

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO
DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DOMÉSTICA. CIUDAD DE AYACUCHO, 2012**

Tesis para obtener el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

Bach. LAPA PINEDA, Agustina

Bach. PRADO LEON, Enma

AYACUCHO – PERU

2012

DEDICATORIA

*Ante todo Agradezco a Dios por
Darme la dicha de vivir.
A mis padres y hermanos por hacer posible
Para mi superación*

Agustina

*"A la gotita que derrama sobre mí desde lo
alto de la atmosfera mi papito lindo
(Q.F.P.D) a mi mamita y hermanos, por
su amor y comprensión, constante apoyo
para mi superación y seguir alcanzando mis
metas propuestas".*

Firma.

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, por habernos dado la oportunidad de estudiar en sus aulas y lograr nuestra anhelada profesión.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por su esmero y dedicación durante nuestra formación profesional.

A nuestro asesor, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA. CIUDAD DE AYACUCHO, 2011

Bach. LAPA PINEDA, Agustina y Bach. PRADO LEON, Enma

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar el efecto de un programa de intervención en la mejora del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Ciudad de Ayacucho, **Material y Métodos:** La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel cuasiexperimental, de diseño longitudinal. La población estuvo constituida por todas las mujeres víctima de violencia doméstica que acude a la Comisaría de la ciudad de Ayacucho, **Resultados:** Antes de la aplicación del programa de intervención: 1. El 43,3% de mujeres presentaron estrés postraumático con una frecuencia de **a veces** y 56,7% de **2 – 3 veces** semanal. 2. La gravedad fue 53,3% leve y 46,7% moderada. El tipo de maltrato que predominó fue el físico-psicológico con 53,4%, seguido de psicológico con 33,3% y físico con 13,3%. Después de la aplicación del programa de intervención: La frecuencia de estrés fue, 100,0% a veces y 0,0% de 2 – 3 veces por semana, la gravedad fue: 100,0% leve y 0,0% moderada. **Conclusiones:** Se ha determinado que La aplicación del programa de intervención tiene un efecto positivo en la disminución del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden a la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Ayacucho, 2012

PALABRA CLAVE: Programa de intervención, estrés postraumático. Víctimas de violencia doméstica.

EFFECT OF AN INTERVENTION PROGRAM FOR THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS IN WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE. Ayacucho, 2011

Bach. LAPA PINEDA, Agustina and Bach. PRADO LEON, Enma

SUMMARY:

OBJECTIVE: To determine the effect of a brief intervention program in improving PTSD in female victims of domestic violence. City of Ayacucho, Material and Methods: This research is a quantitative approach, application type, quasi-level, longitudinal design. The population consisted of all women victims of domestic violence who come to the police station in the city of Ayacucho, **Results:** Prior to the implementation of the intervention program: 1. 43.3% of women with PTSD had a rate of 56.7% and sometimes 2 - 3 times weekly. 2. The severity was 53.3% and 46.7% mild moderate. The predominant type of maltreatment was physical and psychological with 53.4%, followed by psychological and physical with 33.3% with 13.3%. After application of the intervention program: The frequency of stress was 100.0% sometimes and 0.0% of 2 to 3 times a week, the severity was: 100.0% 0.0% mild and moderate. **Conclusions:** It has been determined that the application of brief intervention program has a positive effect in improving PTSD in female victims of domestic violence. City of Ayacucho, 2012

KEYWORD: Intervention Program, PTSD. Victims of domestic violence.

