce imperativamente una interrupción en las modalidades de intercambio y propone modalidades subjetivas que solo cobran significado en función del evento. El conjunto como tal podía no existir previamente o si existía no había sido constituido sobre esta base. El evento traumático

exige nuevas prácticas acordes al evento e impone “un hacer” en función de algo que tiene que ver con lo imprevisto.

El conjunto súbitamente sufre una desorganización o por el contrario se fija (congela). El evento impone una significación monosémica que obstaculiza tanto la simbolización como un cierto tipo de complejidad de la vincularidad. Al introducir bruscamente un estado inesperado que se torna imposible de ser pensado con otro nivel de abstracción (traumática), el conjunto habrá de adquirir conciencia que la posición subjetiva de pertenencia se puede perder, siéndole impuesta otra.

El real del evento cubre momentáneamente el campo a manera de una invasión. Si bien cada vínculo crea un sujeto y le confirma una dada pertenencia, algunas experiencias compartidas obligan o permiten reformular las bases de nuevas pertenencias o, en caso contrario, destruyen las existentes. Habrá una diferencia entre las dificultades en la reformulación de pautas vinculantes dentro de la vida de un conjunto y las dificultades y obstáculos surgidos a raíz de un evento traumático.

En este caso, el sujeto social pierde la coherencia de su pertenencia al conjunto o por el contrario la refuerza defensivamente confundiendo a veces subjetividad social y subjetividad singular. Hay una exigencia de compartir sobre la base de semejanza de sufrimiento que excluye el trabajo sobre la diferencia radical de donde se pierde la riqueza que proviene del trabajo sobre alteridad y ajenidad. Un conjunto obtiene su potencialidad vinculante de la multiplicidad de significados provenientes de la diferencia entre cada uno de los miembros del conjunto.

En el caso de un traumatismo vinculante el conjunto pierde una determinada potencialidad vinculante y solo la recupera cuando a partir de dicho evento puede inventar nuevas maneras de pensar y nombrar lo sucedido y hacer algo a partir de dicho evento.

El poder nombrar es ya el inicio de un trabajo de simbolización. En este caso habrá pasaje de memoria traumática a memoria activa. Es frecuente que se fijen (estereotipen) ciertas modalidades de relación que se apoyan en una inscripción a la que llamo memoria social

traumática, memoria que se activa en presencia de otros, reproduciendo, mientras persiste el estado de memoria traumática, el mismo tipo de modalidad vincular y de prácticas.

Se entiende por subjetividad social la particular manera de procesar lo ajeno y la alteridad inherente a toda vincularidad que incluyen un sujeto en un conjunto a fin de reducir su efecto ansiógeno y posibilitar que un conjunto sin forma adquiriera sentido. Para ello una selección inconsciente se va produciendo cuyo fundamento es transformar lo inasible en asible y cognoscible e intentar socializarse sobre la base de semejanzas.

Vincularidad social es entendida como el espacio virtual en el cual el sujeto constituye su subjetividad inconsciente por un lado sufriendo una imposición inconsciente y, por otro, adoptando selectivamente una información, registrando datos, adhiriendo a tradiciones, haciéndose cargo de mitos, modas que determinan prácticas que comparte con otros y le permiten sentir que tiene y construye un lugar.

Los traumatismos vinculantes producen, como ya se mencionó, nuevos conjuntos o por el contrario disuelven los existentes. Es probable que el poder pensar y trabajar esta dinámica ayude a que la historia no se repita, siempre que los sujetos puedan encontrar modalidades de trabajo y de elaboración en el interior mismo del grupo y los psicoanalistas sean capaces de diferenciar perturbaciones provenientes de diferentes aspectos de la constitución de subjetividades.

Esta formulación implica que el trabajo como psicoanalistas con cualquier paciente debiera incluir la comprensión de las bases de una dada vincularidad. Se tratará de saber cuáles son los significados referidos a las fantasías y a las actividades derivadas de la pulsión, ubicándose el analista en el sujeto de la transferencia de escenas primitivas, y cuáles son las que provienen del vínculo, donde analista y analizado, en tanto diferente e imponiéndose uno al otro, realizan un trabajo psíquico conjunto donde crean nuevas inscripciones, realizan prácticas atribuibles al vínculo y de esta manera dan un nuevo sentido a la historia.

### 3.1.3. Consecuencia a corto, mediano y largo plazo

Muchos manuales de psicología describen los sucesos traumáticos como aquellos acontecimientos que ponen en peligro la vida o la integridad de las personas (atentados, violaciones, accidentes, enfermedades mortales, robos con violencia, entre otros), ya sean vividas directamente o presenciadas de manera cercana, por ejemplo por bomberos, policías o personal sanitario.

La persona que ha sido expuesta a un ambiente de malos tratos, a la negligencia, al abuso sexual o a cualquier tipo de ambiente perjudicial en la infancia, habrá tenido que desarrollar una serie de estrategias para sobrevivir que en el mejor de los casos puede dar lugar a una persona que se conoce como resilientes: ha sobrevivido a condiciones muy adversas como ha podido. Sin embargo a veces, cuando estas personas crecen y consiguen salir de estas situaciones peligrosas y traumáticas, tienden a repetir los patrones que han vivido de alguna forma en su infancia, aunque muchas veces no sean conscientes de ello.

La persona traumatizada tiene dificultades serias a veces para distinguir qué relaciones son seguras y cuáles no, cuáles le hacen bien y cuáles no, cuáles quiere para su vida y cuáles no. Lo mismo para poner límites y poder protegerse, de lo que es dañino para su vida. Las experiencias traumáticas rigidizan los límites o hace que resulte muy difícil ponerlos en las relaciones interpersonales.

### 3.2. Abuso de alcohol y otras sustancias

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias adictivas en las mujeres maltratadas, como un factor de riesgo para su victimización, ha recibido un escaso e inconsistente apoyo empírico. En este sentido, la gran mayoría de los estudios que examinan la relación entre victimización y consumo de alcohol y drogas en mujeres maltratadas son estudios transversales, siendo difícil determinar si el abuso de sustancias adictivas es anterior a la violencia o por el contrario, surge como una estrategia de afrontamiento a la experiencia de victimización. Los datos disponibles

sugieren que el abuso de alcohol y sustancias adictivas estaría ejerciendo un papel más determinante en esta problemática en el caso de los maltratadores. (Villavicencio y Sebastián, 1999)

### 3.2.1. Características psicológicas

Si bien existen algunos trabajos que han pretendido determinar la existencia de ciertas características de personalidad en las mujeres maltratadas, que estarían provocando o aumentando la probabilidad de ser víctima de este tipo de violencia, la evidencia empírica demuestra que las mujeres maltratadas constituyen un grupo heterogéneo de población, que no presentan rasgos o características de personalidad comunes y que su perfil psicológico corresponde al perfil de la mayoría de la población femenina. (Villavicencio y Sebastián, 1999)

### 3.2.2. Características psicopatológicas

La escasez de estudios longitudinales dificulta determinar si los síntomas psicopatológicos son un antecedente o, por el contrario, surgen como consecuencia de la exposición crónica a la violencia. Villavicencio y Sebastián (1999) la presencia de psicopatología previa en estas mujeres no supera a la de la población general de mujeres, aunque sí consideran la condición de víctima como una variable de riesgo para el desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos emocionales. Por lo tanto, en aquellas víctimas que presentan algún trastorno psicopatológico, este sería una consecuencia de la exposición prolongada a la violencia y no una causa de los malos tratos. Esperar lo contrario no solo no tiene ningún sentido, sino que se trataría de una justificación de la violencia.

En definitiva, la existencia de ciertas características previas en las mujeres víctimas de violencia doméstica, como es la historia anterior de malos tratos, el consumo abusivo de alcohol o la presencia de psicopatología no son factores que causen o aumenten la probabilidad de ser víctima de este tipo de agresiones. Tal y como ya se ha señalado anteriormente, la búsqueda de factores explicativos en ciertas características de estas mujeres, lejos de facilitar el entendimiento de la

complejidad de este fenómeno, favorece la culpabilización de la víctima por la ocurrencia del maltrato y la justificación del comportamiento violento.

Por lo tanto, es más apropiado focalizar las investigaciones en aquellas características de las mujeres maltratadas que estarían impidiendo la decisión de abandonar la relación abusiva. Además, es necesario comenzar a estudiar este fenómeno desde modelos explicativos integrales, que contemplen factores de la relación de pareja, comunitarios y socioculturales implicados en la etiología y mantenimiento de este tipo de violencia.

### 3.3. Estrés

El estrés es un tema que ha cobrado relevancia en el campo de la psicología ambiental, ya que se ha observado que el ambiente físico y social tiene gran impacto en el comportamiento, en la salud y calidad de vida de los seres humanos. El estudio sobre el estrés es complejo por la cantidad de variables que entran en juego, la complejidad es aún mayor cuando se analizan las diferencias por género. Desde este punto de vista se toman en cuenta los factores estructurales del sistema social categorizado por género que son cruciales para entender el nivel de estrés, los factores que lo desencadenan y el impacto diferencial que tiene en hombres y mujeres.

El estrés es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, pero no es hasta finales del siglo XIX que se dan las primeras investigaciones y hasta las últimas décadas del siglo XX que ha sido objeto de investigación científica y que se ha establecido su relación con la salud. Se ha comprobado que el estrés es una de las manifestaciones más características de la vida moderna y es una de las causas principales de agotamiento del organismo.

De Luca, Sánchez, Pérez y Leija (2004) consideran que el estudio científico del estrés, inició en 1925 con el fisiólogo austriaco Hans Selye que definió al estrés ante la OMS como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior. Es decir, la respuesta global a

condiciones externas que perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona. Es un estado de desequilibrio corporal ocasionado por estímulos inespecíficos ya sean internos o externos, reales o imaginarios que son adversos al organismo.

De Luca descubrió una serie neuroquímica de defensas corporales al cual llamó Síndrome de Adaptación General, que es el encargado de defender al organismo de las condiciones nocivas o estresores físicos. Según De Luca, Sánchez, Pérez y Leija (2004) Selye postuló que el SAG está conformado por tres fases:

- Primera fase de reacción de alarma, donde ocurre una serie de modificaciones biológicas frente a la primera exposición al factor de estrés.
- Segunda fase de resistencia, el organismo lucha contra el factor de estrés utilizando al máximo sus mecanismos de defensa.
- Tercera fase de agotamiento, el organismo agota sus recursos energéticos después de un periodo prolongado de exposición al factor de estrés.

El estrés por lo tanto es una respuesta adaptativa en la cual el cuerpo se prepara y ajusta ante una situación amenazante. En este sentido, el estrés es un proceso medible que configuran en el sistema social. Hace énfasis en la percepción y evaluación del organismo en relación con los daños planteados por un estímulo. La percepción de amenaza se incrementa cuando las demandas impuestas a un individuo se perciben por encima de la capacidad para afrontarlo, este desequilibrio da lugar a la experiencia de estrés y a una respuesta que puede ser fisiológica y conductual.