SUMARIO

	PÁG.
RESUMEN.....	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
INTRODUCCIÓN.....	I
CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERARIA	
1.1. Antecedentes Referenciales.....	1
1.2. Base Teórica.....	7
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Enfoque de Investigación.....	29
2.2. Tipo de Investigación.....	29
2.3. Nivel de Investigación.....	29
2.4. Diseño de Investigación.....	29
2.5. Área de Estudio.....	29
2.6. Población.....	29
2.7. Muestra.....	30
2.8. Técnica e Instrumento de Recolección de datos.....	30
2.9. Plan de recolección de datos.....	31
2.10. Procedimiento y Análisis de Datos.....	31
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3.1. Resultados.....	34
3.2. Discusión.....	39
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, tanto por su alta frecuencia como por la gravedad de los hechos y las consecuencias tan negativas que entraña para las víctimas directas y personas próximas. La violencia doméstica se define como un patrón de conductas arbitrarias que incluyen un amplio rango de maltratos físico, sexual y psicológico, aunque estos tipos suelen estar interrelacionados, presentándose generalmente de forma combinada⁽¹⁾.

Dentro de las consecuencias negativas de la violencia doméstica sobre la salud física de las víctimas, destacan lesiones y daños permanentes en articulaciones, pérdida parcial de audición, visión, disfunciones sexuales y las consecuencias psicológicas. Se estima que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves⁽¹⁾, predominando los síntomas depresivos, los sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, junto con desconfianza hacia los

demás⁽²⁾. Los cuadros clínicos asociados más frecuentemente a la violencia doméstica son los trastornos de ansiedad, depresión, abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias y, especialmente, el trastorno por estrés postraumático (TEP)⁽³⁾

En una revisión de 11 estudios de Estrés Postraumático (TEP) en víctimas de violencia doméstica, encontraron tasas de prevalencia que van desde 31 a 84,4%, con una media ponderada de 63,8%⁽⁴⁾.

Es lógico, pues, que el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático producto de la violencia doméstica tenga también características específicas: a) la necesidad de tratar, además del Trastorno por Estrés Postraumático, los síntomas asociados, entre los que se encuentran síntomas depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación personal y social; b) la necesidad de una intervención psicológica, no sólo eficaz sino también breve, que facilite cuanto antes la superación del problema y la readaptación a la sociedad.

En un estudio se aplicó un programa cognitivo conductual, de entre 8 y 11 sesiones y con formato individual, a 37 mujeres víctimas de violencia doméstica con Trastorno por Estrés Postraumático. El programa estuvo enfocado a la reevaluación cognitiva y modificación de los pensamientos e ideas de culpa y vergüenza relacionadas con el maltrato. Además incluía psicoeducación sobre el TEP y control de estrés, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica, entrenamiento sobre asertividad, del autocuidado y autodefensa, entrenamiento para evitar la victimización secundaria y búsqueda de apoyo social. Los resultados

mostraron que las mujeres maltratadas presentaron mejorías significativas en todas las medidas y una remisión del Trastorno por Estrés Postraumático en el 87% de las participantes)⁽⁵⁾.

Por otra parte las organizaciones de salud y las organizaciones no gubernamentales, tienen conocimiento de la violencia doméstica, de sus consecuencias y de la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático; sin embargo no se ha implementado un programa de apoyo a esta población víctima de la violencia doméstica.

Por otra parte, a lo largo de nuestras prácticas de formación profesional, hemos observado diversos tipos de maltratos, en las comunidades mujeres víctimas de violencia física, psicológica y sexual, que aún mayoría de ellas no acuden a las instancias pertinentes para hacer valer sus derechos.

Ante este problema de carácter socio-sanitario descrito y en nuestra condición de futuros profesionales de Enfermería, con una formación integral, capacitado/a para dar atención de enfermería con calidad, científico-técnica-humanística y ética, con poder de decisión y participación en la solución de los problemas de salud del individuo, familia y comunidad, desarrollamos el presente trabajo de investigación "EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AYACUCHO, 2012". Siendo los objetivos del presente estudio:

- Identificar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Antes de la aplicación del programa de intervención. Ciudad de Ayacucho, 2012.
- Aplicar el Programa de intervención a las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Evaluar el Estrés postraumático después de la aplicación del Programa de intervención.

La hipótesis planteada:

Hi: La aplicación del programa de intervención tiene un efecto positivo en la disminución del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Ciudad de Ayacucho, 2012

Ho: La aplicación de un programa de intervención tiene un efecto negativo en mejora del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Ciudad de Ayacucho, 2012.

La metodología aplicada fue: Enfoque cuantitativo, aplicativo, cuasiexperimental y longitudinal; con una muestra intencional de 30 mujeres víctimas de violencia doméstica.

Los resultados obtenidos del presente trabajo de investigación indica que el programa de intervención es efectiva en la disminución del Estrés postraumático.

La estructura de la presente investigación consta de los siguientes: Introducción, Capítulo I: Revisión de la Literatura, Capítulo II: Material y métodos. Capítulo III resultados y discusión y Capítulo IV: conclusiones, Recomendación; bibliografía y anexos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES:

La investigación titulada: "Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. España (2006)⁽⁶⁾. **Objetivo:** Determinar la eficacia de un programa de tratamiento breve del trastorno por estrés postraumático (TEP) en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Material y Métodos:** La muestra estuvo constituida por 20 participantes, todas cumplían los criterios clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM -IV-TR para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático, constituyendo 10 el grupo de control de lista de espera y 10 el grupo de tratamiento. El programa de tratamiento, derivado de Labrador y Rincón, se aplicó de forma

individual y constaba de 8 sesiones (2 meses), siendo sus componentes fundamentales la psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se utilizó un diseño cuasiexperimental en dos grupos independientes de medidas repetidas (en el pretratamiento y en el postratamiento). **Resultados:** en el postratamiento indican que el programa fue efectivo para la reducción del Trastorno por Estrés Postraumático en el 100% de los casos. Se produjo además una mejora significativa en otras variables concomitantes: depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. No se encontraron, sin embargo, diferencias significativas en función de que se alterara el orden de aplicación de la terapia cognitiva y la terapia de exposición. Se discuten las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y futuras investigaciones.

La investigación titulada: Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Chile (2010)⁽⁷⁾. Objetivo: Determinar las secuelas físicas y psicológicas en las víctimas de violencia doméstica **Material y métodos:** En esta investigación se caracteriza una muestra de 42 mujeres consultantes por violencia doméstica. A través de una entrevista semiestructurada y de la Escala de Gravedad del Trastorno por Estrés Postraumático, se evaluó la presencia de estrés postraumático en ellas y se analizó la percepción de las propias consultantes respecto de su situación y la atención recibida en las instituciones y programas a los que asistían. **Resultados:** Se encontró que un 40,5% de la muestra reunía los criterios de

Trastorno por Estrés Postraumático y que un 26,2% adicional presentaba sintomatología subumbral significativa. Un 39,3% de las mujeres cuya situación de violencia había terminado continuaban presentando Trastorno por Estrés Postraumático. La mayoría de las mujeres valoriza el apoyo psicológico recibido y lo destaca como el elemento más relevante de la atención requerida. **Conclusiones:** los resultados indican la necesidad de fortalecer el componente psicológico de las intervenciones destinadas a las víctimas de violencia doméstica y, en particular, de considerar la sintomatología postraumática como uno de los objetivos importantes de intervención.

El estudio: "Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias" Granada. España (2003) ⁽⁸⁾**Objetivo:** realizar una revisión del problema de la violencia contra la mujer en la pareja, así como determinar sus causas y consecuencias, analizando de forma específica el papel de los profesionales sanitarios. Frente al abordaje epidemiológico clásico de «factores de riesgo», Heise propone «un marco ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer. Este marco estudia los factores que actúan en 4 ámbitos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. **Resultados:** En España se presentó en enero de 2003 un total de 2.519 denuncias por violencia de género; entre enero y noviembre de 2003, se contabilizó un total de 69 mujeres muertas por esta causa. No parece existir un patrón geográfico en la mortalidad y la incidencia de denuncias, ni tampoco una relación entre las tasas de incidencia de denuncias y la mortalidad. La única encuesta de