Durante las últimas décadas se han desarrollado un gran número de investigaciones sobre diversos aspectos relacionados con el género, entendiendo este como una construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias, representaciones, atributos sociales, culturales, económicos y políticos que generan las culturas en un momento histórico determinado, a partir de las diferencias sexuales que establecen los papeles de lo masculino y lo femenino.

De manera que se establecen roles y estereotipos a partir de los cuales las personas constituyen sus identidades. Los roles de género son definidos como las prescripciones, normas y expectativas que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. Parten de un paradigma fundamental que corresponde a la oposición femenino - masculino y su consecuente valoración como positivo-negativo.

Los hombres han sido asociados con la cultura, lo público, la razón, la conciencia, el pensamiento; por el contrario, las mujeres se asocian con la naturaleza, lo privado, el cuerpo, los sentimientos, la pasión. Esta oposición ha estado asociada con una valoración jerárquica que ha dado preminencia a lo masculino. Robles (2010)

Siguiendo esta lógica de abordaje, la sociedad también determina los estereotipos de género entendidos como el conjunto de creencias cerradas que alimentan el ideal femenino y el ideal masculino y que estandarizan a los individuos e impiden su pleno desarrollo, ya que promueven conductas sexistas al suponer que una persona tiene o no ciertas capacidades o deficiencias en razón de su sexo. Se ha planteado que existen diferencias de género en relación con el proceso estrés-salud, pero existen pocas investigaciones en este sentido.

Una de ellas, realizada por Del Pino (2012) indica que las mujeres tienen peor salud física y mental informando de mayor número de enfermedades, de consumir más medicamentos y tener más síntomas somáticos de ansiedad y de depresión que los hombres. Se encontró que el estrés tenía más impacto en ellas y que con estrés crónico había mayor ansiedad y menor autoestima.

Estas diferencias responden a los patrones de socialización tradicionales en los que se enfatiza la relevancia de los roles familiares en la mujeres, por lo que el estrés derivado de tales roles compromete su salud y calidad de vida en mucha mayor medida que los hombres. Muchas investigaciones sobre género y estrés son contradictorias.

La mejor interpretación de las investigaciones sobre género y estrés es que las mujeres pueden experimentar ciertos estresores con más frecuencia que los hombres (conflictos familiares y

laborales como hostigamiento y acoso sexual), que hombres y mujeres pueden reaccionar de forma diferente a cierto tipo de estresores. Muchos eventos o factores se pueden considerar como estresores. Los estresores se pueden agrupar en: personales, familiares y laborales.

### 3.3.1. Estresores personales

Cada persona es única y diferente, difiere de otras en su susceptibilidad al estrés. Algunos van a responder positivamente ante los diferentes tipos de estresores y otros podrían percibir los mismos estresores como algo amenazador. La relación entre estrés y daño es mediada, moderada o modificada por variables individuales, entre ellas la edad, las condiciones físicas y de salud, las características de personalidad y el nivel de autoestima. Padilla, Peña y Arriaga (2006); Vázquez (2001) establecen dos tipos de personalidad:

- Tipo A: son personas que quieren mantener el control, obsesionadas por la perfección, impacientes, alto nivel de competitividad, ambición personal, agresividad, entre otros. Son propensas a padecer estrés.
- Tipo B: son personas tranquilas, con alto grado de adaptabilidad, utilizan su energía para la resolución de problemas, son controladas, ecuanímes y con expresión de calma. Tienen menos posibilidad de experimentar estrés.

### 3.3.2. Estresores en el ámbito familiar

Existen múltiples situaciones que pueden generar estrés: dificultades matrimoniales, llegada de los hijos, problemas económicos, de comunicación, divorcio, viudez. Para la mujer la multiplicidad de roles, el papel de cuidadora de niños y niñas, de personas ancianas y enfermas, la imposibilidad de gozar de un tiempo propio y la desvalorización social y económica del trabajo reproductivo, han contribuido a que el trabajo doméstico constituya un elemento potenciador de estrés físico y mental, con mayores niveles de depresión y de adicciones (alcohol, juego, dependencias afectivas, entre otros).

La maternidad es un hecho social que proporciona identidad a las mujeres como reproductoras, tanto de la especie como de la propia dinámica social. Además de la procreación (concepción, gestación, parto y lactancia), las mujeres realizan un conjunto de quehaceres invisibles a través de una especie de servidumbre voluntaria para el cuidado y cumplimiento de las necesidades vitales de otros. Esto exige un alto grado de subordinación y un gran desgaste físico y emocional. La culpa actúa como estresor en las mujeres, es uno de los mecanismos que opera permanentemente durante el ejercicio de la maternidad.

Las tareas domésticas interminables, el manejo del presupuesto del hogar, las compras, la cocina, las visitas al médico, el cuidado de la salud, entre otros, son los aspectos cotidianos de la vida familiar que se vuelven estresores ambientales. En el pasado, los hogares dirigidos por mujeres era resultado de disolución conyugal por viudez. Actualmente la existencia de estos hogares, sobre todo entre mujeres en edad reproductiva, obedece en gran parte a la creciente disolución familiar por abandono, divorcio y migración, además de la elección de la maternidad en soltería.

Las mujeres llegan a presentar síntomas de fatiga crónica, insatisfacción y agotamiento debido al exceso de responsabilidades y a una escasa o nula gratificación personal. Otro de los factores de estrés es la violencia dentro del hogar en sus diferentes modalidades: física, psicológica, emocional, sexual y económica.

Según Lammoglia (2004) las mujeres se encuentran atrapadas en un triángulo de abuso-estrés depresión, de donde no pueden escapar fácilmente. Cuando se presenta el episodio violento, el estrés aparece en su vida como una constante, estando a la expectativa de que el episodio vuelva a repetirse y ocasionando un gran estado de ansiedad y angustia que la puede llevar a la depresión. Las víctimas de violencia viven pensando que en cualquier momento se puede producir un nuevo episodio violento y en respuesta a este peligro potencial desarrollan una extrema ansiedad que puede llegar al pánico.

El maltrato y abuso inicialmente son un estrés agudo que se convierte en un estrés crónico con repercusiones de tipo físico y psicológico, tales como: sentimiento de culpa, vergüenza, tristeza, miedo, ansiedad, ira, pánico, baja autoestima, frustración, impotencia, desesperación y depresión.

Estas consecuencias psicológicas repercuten en alteraciones de la salud: en la alimentación, como pérdida o incremento del apetito ocasionando problemas de obesidad, anorexia y bulimia; al dormir, que se manifiestan en insomnio, pesadillas, pavor nocturno; en la sexualidad, como anorgasmia, vaginismo, pérdida del apetito sexual o trastornos del ciclo menstrual. En general presentan dolores de cabeza, náuseas, malestar estomacal, úlceras, colitis, gastritis, taquicardia, fatiga crónica y/o agotamiento.

También pueden desarrollar adicción a sustancias tóxicas, ya que para tranquilizarse abusan de sedantes e incrementan el consumo de café, alcohol y cigarrillos. Las consecuencias de esta violencia pueden ser aún más graves, incluyendo con frecuencia el cuadro clínico del Trastorno de Estrés Postraumático —TEPT—, entendido como el estado heredado de situaciones traumáticas que han dejado secuelas físicas y/o psicológicas que afectan el sentimiento de seguridad y confianza. (Buesa y Calvete, 2013)

El concepto de Trastorno por Estrés Postraumático inicialmente incluía a personas que combatieron en la guerra o que fueron víctimas de terrorismo, pero actualmente el DSM-IV pone mayor énfasis en la reacción de la persona, en lugar de en el tipo de acontecimiento traumático. Echeburua y Corral (1995) señalan que esta modificación permite incluir en este cuadro clínico a las mujeres víctimas de violencia. Se establece que este trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos.

La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o cerca físicamente se encuentra el agente estresante. En el caso de las víctimas de violencia doméstica, el hecho de que el agresor sea una persona con la que la mujer tiene cercanía física, haya compartido su vida o haya sido una persona amada, agrava la probabilidad de presentar TEPT.

### 3.3.3. Estresores en el ámbito laboral

La baja del poder adquisitivo y el incremento del costo de la vida han creado condiciones económico-sociales que obligan a las mujeres a incorporarse al ámbito laboral. Es decir, la mayoría ingresa por necesidad económica, pocas por desarrollo personal y profesional.

Para Walsh, Sorensen, Leonard (1995) las características de la actividad laboral influyen más en la seguridad que en las características de los trabajadores. Las mujeres que ejercen profesiones tradicionalmente masculinas sufren los mismos tipos de lesiones con una frecuencia análoga a la de sus compañeros varones. La causa suele residir en el deficiente diseño del equipo protector y no en una supuesta relativa incapacidad para realizar el trabajo.

La mayoría de los estudios sobre estrés laboral se han realizado con muestras masculinas, es decir con trabajadores y no así entre trabajadoras, para Ramírez (2001) son pocos los estudios que se interesan por establecer comparaciones por género. Los estudios que se han efectuado entre grupos de trabajadores por lo general buscan establecer la relación entre estrés y condiciones de trabajo (organizacional, de desarrollo profesional, de función, de tarea, de ambiente de trabajo, de rotación de turno) y entre estrés y enfermedad.

Mientras que los hombres muestran en general una alta correlación entre el nivel de estrés en el trabajo y la respuesta biológica al mismo, en el caso de las mujeres las respuestas psicofisiológicas en el trabajo están estrechamente vinculadas con sus respuestas al estrés posterior al trabajo, el que se produce durante las horas que están en sus domicilios. Se desprende que se produce un nivel de estrés en las trabajadoras madres de familia mucho más alto que el de los hombres, lo cual repercute en su salud y en su trabajo.

### 3.3.4. Estresores organizacionales

Conocidos como macrofenómenos, ya que están asociados a una perspectiva global del trabajo. Por ejemplo, el clima organizacional que tiene que ver con el ambiente que prevalece en el lugar de trabajo, va a depender de la interacción entre las personas, así como de las metas tanto

personales como organizacionales. El clima organizacional puede generar que las personas gocen de un ambiente relajado con poco estrés o que sufran un ambiente tenso de trabajo y como consecuencia un estrés intenso.

Hombres y mujeres sufren la tensión derivada de la ambigüedad de rol, la inseguridad laboral, la presión temporal. Pero hay estresores crónicos sufridos más típicamente por las mujeres: Las organizaciones también son entidades socialmente construidas, por lo tanto no son inmunes a los roles y estereotipos de género.