ámbito nacional publicada en España es la realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, que da una prevalencia de maltrato en las mujeres del 9,2%. En Granada, en un centro de atención primaria, se obtuvo una frecuencia del 22,8%. Desde los servicios sanitarios, con los que la mayoría de las mujeres contactan en algún momento de su vida, se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las que son objeto de violencia. Las/los profesionales que están en los puestos de administración y gestión pueden contribuir a poner de manifiesto este problema de salud, teniendo presente que es una de las principales causas de mala salud e incapacidad. Es evidente que, más allá de las campañas de sensibilización y la detección precoz, se debería diseñar estrategias de salud pública dirigidas a prevenir este grave problema, cuyas causas pueden modificarse.

El estudio: "Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): Prevalencia factores de riesgo" (2003) ⁽⁹⁾: **Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia de maltrato físico marital en mujeres en edad fértil que viven con su pareja, 2. Identificar factores personales, socioeconómicos y de función familiar que se relacionen con el maltrato. **Material Métodos:** Estudio transversal sobre una muestra aleatoria de 275 mujeres en edad fértil del barrio Carlos Meissel, de la ciudad de Barranquilla, Colombia. La información se obtuvo mediante entrevista personal en el hogar a partir de un cuestionario estructurado y siguiendo las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra mujeres de la Organización Mundial de la Salud. En el cuestionario se recogen datos sobre características personales, consumo habitual de alcohol y drogas,

función familiar (según test de Apgar Familiar), características socioeconómicas y antecedentes de maltrato físico durante los 12 meses previos a la entrevista. **Resultados:** La prevalencia de maltrato marital fue del 22,9%, y el grupo de 25-29 años es el más afectado (33,3%). Se asociaron con el maltrato físico el consumo habitual de alcohol en las mujeres (odds ratio, OR = 6,02; intervalo de confianza del 95%, IC del 95%, 1,7-22,2) y en el cónyuge (OR = 10,11; IC del 95%, 5,1-20,1) y el consumo de sustancias psicoactivas en el cónyuge (OR = 11,01; IC del 95%, 4,2-29,5). Los ingresos mensuales por debajo de 300.000 pesos colombianos (140 euros) también se asociaron con maltrato, así como presencia de disfunción familiar moderada o grave (OR = 16,9; IC del 95%, 4,8-59,0; OR = 81,6; IC del 95%, 18,8-35,5, respectivamente). **Conclusiones:** La naturaleza transversal del estudio limita la interpretación de los resultados. Sin embargo, se ha observado que en las mujeres de la muestra estudiada en este estudio el maltrato físico de la mujer por parte de su pareja se asocia con factores potencialmente modificables.

La investigación titulada "Efecto del trastorno por estrés postraumático en la calidad de vida de la población adulta del distrito de Vinchos." (2005).⁽¹⁰⁾ **Objetivos:** Determinar el efecto del trastorno por estrés postraumático en la calidad de vida de la población adulta del distrito de Vinchos. **Material y Método:** estudio correlacionalretrospectivo y analítico, el área de estudio fue el Distrito de Vinchos Provincia Huamanga departamento Ayacucho. Población constituida por 50 pacientes adultos con

diagnostico de Trastorno por Estrés Postraumático. **Resultados:** Determinaron que la calidad de vida mala predomina en el 54% de adultos con Trastorno por Estrés Postraumático de inicio demorado y en 6% de pacientes con inicio agudo. **Conclusiones:** 1. Que el trastorno por estrés postraumático de inicio agudo y demorado tienen efecto negativo en los componentes de la calidad de vida de los adultos, es decir de manera diferente a los 10 componentes de calidad de vida. 2. La calidad de vida mala predomina en un 54,0% de los adultos con trastorno postraumático de inicio demorado y en 6% en pacientes con inicio agudo, lo que indica que, cual fuera el tipo de específico de trastorno por estrés postraumático deteriora en igual magnitud la calidad de vida que presentan esta patología.