Un estresor importante para las mujeres es la política organizacional, ya que a partir de las determinantes sociales y estructurales, es probable que ellas dispongan de menor poder porque en su mayoría se distribuyen en puestos de bajo estatus organizacional: derivando en dos fenómenos: el techo de cristal y la pared maternal.

El techo de cristal se refiere a las barreras invisibles que dificultan la promoción de las mujeres en puestos de alta dirección y las hacen quedar estancadas en posiciones profesionales inferiores, debido a la percepción social sobre la falta de capacidad de las mujeres para ocupar puestos directivos, que implican mayor poder y mayor capacidad para tomar decisiones.

Esta es una situación discriminatoria en las organizaciones laborales ya que a pesar de las ejecuciones sobresalientes de las mujeres, se encuentran con ese obstáculo que no les permite insertarse en los puestos de mayor jerarquía ocupacional, generando niveles de estrés elevados.

La pared maternal se refiere a mujeres que tienen hijos y se asume que su compromiso organizacional será reemplazado por el compromiso con sus hijos, a partir de esta premisa se le asignarán tareas menos importantes que limitan sus oportunidades de desarrollo en su carrera laboral. González (2006) menciona que las mujeres insertas en el ámbito laboral desempeñan una doble y triple jornada que genera una sobrecarga de trabajo ya que han de responder a las exigencias del ámbito familiar y laboral.

Es importante resaltar que existen fuentes de estrés propias para cada género, por ejemplo: las mujeres más que los hombres pueden enfrentarse a situaciones en el ámbito familiar, tales como ser esposa, madre y ama de casa, ejercer la jefatura de la familia, ser víctimas de violencia doméstica y además, en el ámbito laboral enfrentarse a los prejuicios sexistas que limitan su posibilidad de desarrollo.

También se reconoce que los hombres se enfrentan a situaciones difíciles que les generan altos niveles de estrés y que impactan su salud, pero que cuentan con recursos distintos y presupuestos culturales e ideológicos que definen sus comportamientos en forma diferente. Se puede apreciar que el estrés ambiental es un tema muy amplio, los factores estresores se encuentran en diversas magnitudes en distintos escenarios y es necesario evaluar los espacios donde se desempeñan hombres y mujeres para tomar medidas que permitan una mejor calidad de vida. Desde la perspectiva de género se pretende visibilizar la condición de las mujeres en sus actividades, sus vidas, sus espacios y la forma en que contribuyen a la realidad social.

En este sentido es necesario que investigaciones futuras redefinan la conceptualización y los factores de estrés que impactan la salud y la calidad de vida de las mujeres. Es importante de construir los conceptos, roles y estereotipos basados en los discursos sociales imperantes que llevan a relaciones desiguales. Es necesario sensibilizar a hombres y mujeres para promover una cultura basada en la equidad de género.

### 3.4. Consecuencias psicopatológicas del estrés a corto, mediano y largo plazo

#### 3.4.1. Consecuencias físicas

Si bien la violencia doméstica puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro. Según el Informe Mundial de

Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida.

Sin embargo, las lesiones no son la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física, sí lo son los llamados trastornos funcionales, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico. Otros estudios agregan a estos problemas los siguientes: Daño permanente en las articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y disfunciones sexuales.

Lamentablemente, la muerte de las víctimas de violencia doméstica es la peor consecuencia de este problema. Estudios de Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, muestran que entre un 40% y un 70% de las mujeres asesinadas fue víctima de su marido o novio, frecuentemente en el contexto de relaciones abusivas.

En la Unión Europea, las mujeres entre 15 y 44 años tienen más probabilidades de morir o quedar gravemente heridas a causa de la violencia doméstica que por el cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria juntos. En el Reino Unido se calcula que muere una mujer cada tres días por esta causa.

En España, se estima que muere una mujer cada 5 días por violencia doméstica y que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año, ha sufrido malos tratos por parte de su pareja. Lorente (2001) No obstante, el suicidio o la ideación suicida se retomará como consecuencia psicológica de la violencia doméstica en el siguiente apartado.

### 3.4.2. Consecuencia en la salud mental

La vivencia de violencia doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves. Lorente (2001) Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. Amor (2000)

Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático Walker (1991) sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias. A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia doméstica a consecuencia de la situación que viven.

### 3.4.3. Síndromes específicos

#### 3.4.3.1. Síndrome de la Mujer Maltratada

Este síndrome fue formulado por Walker para describir las secuelas psicológicas de la violencia doméstica. Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida, reformulada en términos de la depresión humana. El Síndrome de la Mujer Maltratada puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones. Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo.

Además de estas distorsiones cognitivas, las mujeres maltratadas, pueden cambiar la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, y desarrollan la mayoría o todos los síntomas que se presentan en el trastorno de estrés postraumático (TEP), por lo que se ha llegado a considerar que el Síndrome de la Mujer Maltratada sería equivalente a este trastorno Walker (1991) o que habría razones de orden político y clínico para utilizar este diagnóstico y no el de Síndrome de la Mujer Maltratada.

Sin embargo, quienes plantean la existencia de este síndrome aseguran que es más complejo que el TEP y que no solo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, y otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y problemas para establecer relaciones (por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad).

#### 3.4.3.2. Síndrome de Adaptación Paradójica

Es una aplicación del llamado Síndrome de Estocolmo que desarrollan las víctimas de secuestro hacia sus captores, al ámbito de la violencia doméstica. Si bien permite entender por qué las víctimas de esta violencia permanecen tantos años en esa situación, es más bien una descripción de las progresivas consecuencias psicológicas del maltrato.

Se plantea que el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) es un síndrome global, generado como una reacción psicofisiológica y conformado en una serie de modificaciones cognitivas ante un entorno traumático, que en este caso se da en el medio doméstico. Así, se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológica-emocional, culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor, en un contexto traumático y de restricción estimular, con el objetivo de recuperar la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como proteger la integridad psicológica de la víctima.

El síndrome tendría cuatro fases, que describen las diferentes consecuencias psicológicas del maltrato en la víctima: Desencadenante, de reorientación, de afrontamiento y de adaptación.

- Fase desencadenante: Comienza cuando la víctima recibe la primera agresión física por parte del maltratador, lo que trae como consecuencia que se rompa el espacio de seguridad y confianza subyacente a la relación afectiva. Como consecuencia se estrechan los canales atencionales de la víctima que se ven sesgados y comprometidos hacia la percepción de la amenaza. Cuando la agresión finaliza, la víctima entra en un estado de ansiedad de curso

progresivo que probablemente correlacionará con accesos ocasionales de ira y estrés. Estos efectos negativos, sumados a la incapacidad de la víctima para modificar su entorno y a los sentimientos de pérdida, favorecerán el desarrollo posterior de un cuadro depresivo.

- Fase de reorientación: Al quebrarse el espacio de seguridad, se produce un patrón general de desorientación e incertidumbre que junto al miedo y al sentido de pérdida, borran los límites de inserción de la víctima en su núcleo primario de relación, repercutiendo en su sentido de sí y en su autoestima. Una vez que la ira ha desaparecido y los sesgos atencionales se han establecido, la mujer evaluará el porqué de las agresiones, la violencia debe ser un castigo por algo que ella ha hecho mal. A este sentimiento de culpa se suma la vergüenza debido a que el agresor es alguien que la víctima eligió para compartir su vida, lo que genera una doble autoinculpción.
- Fase de afrontamiento: En esta fase la víctima se dedica a lograr una inserción más funcional en su nuevo entorno, la que dependerá de su estilo de afrontamiento, el apoyo social disponible y el estado psicofisiológico general de la mujer. En este contexto de ruptura del espacio de seguridad, aislada y afectada por sesgos atencionales, la habilidad de la víctima para evaluar adecuadamente sus recursos para responder al problema, está distorsionada. Además carece de vías para la expresión emocional, aumentan los sentimientos de culpa y vergüenza y disminuye la autoestima. La cronificación del estrés, las cogniciones depresógenas y el distrés sin afrontamiento, se unen para estabilizar el estado depresivo en la víctima que evolucionará a un patrón distímico, que será el último eslabón en un continuo estrés-ansiedad-depresión-distimia. A esto se suma la aparición de embotamiento emocional y reducción de la sensibilidad.
- Fase de adaptación: En esta última fase, la víctima comienza a someterse a las condiciones externas y a adaptarse de manera paradójica a la violencia de su agresor. La mujer asume que el mantenimiento de un contexto hostil y adverso es independiente de los medios que ella pueda poner en práctica para modificarlo, cayendo de este modo en un estado similar a la indefensión aprendida. Para abandonar este estado, la mujer se identifica de manera traumática con el agresor, pasando de atribuciones personales internas a otras externas y universales. La mujer protege su autoestima, desplazando la culpa hacia quienes el agresor ha declarado sus enemigos o responsables de la situación. De este modo la mujer establece una

especie de alianza con su pareja para intentar afrontar, paradójicamente, la espiral de agresiones. Únicamente se aceptan los aspectos positivos del agresor filtrándose los negativos. Si bien la existencia del SAPVD se encuentra en fase de prueba por el grupo de investigación en el que trabaja Montero, el autor reconoce que la incidencia de este cuadro clínico puede no ser tan común como la presencia de otros condicionantes que rodean la permanencia de la mujer en la situación de violencia doméstica.

#### 3.4.3.3. Abuso o dependencia de sustancias

El meta-análisis realizado por Golding (1999) revisa separadamente aquellos estudios en que se relaciona el abuso o dependencia del alcohol y el abuso o dependencia de otras drogas, con la violencia doméstica.

En relación al alcohol, la autora estudia 10 investigaciones encontrando que la prevalencia de abuso o dependencia de esta sustancia va de 6.6% a 44%, disminuyendo a medida que el tamaño muestral de las investigaciones aumenta, con una media ponderada de 18.5%.

En relación al abuso o dependencia de otras drogas, encuentra 4 estudios que lo relacionan con la violencia doméstica, con tasas de prevalencia que van desde 7% a 25% y una media ponderada de 8.9%.

#### 3.4.3.4. Baja autoestima

El estudio realizado en España con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica al que ya se ha hecho alusión, encuentra que su grado de autoestima es escaso, por debajo de la población normal, sin existir diferencias significativas entre las mujeres que han vivido maltrato físico o las que exclusivamente han padecido maltrato psicológico.

Lynch y Graham-Bermann (2000) llevan a cabo un estudio en el que comparan 57 mujeres que han vivido maltrato en el último año, 40 mujeres que han vivido maltrato alguna vez en su vida,

pero no durante los últimos 12 meses, y 16 mujeres que nunca han sido maltratadas, en variables como maltrato físico, maltrato psicológico, autoestima y autoafirmación, entendida esta última como aquellas fuentes de gratificación que ayudan a la persona a establecer una imagen positiva de sí misma (trabajo, familiares, amigos, hijos).

Encuentran que la violencia psicológica y la autoafirmación, predicen de manera significativa el nivel de autoestima de las mujeres que actualmente viven maltrato. La violencia física no actúa como predictor en este grupo de mujeres.

En los otros dos grupos, ni la autoafirmación ni ningún tipo de violencia se relacionan con la autoestima. Según los autores, es probable que las mujeres que han vivido violencia doméstica puedan volver a depender solo de su valoración personal para tener un nivel adecuado de autoestima, sin requerir otras fuentes de afirmación, al cabo de un año de haber dejado la relación de maltrato.

Se ha visto que como variables predictoras del desarrollo de baja autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica que viven en casas de acogida, se encuentra el tiempo de permanencia en la casa y la percepción de apoyo social actual, ambas variables relacionándose de manera negativa; es decir, tener personas con quien hablar de la situación vivida y de los problemas que van surgiendo, y sentirse segura y respaldada, proporcionaría un mayor grado de bienestar aumentando la autoestima. Villavicencio y Sebastián (1999)

Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas. A esto pueden sumarse las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte del agresor y el aislamiento que suelen padecer, que las priva de relaciones con otras fuentes de refuerzo social.

#### 3.4.3.5. Cogniciones postraumáticas

Las cogniciones postraumáticas son uno de los tres grandes efectos que tiene la vivencia de violencia doméstica según Villavicencio y Sebastián (1999) además de los síntomas postraumáticos o desarrollo del TEPT y de los problemas para establecer relaciones.

La exposición a cualquier trauma, incluida la violencia doméstica, puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, a los demás y al mundo. Las principales creencias y percepciones que se ven modificadas producto de una experiencia traumática, recogidas en la literatura científica, son:

- Percepción de seguridad o vulnerabilidad,
- Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo,
- Autopunición por lo sucedido,
- Percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático,
- Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva,
- Incremento en la tolerancia a la violencia,
- Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo), y
- Percepción de falta de significado.

#### 3.4.3.6. Déficit en solución de problemas

Refiere Villavicencio y Sebastián (1999) en el estudio realizado por Launius & Jensen durante 1987 comparan las habilidades de solución de problemas de 19 mujeres maltratadas, 19 mujeres que están asistiendo a terapia y no han sufrido maltrato, y 19 mujeres que no han asistido a terapia y que no han sufrido violencia doméstica, todas alumnas universitarias, midiendo su capacidad intelectual, ansiedad y depresión.

Los autores encuentran que aun controlando las variables mencionadas, las mujeres maltratadas presentan déficit en tres áreas respecto a sus habilidades para solucionar problemas:

- Generan menos alternativas de solución que ambos grupos de mujeres no maltratadas,
- Generan un número menor de alternativas de solución efectivas que las mujeres no maltratadas, y
- Presentan menor probabilidad de elegir una alternativa de solución efectiva frente a un problema dado.

Este déficit en las habilidades para solucionar problemas tiene dos explicaciones. Por una parte, la vivencia de repetidos episodios de maltrato conduciría a la víctima a desarrollar la percepción de que es incapaz de lidiar con sus problemas, debilitando sus habilidades al respecto.

Por otra, se plantea que las mujeres maltratadas reunirían una serie de factores como falta de modelos adecuados en solución de problemas, experiencias pasadas de abuso, ausencia de experiencia en solución de problemas, ausencia de entrenamiento al respecto, entre otros., que las conducirían a no desarrollar de manera adecuada las habilidades para resolver problemas ni estrategias de afrontamiento que les permitan lidiar con problemas cotidianos.

También es probable que la presencia de fuertes respuestas emocionales condicionadas negativas bloquee las respuestas racionales en las mujeres maltratadas y de ahí este déficit en solución de problemas. De hecho, los datos del estudio de Claerhout, Elder & Janes son perfectamente interpretables como la consecuencia del desarrollo de TEP que lleva a las mujeres a evitar aquellos estímulos, que por asociación con la experiencia traumática, les producen miedo o ansiedad.

No existe un déficit patológico en las habilidades de solución de problemas de las mujeres que han experimentado violencia doméstica, sino que estas se ven enfrentadas a múltiples decisiones en la resolución del conflicto marital, decisiones que se basan en la información disponible para las víctimas que no siempre es clara ni apropiada.

#### 3.4.3.7. Inadaptación

Se encuentra un nivel muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que existan diferencias significativas entre aquellas mujeres víctimas de maltrato psicológico y las que además padecen maltrato físico. Los autores explican el alto nivel de inadaptación como consecuencia de los síntomas clínicos que las mujeres en esta situación desarrollan.

Vázquez (1999) plantea que en una relación de maltrato se producen típicamente una serie de hechos que llevan a una inadaptación global a la víctima de violencia doméstica:

- Aislamiento social, propiciado por el maltratador y aceptado, en ocasiones, por la víctima que se avergüenza de sus lesiones, conducente a inadaptación social,
- Aparición de cuadros clínicos lo que conlleva inadaptación emocional,
- Alteración de las relaciones familiares, tanto con los hijos como con la familia extensa, conducente a inadaptación familiar, y
- Bajo rendimiento laboral, ausentismo laboral, aislamiento de los compañeros de trabajo o pérdida del trabajo, que conduce a inadaptación laboral.

#### 3.4.3.8. Suicidio o ideación suicida

La ideación suicida y el suicidio se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo.

Asimismo, diversos estudios han encontrado de manera repetida que el aislamiento social es un factor de riesgo para el suicidio y se debe recordar que las mujeres que viven violencia doméstica generalmente se encuentran en esa situación. La violencia doméstica tiene graves consecuencias en la salud física y mental de sus víctimas. En la salud física, a diferencia de lo que pueda pensarse, las consecuencias más comunes no son las lesiones sino los trastornos funcionales que

se mantienen a largo plazo como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, entre otros.

Entre los principales problemas de salud mental se encuentran la depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida. Si bien se han descrito síndromes específicos para dar cuenta de los diversos síntomas o trastornos que pueden llegar a desarrollar las mujeres maltratadas –Síndrome de la Mujer Maltratada y Síndrome de Adaptación Paradójica–, se cree que las categorías diagnósticas bien establecidas, como la depresión o el TEP, y los problemas psicopatológicos recién consignados están en condiciones de describir el fenómeno.

De todos los problemas mencionados, los más importantes son la depresión y el TEPT, que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 47.6% y 63.8%, respectivamente. Las cogniciones postraumáticas, la baja autoestima y el déficit en solución de problemas, se explican en las mujeres víctimas de violencia doméstica como consecuencia de la situación que viven. Es un hecho conocido que la experiencia de un suceso traumático rompe las creencias que una persona tiene acerca de sí, del mundo y de los demás.

Si uno de los cambios en las ideas acerca de sí tiene que ver con la autopunición por el suceso traumático y con la incapacidad para hacer frente a los diversos problemas cotidianos, es comprensible la pérdida de autoestima, sobre todo si el agresor, única fuente de refuerzo social para la mujer maltratada, se encarga de repetirle a su víctima que no vale para nada. Asimismo, el déficit en solución de problemas se deriva de esta pérdida progresiva de autoestima y de los síntomas tanto del TEPT como de la depresión, que impiden a la víctima ejercer respuestas racionales adecuadas para hacer frente a su situación.

El abuso o dependencia de sustancias y los intentos de suicidio no serían más que lamentables alternativas de solución frente a la problemática en que se encuentran las víctimas. La inadaptación a la vida cotidiana es la consecuencia más global de estos trastornos y problemas psicopatológicos.

### 3.5. Depresión

De las entidades nosológicas reconocidas en las clasificaciones internacionales, es sin duda la depresión la que hasta hace poco era usada con más frecuencia en el diagnóstico de las víctimas de violencia doméstica.

Golding (1999) en un meta-análisis, revisa 18 estudios que relacionan depresión y violencia doméstica (exclusivamente maltrato físico), encontrando una prevalencia de este cuadro clínico que va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47.6%. La variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas puede deberse a la diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados. La severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión. En tres de los estudios se encuentra que la depresión es precedida por la vivencia de violencia doméstica.

En un estudio con 50 mujeres víctimas de maltrato físico o psicológico severo, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor, con tasas de depresión significativamente más altas para aquellas mujeres que vivieron maltrato psicológico, que para las que padecieron maltrato físico.

En el estudio en mención refiere Golding (1999) que investigadores como Riggs, Caulfield & Street afirman que más del 50% de las muestras de mujeres maltratadas cumplen criterios para depresión mayor, con tasas que alcanzan hasta el 80%.

La explicación del desarrollo de un cuadro de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica puede encontrarse tanto en las teorías del estrés como en las teorías cognitivas de la depresión. Las teorías del estrés plantean que los trastornos del estado de ánimo son una de las posibles respuestas de la persona a los eventos vitales estresantes, siendo el maltrato doméstico uno de aquellos eventos.

Que la violencia doméstica se convierta en un suceso estresante depende de cómo interprete la víctima la situación que vive, ya sea en términos de las demandas de la situación, que claramente en este caso es de daño, pérdida y amenaza, en el esquema y de la evaluación que haga acerca de sus propios recursos para hacerle frente.

Por otra parte, las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida en que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas.

También se plantea desde este grupo de teorías, que una variable crítica en el desarrollo de la depresión es un autoesquema negativo, la tendencia a verse a sí mismo como perdedor tendencia presente en las mujeres que sufren violencia doméstica debido a que se ven sometidas constantemente a las críticas del agresor, sumadas al aislamiento y, por tanto, privación de otras fuentes de refuerzo social.

En suma, la violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive.

### 3.6. Trastorno de ansiedad

Según el estudio de Gleason (1993) la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático serían los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia aparecen en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Así pues, la tasa de prevalencia de la fobia específica era de un 80% en las mujeres maltratadas en casa de acogida y de un 63% en las víctimas que vivían en su casa, frente a una prevalencia de un 15% en mujeres no maltratadas. Por otro lado, el 30% y 28% de las mujeres maltratadas en casa de acogida y en su propio domicilio, respectivamente, cumplían criterios para el diagnóstico de agorafobia según criterios DSM IV-TR, frente a un 8% de las mujeres de la muestra epidemiológica.

Respecto a la ansiedad generalizada, la tasa de prevalencia era de un 38% en las mujeres de refugio, de un 47% en las víctimas que vivían en su casa y de un 6% en la muestra epidemiológica. Finalmente, la tasa de prevalencia del TOC era algo inferior, 33%, 44% y 3% en las mujeres de casa de acogida, en las mujeres en su domicilio y en las mujeres del estudio epidemiológico, respectivamente.

En relación a las variables predictoras, Villavicencio y Sebastián (1999) encontraron en un estudio con 80 mujeres maltratadas que permanecían en casas de acogida, que el trastorno obsesivo compulsivo correlacionaba de manera negativa con el tiempo de permanencia en la casa y de manera positiva con la exposición a la violencia en la familia de origen durante la infancia o adolescencia y con el uso de estrategias de afrontamiento evitativas.