La investigación titulada "Estrés postraumático causado por la violencia socio-político en la población de 18 a 45 años, Distrito Ayahuanco, provincia de Huanta" (2004)⁽¹¹⁾ **Objetivo:** Determinar el trastorno por estrés postraumático causado por la violencia socio-político en la población de 18 a 45 años. **Material y Método:** estudio descriptivo analítico, el área de estudio fue el estudio de Ayahuanco Provincia de Huanta, Departamento Ayacucho. Población constituida por 3029 pobladores muestra: 324 personas comprendidos entre 18 a 45 años de edad de ambos sexos. **Resultados:** Finalmente podemos afirmar el hipótesis planteada es afirmativa porque existe alta frecuencia de Estrés Postraumático en población de 18 a 45 años causada por Violencia Sociopolítica en el Distrito

de Ayahuanco **Conclusiones:** 1. 37,3% de la población de 18 a 45 años de edad del distrito de Ayahuanco, provincia de Huanta, presentan Estrés postraumático causado por la violencia socio-política. 2. La presencia del estrés postraumático ocasionado por la violencia socio política en la población de 18 a 45 años de edad del Distrito de Ayahuanco está relacionado con: la religión, nivel de educación, idioma, sexo, ocupación de las personas en estudio.

Consideramos precisar que los estudios locales mas relacionadas al nuestro están referidas básicamente al Estrés postraumático y sus consecuencias, desconocemos trabajos similares a nuestro tema a investigar.

1.2 REVISION DE LA LITERATURA:

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), que no introduce modificaciones a lo establecido en la versión anterior del DSM (DSM-IV), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror.

Este es el primer criterio para su diagnóstico, catalogado como criterio A, que pone énfasis en la amenaza física así como en la presencia de una clara percepción de amenaza grave producto de ella.

Tres son los fenómenos o conjuntos de síntomas que se consideran los más característicos de este trastorno, que se ven reflejados en el DSM como criterios B, C y D. El criterio B, que parece ser el más importante debido a que es el que más claramente diferencia el Trastorno por Estrés Postraumático de otros trastornos⁽¹²⁾, dice relación con la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación: Las víctimas suelen revivir intensamente la experiencia traumática sufrida en forma de recuerdos invasivos, recuerdos retrospectivos y/o pesadillas. El criterio C alude a la presencia de al menos tres síntomas de evitación: Las víctimas tienden a escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, en un intento por conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma, debido a lo desagradable que le resulta la reexperimentación del suceso traumático. El criterio D requiere la presencia de al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, entre otros⁽¹³⁾.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), el trastorno de estrés postraumático surge como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona. Los síntomas esenciales

para su diagnóstico, además de la vivencia de una experiencia traumática, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o el sueño, la evitación de circunstancias que recuerden el trauma y la presencia de amnesia respecto a algún aspecto importante de lo vivido o bien de al menos dos síntomas de hiperactivación. Suelen estar presentes además, aunque son prescindibles en el diagnóstico del trastorno, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo. También contribuyen al diagnóstico los trastornos del estado de ánimo, pero no son indispensables⁽¹⁴⁾.

Actualmente los criterios diagnósticos generalmente más difundidos y utilizados en el Trastorno por Estrés Postraumático son los recogidos en las últimas versiones del DSM, ya sea el DSM-IV o el DSM-IV-TR, según las cuales el trastorno aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror, y como consecuencia de dicha experiencia desarrolla síntomas agrupados en tres dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, y c) Aumento de la activación fisiológica. No obstante, no hay pleno acuerdo entre los investigadores en el área, respecto a que esta agrupación de síntomas sea la que mejor describa el trastorno y se plantean modelos que clasifican los síntomas en cuatro dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; o en dos dimensiones: a) Reexperimentación y evitación, y b) Hiperactivación y embotamiento afectivo⁽¹⁵⁾.