Un estudio llevado a cabo por Gleason (1993) compara la presencia de trastornos mentales según criterios DSM III, entre 62 mujeres maltratadas -30 se encontraban en refugios y 32 en sus propias casas, viviendo con o sin el agresor-, y 10.953 mujeres de un estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Estados Unidos.

En relación a los trastornos de ansiedad, el autor encuentra que la fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático, presentan una prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres maltratadas que en la muestra epidemiológica.

### 3.7. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Desde la modificación establecida en el DSM-5 sobre lo que se considera un suceso traumático, la violencia doméstica ha pasado a constituir un estresor capaz de provocar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y, por lo tanto, se ha empezado a investigar este trastorno como una de las posibles consecuencias del maltrato. Las versiones anteriores del DSM, definían un estímulo estresante traumático como un evento que se encontraba fuera del rango de la experiencia habitual humana, por lo que la violencia doméstica, dada su elevada frecuencia, no podía ser considerada como tal. La definición del DSM-V de un suceso traumático, se basa en que dicho acontecimiento represente una amenaza directa o indirecta para la vida o el bienestar de una persona y en la forma en que esa persona responde a dicha amenaza, esto es, con temor, desesperanza u horror intensos (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980, 1994, 2000).

Dentro de los criterios diagnósticos en el DSM 5 se encuentran los siguientes:

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

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

Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otro (s).

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

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

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

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

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

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

Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: en los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

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

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

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

Comportamiento imprudente o autodestructivo.

Hipervigilancia.

Respuesta de sobresalto exagerada.

Problemas de concentración.

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

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

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

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. Especificar si: Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

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

Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). Especificar si: Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

### 3.8. Las secuelas emocionales en las víctimas

Las secuelas emocionales, a modo de cicatrices psicológicas, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un menoscabo de la salud mental. Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de sucesos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad, según el apartado F62.0 de la CIE-10 OMS (1992).

Es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, entre otros.) que se mantienen durante al menos 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral.

Esta transformación de la personalidad puede evolucionar de un estado crónico a una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1) que puede surgir como consecuencia

de haber sufrido un suceso violento. Cuando existe riesgo que, de perder la vida, existen graves consecuencias para la salud mental.

Las personas con este padecimiento sufren estos síntomas durante más de un mes y no pueden vivir como lo hacían antes del suceso traumático. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático, por lo general aparecen en un período de tres meses de la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan meses o hasta años después. Los estudios sugieren que entre el 2% y el 9% de la población tiene cierto grado del trastorno.

No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se ve expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite. Parece ser que las mujeres sufren más el trastorno de estrés postraumático que los hombres.

Es importante saber que las personas con trastorno de estrés postraumático frecuentemente consumen alcohol u otras drogas como forma de automedicarse y sentirse mejor. Las personas que tienen este padecimiento también tienen un riesgo más elevado de suicidio. Los síntomas del TEPT los puede dividir en tres subgrupos. Rodríguez de Armenta (2007):

Síntomas de reexperimentación: son todos aquellos síntomas relacionados con revivir el suceso traumático, en este caso, la violencia doméstica: tener pesadillas acerca de los malos tratos, recordar constantemente lo vivido, sentir malestar, sudoración o taquicardia al recordarlo.

Síntomas de evitación: la persona no quiere saber nada del suceso traumático porque su recuerdo le provoca un malestar exagerado: evita pensar en el suceso traumático, evita a las personas o las situaciones que se lo recuerdan, evita el lugar donde se produjo el incidente traumático, no tiene ganas de hacer cosas que antes hacía, no tiene ilusiones para el futuro y lo ve muy negativo, se siente incapaz de retomar su vida.

Síntomas de hiperactivación: relacionados con un aumento en la activación del organismo: estar irritable, no poder concentrarse, tener dificultad para conciliar o mantener el sueño,

estar excesivamente alerta a los posibles peligros, mostrarse muy desconfiada con los demás y con una visión muy negativa del ser humano.

En cuanto a los factores asociados al estrés postraumático se pueden mencionar los siguientes Rodríguez (2002):

Factores de vulnerabilidad: existen tres tipos de factores característicos del sujeto y de su entorno, previos al trauma, que pueden vulnerabilizarle hacia cuadros psicológicos posteriores:

Factores de personalidad: generalmente son personas con tendencia a evitar experiencias nuevas. Presentan un tiempo de adaptación lento y un locus de control externo.

Factores biológicos: dependen de unas pautas determinadas de respuesta endocrina y de neurotransmisión.

Ausencia-Influencia de factores de protección social.

Factores de protección: son aquellos que, siendo tanto internos como externos, van a proteger al individuo de la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos posteriores:

Factores de personalidad y biológicos: recursos para afrontar el estrés.

Apoyo y protección familiar.

Apoyo social próximo: amigos, grupos de afiliación.

Apoyo social general: opinión pública, medios de comunicación.

Apoyo social institucional: Estado, Administración Pública. Si la confluencia de estos factores favorece al sujeto, los síntomas se irán metabolizando (readaptación funcional).

Si ocurre lo contrario, el desequilibrio de esta segunda etapa se irá agravando, emergiendo y fraguándose en un conjunto de síntomas que determinarán su vida: TEPT y trastornos asociados. Desde la perspectiva de la víctima, la incapacidad por parte del entorno para comprender la situación y ofrecerle reconocimiento y compensación, acaba constituyendo una segunda victimización, -a menudo más dolorosa que la inicial- que potencia y arraiga el TEPT (Rodríguez, 2002).

## Capítulo 4

### Modelo Cognitivo Conductual en casos de violencia intrafamiliar

Según Clapier-Valladon (1987) este modelo propone que más que la realidad en sí, son las percepciones de esta las que determinan al sujeto. Un mismo problema puede ser visto diferente según el sujeto que le da significado. La psicología cognoscitiva se preocupa más de la unidad de la conducta buscando los aspectos cognoscitivos y le da un lugar preponderante en la personalidad, al intelecto.

El enfoque cognoscitivo da mayor importancia a la manera en que el hombre procesa en su mente la información, como la evalúa y cuál es su reacción en base a sus planes y presiones. El mismo autor menciona que en cuanto a la evaluación, esta se centraría en el análisis de los constructos que motivan la conducta del paciente puesto que su percepción es la realidad imaginaria donde se mueve.

Con respecto al abordaje terapéutico, el problema del paciente representa una excelente oportunidad desde el punto de vista del cognitivismo de replantear los problemas e interpretarlos de manera menos agresiva. El pesimismo que lo rodea no es precisamente el hecho desencadenante, sino la forma de interpretarlo. Sus constructos necesitan replantearse de manera que cambie la visión de sus problemas. Podría instársele por ejemplo a explorar el significado de sus nuevas condiciones y buscar las oportunidades que se le presentan en las nuevas circunstancias.

El autor en referencia indica que el papel de uno frente al mundo puede cambiar con el cambio de percibirse en él, de tal forma que puede cambiar al paciente de víctima de los demás a contribuidora directa de la forma en que los demás lo ven y le rehúyen. El cambio impulsado por el psicólogo sería replantear sus creencias y hacer conciencia de lo que provoca en los demás y que refuerzan el círculo vicioso de intento de relacionarse y quedarse solo. En cuanto a la forma de intervenir de manera más específica sugiere que cuando el diagnóstico es depresión, se utilice

la programación y ejecución de actividades graduales conjuntamente con reestructuración cognoscitiva.

#### 4.1. Conceptos teóricos fundamentales

Según El Manual de técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales, la Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a comienzos de los años setenta. Su actividad profesional ha estado ligada desde sus comienzos al ámbito clínico y al académico. La influencia de estos dos ámbitos se ve reflejada en el hecho de que la Terapia Cognitiva desde sus inicios lleve aparejado un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico.

El origen, se debió a su descontento con los resultados del psicoanálisis, sus investigaciones sobre depresión, la observación de sus pacientes y la autoobservación de sus pensamientos ante situaciones vitales negativas de alto contenido emocional, de él mismo. Las ideas de Beck se fueron desarrollando en base a la observancia de los trabajos de varios psicólogos y de su propia experiencia, sin embargo, en 1960 los trabajos de Piaget, Beck denominó a las estructuras cognitivas “esquemas”.

Esquema mental: Es un marco mental cognitivo o conceptual que ayuda a organizar e interpretar cierta información. Estructuras cognitivas? Esos valores y creencias van a depender de las experiencias previas, la cultura, el contexto histórico, lenguaje, género, estatus social, raza...

Los pensamientos automáticos son aquellos que surgen en forma espontánea, son muy breves y hasta pueden no reconocerse, a menos que se ayude al paciente a registrarlos. Por ejemplo, pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre algún peligro. Sesgo cognitivo es un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento mental, lo que lleva a una distorsión, juicio inexacto, interpretación ilógica, o lo que se llama en términos generales irracionalidad, que se da sobre la base de la interpretación de la información disponible

## 4.2. Evaluación

En la Terapia Cognitivo Conductual se trabaja enseñando a reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles para el paciente, o pensamientos disfuncionales. Para esto es necesario entrenar a la persona para que sea capaz de reflexionar acerca de su propia manera de pensar y plantearse qué puntos son conflictivos y cuáles no lo son. De este modo, se persigue que el cliente tenga más capacidad para cuestionarse las categorías con las que trabaja (como por ejemplo, "éxito y fracaso") y detectar patrones típicos de pensamiento que le causan problemas.

El proceso por el cual se consigue que el paciente reconozca los aspectos cognitivos que le producen malestar y pueda actuar sobre ellos se fundamenta en un modelo de actuación inspirado en el diálogo socrático. Esto implica que durante una parte de las sesiones de Terapia Cognitivo Conductual, el profesional irá devolviéndole el feedback necesario al paciente para que este, por sí mismo, detecte las contradicciones o las conclusiones indeseadas a las que le llevan sus estilos de pensamiento y sus esquemas cognitivos.

El terapeuta no guía al paciente en este proceso, sino que más bien le plantea preguntas y remarca aseveraciones que el propio cliente ha hecho para que este último vaya profundizando en el estudio de su propio pensamiento.

La segunda parte de la Terapia Cognitivo Conductual implica intervenir sobre los focos cognitivos y materiales que se han detectado. Esto conlleva, por un lado, fijar unos objetivos concretos a cumplir, y por el otro, entrenar al paciente para que sea capaz de determinar desde su propio criterio las estrategias que lo acercan y lo alejan de estas metas. Además, como los objetivos han sido definidos de manera que pueda comprobarse de manera imparcial si se han cumplido o no, es fácil medir los progresos que se van haciendo y el ritmo en el que se suceden para tomar nota de ello y, si se da el caso, introducir cambios en el programa de intervención.

Cumplir los objetivos al pasar por un programa de sesiones con Terapia Cognitivo Conductual puede suponer, por ejemplo, minimizar significativamente los efectos de una fobia, terminar con una adicción o, abandonar un estilo de pensamiento obsesivo. En definitiva, problemáticas con una vertiente material y otra vertiente subjetiva o emocional.

### 4.3. Diagnóstico

El enfoque cognitivo-conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, el lenguaje. Todas las personas desarrollan durante toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales.

El psicólogo o psicóloga cognitivo conductual aplica a cada dificultad los modelos que explican cómo cambia el comportamiento general. Para ello, es necesario conocer cuál es el comportamiento problemático, en qué situaciones sucede, con qué frecuencia e intensidad. Después, se analizan sus antecedentes, consecuentes, la historia general de aprendizaje, condiciones biológicas y entorno social. Y finalmente se elabora un proceso terapéutico único.

Las técnicas cognitivo conductuales van dirigidas a tratar de cambiar estos comportamientos problemáticos, aumentando unos y disminuyendo otros, creando nuevos comportamientos, ayudando a relativizar o mejorar otros, y un largo, entre otros, buscando siempre el objetivo de que la persona adapte eficazmente sus comportamientos a su entorno.

#### 4.3.1. Perspectiva terapéutica

La práctica profesional se basará en los siguientes principios:

- Inspirarle confianza

- Actitud positiva, recuadrar y buscar la parte útil de cualquier situación, aprovechar cualquier aparente obstáculo, para que aprenda y progrese
- Hacer resumen de lo que él ha dicho y pedirle que los haga
- Hacer preguntas como: ¿Es esto lo que quieres decir? ¿Puedes resumir lo que te he dicho?
- Usar el humor con prudencia y sensatez

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de tres meses, aproximadamente doce sesiones, teniendo una sesión por semana de 60 minutos

#### 4.4. Terapia y farmacología

La TC para la depresión muestra resultados similares o marginalmente superiores a los de los tratamientos farmacológicos; estudios que comparaban la efectividad de tratamientos farmacológicos y Terapia Cognitiva en pacientes depresivos.

- Terapia Cognitiva y farmacológica combinada: Muestra efectividad en esta combinación en trastornos mentales como esquizofrenia así como en la depresión bipolar.
- Terapia Cognitiva vs otras intervenciones: Existen evidencia TCC y la TC para mostrar que son efectivas para mejorar la mayoría de los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-R., resulta efectiva para reducir tanto los síntomas emocionales como las conductas de evitación y los pensamientos disfuncionales en diferentes trastornos de ansiedad.
- Mantenimiento de los beneficios terapéuticos: Muchos estudios indican la efectividad del tratamiento de la TC aún terminado el tratamiento, se mantienen y las recaídas son menores.
- Terapia Cognitiva en problemas de salud en general: Diferentes estudios resaltan la efectividad de la TC, en combinación con el tratamiento médico pertinente para mejorar una amplia variedad de problemas

## 4.5. Tratamiento y terapia

La terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. Los programas en donde se incorpora la terapia cognitivo conductual se clasifican en tres grupos:

- Enfocado al trauma (tratamiento individual)
- Enfocado al manejo del estrés (tratamiento individual)
- Terapia de grupo

Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones) pueden ser efectivas si el tratamiento inicia en los primeros meses después del evento traumático. A su vez, el tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez por semana) y debe ser dado por el mismo terapeuta. A todos los sujetos que presenten síntomas relacionados con TEPT se les debe incorporar en un programa terapéutico con la técnica cognitiva conductual, enfocada al trauma. Es importante considerar el tiempo desde que ocurrió el evento y el inicio de síntomas de TEPT para definir el plan terapéutico

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8 a 12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta.

### 4.5.1. Efectos de la terapia individual

La TCC es un tratamiento psicológico a corto plazo que ayuda a modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. La TCC suele usarse para tratar la ansiedad y la depresión. En la modalidad individual la TCC es un tipo de terapia de conversación. Es una

combinación de terapia cognitiva (que estimula los procesos de pensamiento) con terapia conductual (que se concentra en la conducta que responde a estos pensamientos).

Las técnicas más comunes de TCC incluyen:

- Cuestionar las creencias negativas y reemplazarlas con alternativas
- Resolver problemas
- Desarrollar capacidades para sobrellevar situaciones difíciles

La TCC, es un tratamiento a corto plazo que suele durar entre seis semanas y seis meses. Consiste en sesiones individuales de tratamiento, a las que se suele asistir semanalmente. En ocasiones, también se ofrecen sesiones de grupo. La cantidad de sesiones dependerá del trastorno y del compromiso con el tratamiento. Cada sesión suele durar una hora aproximadamente.

La TCC en casos de violencia, se usa mayormente para tratar trastornos de ansiedad o depresión, pero también puede usarse para tratar lo siguiente:

- Trastornos de pánico
- Trastornos de la alimentación
- Trastorno obsesivo-compulsivo (toc)
- Trastorno bipolar
- Fobias
- Estrés
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia
- Ataques de ira
- Problemas para dormir
- Trastorno dismórfico corporal
- Dolor persistente

- Problemas sexuales o de relaciones

Los diferentes modelos de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) han sido aplicados con éxito a una amplia gama de trastornos mentales y problemas que aquejan a los seres humanos. Desde sus orígenes, dichos enfoques tuvieron un importante interés por obtener apoyo empírico para los modelos de intervención que han ido diseñando. Esto contribuyó a su gran difusión y el espíritu integrador que han tenido en el aspecto técnico le permitió una gran aceptación por parte de los profesionales de la salud mental en diversos contextos.

El modelo de Aaron T. Beck para el tratamiento de la depresión (1967 - 1983) inicialmente unipolar y sin síntomas psicóticos fue aplicado, conforme pasaron los años y se hicieron las modificaciones necesarias, a la depresión bipolar, los síntomas psicóticos y diversos trastornos de ansiedad. Así, surgieron interesantes abordajes en los trastornos bipolares, los trastornos psicóticos, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

El formato grupal presenta grandes ventajas sobre el individual en la relación costo-beneficio y la mayoría de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre uno y otro en términos de eficacia. Desde sus inicios, el modelo cognitivo de Beck contempló el formato grupal en el tratamiento de la depresión.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) también fue administrada en formato grupal (TCCG) en numerosos trastornos y problemas. Si bien la mayoría de estos modelos cognitivo-conductuales se han centrado en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas o a personas en riesgos con fines preventivos.

En este último tipo de intervenciones, el formato grupal posee gran aceptación dado que no están dirigidas a personas aquejadas por un trastorno mental y no presentan problemas clínicos de una gravedad que justifiquen una atención individual (las propuestas de Seligman o los enfoques

psicoeducativos desarrollados por diferentes autores). Otro de los objetivos de los modelos cognitivo-conductuales ha sido prevenir las recaídas en pacientes ya libres de los síntomas del trastorno, o al menos libres de la mayoría de ellos. Estas intervenciones también han utilizado el abordaje grupal.

#### 4.5.2. Efectos de la terapia grupal

Los diferentes modelos de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) han sido aplicados con éxito a una amplia gama de trastornos mentales y problemas que aquejan a los seres humanos. Desde sus orígenes, dichos enfoques tuvieron un importante interés por obtener apoyo empírico para los modelos de intervención que han ido diseñando. Esto contribuyó a su gran difusión y el espíritu integrador que han tenido en el aspecto técnico le permitió una gran aceptación por parte de los profesionales de la salud mental en diversos contextos.

El modelo de Aaron T. Beck para el tratamiento de la depresión (1967 - 1983) inicialmente unipolar y sin síntomas psicóticos fue aplicado, conforme pasaron los años y se hicieron las modificaciones necesarias, a la depresión bipolar, los síntomas psicóticos y diversos trastornos de ansiedad. (Keegan, 2007) Así, surgieron interesantes abordajes en los trastornos bipolares, los trastornos psicóticos, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

El formato grupal presenta grandes ventajas sobre el individual en la relación costo-beneficio y la mayoría de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre uno y otro en términos de eficacia. Desde sus inicios, el modelo cognitivo de Beck contempló el formato grupal en el tratamiento de la depresión.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) también fue administrada en formato grupal (TCCG) en numerosos trastornos y problemas. Si bien la mayoría de estos modelos cognitivo-conductuales

se han centrado en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas o a personas en riesgos con fines preventivos.

En este último tipo de intervenciones, el formato grupal posee gran aceptación dado que no están dirigidas a personas aquejadas por un trastorno mental y no presentan problemas clínicos de una gravedad que justifiquen una atención individual (las propuestas de Seligman o los enfoques psicoeducativos desarrollados por diferentes autores). Otro de los objetivos de los modelos cognitivo-conductuales ha sido prevenir las recaídas en pacientes ya libres de los síntomas del trastorno, o al menos libres de la mayoría de ellos. Estas intervenciones también han utilizado el abordaje grupal.

#### 4.6. Propuesta de Plan de tratamiento

##### 4.6.1. Consideraciones previas

Como se ha visto en el capítulo 3, la violencia doméstica produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas. Entre las principales se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida.

De todos estos problemas los más importantes, debido a su elevada frecuencia, son el TEPT y la depresión, que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 63.8% y un 47.6%, respectivamente. Golding (1999).

A pesar de ello, las investigaciones específicas de tratamiento para mujeres víctimas de violencia doméstica son escasas y suelen evaluar variables cuya relación con el problema no es importante, dejando de lado la evaluación del TEPT y la depresión. Asimismo, presentan grandes problemas metodológicos, como la ausencia de instrumentos válidos y fiables en la evaluación, ausencia de seguimientos a largo plazo, ausencia de grupos control o cuasi control, entre otros. Abel (2000)

Tampoco se describen con detalle las técnicas empleadas, las que se utilizan no se deducen de un marco de referencia claro ni guardan relación con modelos teóricos sólidos.

Esto último puede deberse a que los principales modelos que han orientado las intervenciones con víctimas de malos tratos, son modelos explicativos del problema de la violencia doméstica, esto es, modelos que intentan dar cuenta del porqué de la conducta violenta del agresor y/o del mantenimiento de la víctima en la situación de violencia, centrándose en variables del agresor, de la víctima y/o de la relación que permitan explicar el fenómeno.

De este modo, se ha intentado modificar habilidades de comunicación, de resolución de problemas, autoestima, entre otros., de la víctima, en un intento de evitar su “recaída” en una relación violenta, en definitiva, se ha hecho un esfuerzo por modificar características de las víctimas que se suponen actúan como causas de la violencia doméstica.

Otras intervenciones, no se han basado en modelos teóricos de ningún tipo y con gran pragmatismo, han querido abordar solo las consecuencias de la violencia doméstica en sus víctimas. Entre las intervenciones que abordan las consecuencias de la violencia doméstica, son pocas las que se centran en el TEPT, a pesar de que parece ser el diagnóstico que mejor describe el conjunto de síntomas que padecen las mujeres maltratadas.

El estado actual de conocimientos acerca de este trastorno, permite afirmar que las terapias psicológicas son relativamente eficaces en el tratamiento del TEPT y dentro de ellas, la terapia de exposición ha demostrado ser la más efectiva en el tratamiento del trastorno. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones para el tratamiento del TEPT llevadas a cabo en víctimas distintas a las de violencia doméstica mezcla componentes cognitivos y de exposición en un mismo protocolo de tratamiento y las teorías que explican el trastorno apoyan esta decisión.

Asimismo, la mayoría de las intervenciones terapéuticas realizadas se ha llevado a cabo en víctimas de agresiones sexuales o violación, veteranos de guerra y en distintos tipos de víctimas,

(víctimas de accidentes de tránsito, víctimas de asalto, entre otros.), pero no en víctimas de violencia doméstica, lo que no permite generalizar los resultados obtenidos a ellas.

Las víctimas de violencia doméstica que desarrollan TEPT presentan ciertas características específicas en cuanto a los síntomas postraumáticos y a otros problemas psicopatológicos desarrollados. Un estudio llevado a cabo por Echeburúa, Corral y Amor (1998) encuentra que la inadaptación a la vida cotidiana es mucho más marcada en víctimas de violencia doméstica que en víctimas de agresiones sexuales, así como también la aparición de depresión. A su vez, las víctimas de agresiones sexuales presentan mayores niveles de ansiedad.

Los síntomas más frecuentes encontrados en las víctimas de violencia doméstica fueron: Recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador, todos ellos presentes en más del 75% de las mujeres que desarrollaron TEPT o su subsíndrome.

Asimismo, entre el 50% y el 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso al recordar el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos asociados al maltrato, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad y dificultades de concentración. (Echeburúa, Corral y Amor, 1998) La violencia doméstica se diferencia de otro tipo de sucesos traumáticos por darse en el lugar que se supone fuente de seguridad y protección, el hogar, lo que desestructuraría más la visión del mundo como un lugar seguro y organizado en este tipo de víctimas.

Por ello se cuestiona que el empleo exclusivo de técnicas de exposición valga como herramienta terapéutica eficaz, no solo por la necesidad de abordar la visión que tiene la víctima de sí y su entorno, sino porque aspectos como la organización de una nueva red de contactos y recursos parecen también necesarios por las condiciones de aislamiento a la que la víctima se ha encontrado sometida, y por los cambios de domicilio e incluso de situación laboral a la que se enfrenta, en la mayoría de las ocasiones, tras abandonar al agresor.

#### 4.6.2. Propuesta de Programa de Tratamiento

A partir de estas consideraciones, se ha visto la necesidad de desarrollar un programa terapéutico para víctimas de violencia doméstica que:

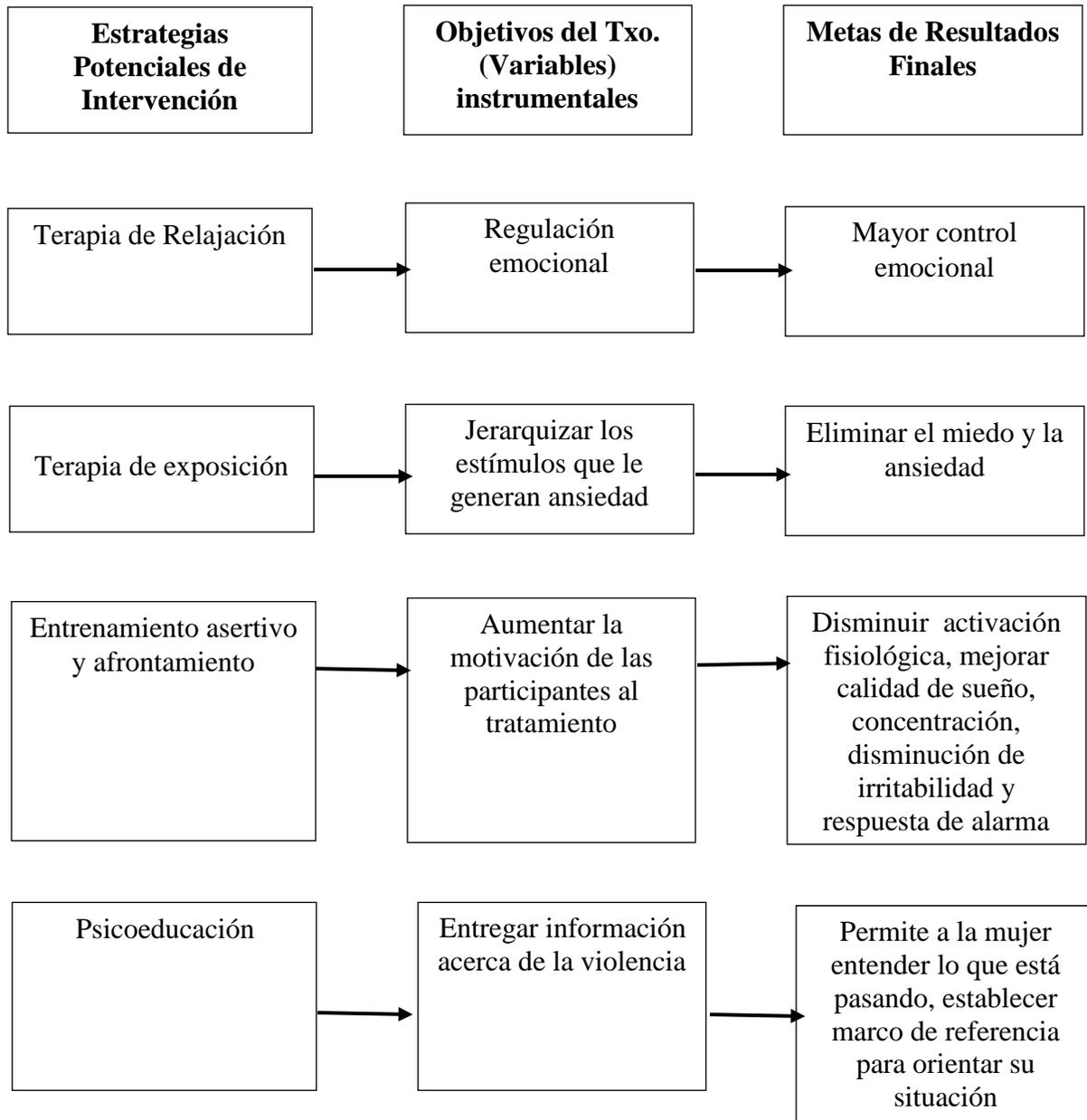
- Considere el desarrollo del TEPT en este tipo de víctimas,
- Incluya técnicas de exposición, pero también técnicas cognitivas, y
- Tenga en cuenta las necesidades de adaptación al medio a que se ven enfrentadas las mujeres en esta situación, tras dejar al agresor.

De este modo, el programa de intervención que a continuación se presenta, se basa por una parte, en los resultados experimentales encontrados en las intervenciones que se han llevado a cabo en víctimas de violencia doméstica y en personas aquejadas de TEPT, y por otra, en un modelo teórico sólido, no acerca de la violencia doméstica, sino, lo que se cree más adecuado, acerca del trastorno de estrés postraumático. El modelo al que se alude es la Teoría de la Representación Dual de Brewin, debido a que, como se ha visto es el modelo que parece más adecuado para dar cuenta del trastorno.

El programa de tratamiento que se ha elaborado y puesto a prueba según el Artículo de Investigación “Tratamiento Cognitivo Conductual centrado en el Trauma de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja” el cual consta de cuatro componentes:

- Terapia de Relajación
- Terapia de exposición
- Entrenamiento asertivo y afrontamiento
- Psicoeducación

**Figura No. 1**  
**Mapa de tratamiento**



Fuente: elaboración propia.

Se trata de un programa de tratamiento tanto individual como grupal, debido a que se ha planteado que esta modalidad presenta ciertas ventajas en este tipo de víctimas, al permitir a las participantes darse cuenta que hay otras mujeres en su situación, que sus reacciones frente a lo

ocurrido son normales, crear redes de apoyo social y aprender de las experiencias de sus compañeras de grupo.

El primer componente, psicoeducación, es un elemento clave de cualquier programa de tratamiento con víctimas de violencia doméstica, porque permite a la mujer entender qué es lo que le está pasando y cómo puede establecer un marco de referencia para orientar su actuación. En este caso específicamente se trata de entregar información a las participantes acerca de la violencia doméstica (ciclo y escalada), de las consecuencias de la misma, explicar los objetivos terapéuticos y el programa de tratamiento que se realizará.

El segundo componente, entrenamiento en control de la activación, tiene por objetivo lograr disminuir la activación fisiológica que presentan las víctimas, mejorando su calidad de sueño, su capacidad de concentración y disminuyendo sus niveles de irritabilidad y respuestas de alarma exagerada en los casos en que estos síntomas están presentes. Se aplica a través del entrenamiento en control de la respiración, debido a que es una técnica de fácil aplicación, que se entrena con rapidez (en una sola sesión) y que, debido a sus también rápidos resultados, puede aumentar la motivación de las participantes en el tratamiento.

El tercer componente, terapia cognitiva, tiene como objetivo trabajar aquellas emociones secundarias que se derivan de la evaluación que las víctimas hacen de la situación de violencia doméstica que han vivido, la idea es trabajar ideas de culpa, desesperanza, autoestima disminuida (muy relacionada con las ideas de culpa), entre otros. Para ello se emplean:

- Detención de pensamiento,
- Reevaluación cognitiva, y
- Entrenamiento en solución de problemas.

El cuarto y último componente, terapia de exposición, tiene como objetivo eliminar el miedo y la ansiedad que se deriva directamente de la experiencia de violencia doméstica que han vivido las víctimas. Se lleva a cabo principalmente a través de exposición prolongada en la imaginación y

por escrito, pero en los casos en que es factible también se lleva a cabo en vivo, esto es, en aquellos casos en que no hay peligro para la víctima ni posibilidad de recondicionamiento.

Así, además de tratar los síntomas postraumáticos (reexperimentación, evitación y aumento de la activación) con técnicas de desactivación y exposición, se tratan las ideas y sentimientos desarrollados tras la vivencia de la experiencia de violencia doméstica y se dota a la víctima de habilidades que le permiten adaptarse al medio que le toca enfrentar tras la ruptura con el agresor, a través de técnicas como la detención de pensamiento, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas.

La selección de los componentes terapéuticos no es aleatoria, sino que responde a los planteamientos realizados por Brewin al desarrollar la Teoría de la Representación Dual. El autor plantea que los tratamientos que solo involucren exposición a las memorias traumáticas, servirán para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma (miedo), mientras que las reacciones emocionales secundarias que se derivan de la evaluación consciente del evento traumático (culpa, desesperanza o indefensión) responderán a técnicas de terapia cognitiva conductual.

Asimismo, el orden de aplicación ideal de estos componentes en el programa de tratamiento también responde a fundamentos teóricos, y es el mismo que se ha seguido en su descripción: Psicoeducación y entrenamiento en relajación, en primer lugar, seguido de terapia cognitiva conductual y por último, terapia de exposición.

Esto debido a que la efectividad de la exposición será mayor cuando al recordar el trauma, en este caso los episodios de violencia doméstica, no se activen emociones secundarias como la culpa o la desesperanza, que puedan bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos recuerdos por la memoria verbalmente accesible, por lo que se sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición. Finalmente, la idea que subyace a todo este planteamiento ha

sido la búsqueda de un proceso de actuación, deducido teóricamente y sometido a prueba experimental.

#### 4.7. La terapia cognitivo conductual en la actualidad

Actualmente se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta. Caro (2002)

Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías. Beck et al (2001), entre ellas la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y la depresión. Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental y por consiguiente reflejada en sus actos.

La psicoterapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento.

Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo esta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para

el contexto en el cual se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas. De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.

Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. Lega, Caballo & Ellis (2002) El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones.

- Control de los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas.

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos.

De esta manera la TCC es como empieza a tener auge hasta la actualidad en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas.

En conclusión, la Terapia Cognitivo-Conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad, entre otros. Lega, Caballo & Ellis (2002)

Sin embargo, a pesar de su buena posición actual, no siempre fue así, como ya se vio, esta paso por un proceso muy largo de contrastaciones en psicoterapia y de nuevos hallazgos, así como retrocesos en la historia para poder entender sus preceptos teóricos, pero también se avanzó en el campo de la Psicoterapia al generar nuevas visiones y actitudes hacia las personas y sus problemas.

## Conclusiones

La violencia intrafamiliar afecta de manera negativa la vida integral de las mujeres, de esta forma no le permite desarrollar una ansiedad sana, ya que para su desarrollo total una ansiedad en nivel normal es parte importante de su desarrollo.

La violencia intrafamiliar representa un alto riesgo para la salud mental de la mujer ya que la conduce a trastornos psicopatológicos, siendo uno de los más significativos la ansiedad.

La terapia grupal es una importante herramienta terapéutica que puede ayudar a mujeres que sufren o han sufrido de violencia intrafamiliar a mejorar sus niveles de depresión.

El tratamiento psicoterapéutico para disminuir la ansiedad en víctimas de violencia intrafamiliar entre otras debe incluir la colaboración de todos los miembros de la familia y familiares cercanos.

El tratamiento cognitivo conductual ha provocado cambios muy significativos en la reducción de la autoestima negativa de las mujeres que han sufrido violencia intrafamiliar, así mismo ha sido eficaz en la reducción de los problemas del comportamiento global.

Los protocolos de tratamiento cognitivo conductual tanto de forma individual como grupal han sido eficaces en la mejora de los problemas del comportamiento internalizantes y externalizantes, es decir, ha generado cambios significativos en los problemas del comportamiento externalizantes, aunque también en algunos de índole internalizante.

## Referencias

- Alarcón, R.D. y Trujillo J. (1997). *La contemporaneidad de la violencia y su afronte multidimensional*. Fundación argentina de neuropsiquiatría. ALCMEON 23.
- Álvarez, M. (2002). *Nadie nos Enseña a Ser Padres, Manual de apoyo para padres y educadores*. 2º Ed. Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 170p.
- Amanto, M. (2007). *La pericia psicológica en violencia familiar. (Primera edición), (Primera reimpresión)*, Ediciones la Rocca, impreso en Argentina.
- Amor, P. (2000). *Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas*. Comunicación del seminario de la universidad internacional Menéndez Pelayo. Violencia contra las mujeres: Psicopatología y Tratamiento. Valencia, 5-9 de Junio.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001a). *Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6, 3, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001b). *Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales*. Análisis y Modificación de Conducta, 27, 114, 605-629.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2, 2, 227-246.
- Andolfi, M. (1997) *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Paidós.
- Ares, P. 2002. *Psicología de la Familia*. Guayaquil: Facultas de Ciencias Psicológicas de Ecuador

- Arias, I. y Pape, K. (1999). *Abuso Psicológico. Violencia y Víctimas*. 14, 55-67.
- Arinero, M (2006). *Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). *Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto*. *Psicología Conductual*, 12, 2, 233-249.
- Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.k., Dahlsgaard, K.K., Newman, C.F., y Beck, J.S. (2001). *Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders*. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Bowlby, J. (1958) *The Nature of the Child's Tie to His Mother*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013) *Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social*. En: *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 13 (1), 31-45.
- Campos, B. (2007). *Aplicación de técnicas de programación neurolingüística, como tratamiento para la depresión, estudio de caso en adulto*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Cantón, D. y Cortés, A. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. México. Editorial Siglo XXI.
- Cantón-Cortés, D. y Justicia, F. (2008). *Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo*. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós.

- Chinchilla, A. (2008), *La depresión y sus máscaras*. (1ra edición) Madrid, España: editorial médica panamericana, S.A
- Clapier-Valladon, S. (1987). *Las teorías de la personalidad*. Paris, Francia: Paidotribo.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. National Child Traumatic Stress Network.
- Coordinadora Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y contra las mujeres, [CONAPREVI] 2008), *Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer* Primera Edición, 10,000 ejemplares.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- De Luca, P. A, Sánchez, A.M, Pérez, O, Leija, S. (2004) *Medición integral del estrés crónico*. En: Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica. 25 (1), 60-66.
- Del Pino, E. M. (2012) *Género y estrés*. Ponencia presentada en: II Jornada Mujer y Salud. Estrés, Género y Salud. Disponible en: <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/areas/area-de-familiaasuntos-sociales-y-zonas-de-especial-actuacion/a-mujer/campanas-de-sensibilizacion/28> mayo/ponencia-no-1-2012-ma-jose-del-pino
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid. Editorial La Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas*. Análisis y Modificación de Conducta, 23, 503-526
- Gleason, W. (1993). *Mental disorders in battered women: An empirical study*. Violence and Victims, 8, 53-68.

- Golding, J. M. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis*. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Golding, J. M. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis*. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Goleman, D. 1997. *La Inteligencia Emocional*. Estados Unidos, Colección Ensayo Kairós.
- González, G.M. (2006) *Manejo del estrés*. España: Innovación y Cualificación.
- González, R.M. y Landero, H.R. (2008) *Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres*. En: *Ciencia UANL*. XI (4), 403-410.
- Gubbins, V. y Berger, C. (editores). 2004. *Pensar el Desarrollo Familiar: una perspectiva transdisciplinaria*. Santiago. Centro de Estudios de las Familias. Escuela de Psicología. Universidad Alberto Hurtado.
- Guzmán, K. (2003). *Eficacia de la psicoterapia de grupo interactiva en mujeres deprimidas*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Keegan E. (2007) *Escritos de psicoterapeuta cognitiva*. Buenos Aires. Eudeba.
- Lammoglia, E. (2004) *La Violencia está en casa*. México: Grijalbo.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividad*. Segunda parte: La Teoría del Apego. Editorial LOM
- Lega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.

- LYFORD – PIKE, A. 1997. *Ternura y Firmeza con los Hijos*. 5ª ed. Chile, ed. Universidad Católica de Chile.
- Lynch, S. M. y Graham-Bermann, S. A. (2000). *Woman abuse y self-affirmation. Influences on women self-esteem*. *Violence against women*, 6, 178-197.
- Mingo, M. & Escudero, A. (2008). *Calidad de vida de los menores con discapacidad. Análisis de la situación en España desde la inclusión de los menores: Atención Temprana; Atención Educativa; Protección de la familia, Seguridad Social y Servicios sociales; Conciliación de la vida laboral y familiar*. En: CIAP/UNED, *Los menores con discapacidad en España*, Madrid: Edit. Cinca. 201-330
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman H. (1984), *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Editorial Paidós.
- Mora, A. Córdoba, L. Bedoya, A. 2007. *Characteristics of Quality of Life in Families With an Adult With Intellectual Disability / mental retardation in Cali, Colombia*. *Diversitas*. [en línea]. Jan./June, vol.3, no.1 [consulta el 30 Junio de 2018]
- Musitu, G. (2002). *Las conductas violentas de los adolescentes en la escuela: el rol de la familia*. *Aula abierta*, 79: 109-138.
- Navarro, C. (1998). *Patrones de vinculación en madres víctimas de abusos incestuosos. Los peligros del vínculo*. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). Informe anual. Disponible en [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/) (16.ene.2017)
- Padilla, M. V., Peña, M.J. y Arriaga, G.A. (2006) *Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos*. En: *Psicología y Salud*. 16 (1), 79-85.

- Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J., & Wang, M. (2003). *Family quality of life: A Qualitative Inquiry. Mental Retardation*, 4, 313- 328. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12962536> (17. ene.2018).
- Ramírez, V. J. (2001) *Mujer, trabajo y estrés*. En: Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo. 1, (2), 58-74
- Robles, M.A. (2010) *La salud integral de la mujer*. México: UNAM, Plaza y Valdés.
- Robles, P. (2004). *Violencia y seguridad*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 6.r1,r1:1r1:3. <http://criminet.urg.es/recpc/06-r1>.
- Rodríguez, A., López-Capdevila, J. M., Andrés-Pueyo, A. (2002). *Personalidad y comportamiento penitenciario*. *Psicothema*, 14, supl.
- Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2005). *La convivencia sin violencia*. Recursos para educar. Sevilla: Eduforma.
- Salazar, T.K. (2011) *Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Insurgentes, México.
- Van der Kolk, B.A. (2005). *Developmental trauma disorder*. *Psychiatric Annals*. 35, 401-408.
- Vázquez, A.S. (2001) *Autoestima y estrés en mujeres dedicadas a la investigación científica en comparación con mujeres profesionistas y amas de casa*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Vázquez, B. (1999). *Evaluación psicológica de la mujer maltratada*. *Clínica y Salud*, 10, 377-391.

- Vega, M. (2006) *Estilos de crianza y sus efectos. Taller para padres*, Instituto Alemán de Valdivia. [en línea] < [www.educarchile.cl](http://www.educarchile.cl) > [consulta: 06 junio 2010]
- Vera, A. (2011). *Condiciones subjetivas clínicas asociadas a la violencia hacia la mujer en la relación de pareja y su posible superación: Estudio cualitativo efectuado a tres mujeres que realizaron psicoterapia y superaron la relación de violencia de pareja*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999a). *Violencia doméstica y su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Walker, L. E. (1991) *Posttraumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered women syndrome*.