Ciertamente parece más adecuado al modelo de cuatro grupos de síntomas, en que se separe el embotamiento afectivo de los síntomas de evitación. Por otro lado, para que se dé el Trastorno por Estrés Postraumático, es necesario cuatro grupos de síntomas, o los diferentes tipos de víctimas que pueden llegar a desarrollar el trastorno, puede ser suficiente cumplir sólo tres de los cuatro grupos sintomáticos, con lo que algunas personas que no cumplen los criterios del Trastorno por Estrés Postraumático y que empíricamente se les considera muy afectadas en su adaptación al medio, sí cumplirían los criterios. Puede ser el caso de la población objeto de estudio en este trabajo de investigación, que en muchas ocasiones no desarrollan síntomas de evitación (por la reiteración y cronicidad del evento traumático, la situación de violencia doméstica, y la presencia permanente del agresor en sus vidas), pero sí de embotamiento afectivo⁽¹⁶⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La flexibilidad que supuso el cambio en la consideración de lo que puede ser un suceso traumático en el DSM-IV, permitió abrir nuevas líneas de investigación en el trastorno de estrés postraumático (TEP), ya que se empezó a considerar a víctimas de diversos traumas y no sólo a aquellas en que el evento se encontrara fuera de la experiencia usual humana, como es el caso de los sucesos bélicos o las grandes catástrofes naturales. Sin embargo, esta flexibilidad, ha añadido una dificultad al estudio de la epidemiología del Trastorno por Estrés Postraumático ya que es difícil determinar porcentajes específicos de prevalencia pues éstos dependen de

factores como el tipo de suceso traumático o la población objeto de estudio (17).

Además de estas dificultades se debe recordar que los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático y las cifras actuales que se manejan acerca del trastorno, se basan principalmente en las experiencias clínicas y de investigación de Europa y Estados Unidos, por lo que no se debe perder de vista el sesgo cultural de los datos a los que a continuación se hará referencia (18).

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Si bien no todas las víctimas de sucesos traumáticos experimentan trastorno de estrés postraumático, un 25% de ellas sí lo hace (6).

Se habla de una prevalencia global del trastorno de estrés postraumático de un 8% en población adulta estadounidense (no hay información de otros países acerca de la prevalencia en población general del Trastorno por Estrés Postraumático). En estudios sobre población de riesgo las cifras de prevalencia son variables y sus resultados más altos se sitúan entre un tercio y más de la mitad de las personas que han vivido un acontecimiento traumático como violación, guerra, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio, lo que avala la idea de que el trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos.

La Encuesta de Comorbilidad Nacional (7), es probablemente el mejor estudio epidemiológico de Trastorno por Estrés Postraumático realizado en población norteamericana. La muestra estuvo constituida por 5.877 personas

de entre 15 y 54 años de 48 estados norteamericanos. Se empleó una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). La prevalencia de vida estimada del Trastorno por Estrés Postraumático, según criterios DSM-III-R, en la muestra total fue de 7.8%, con una prevalencia más de dos veces mayor para las mujeres que para los hombres (10.4% versus 5%).

En España, entre 1999 y 2000, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en un grupo de 177 pacientes psiquiátricos y 90 voluntarios sanos, con el objetivo de ver la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático en pacientes ingresados por otras patologías psiquiátricas y en población normal. Para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático se utilizó una adaptación española de la escala norteamericana CAPS-DX. La prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático encontrada en la población psiquiátrica fue de 8.47% y en el grupo de voluntarios, de 2.22%⁽¹⁾. No obstante, se trata de un trabajo muy específico y poco representativo, por lo que parece más adecuado estimar la prevalencia del TEP en este país cercana a las cifras planteadas por Kessler et al⁽²⁾.

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

Al presentar TEP puede haber un riesgo mayor de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias⁽⁷⁾.

Según la NCS, la presencia de al menos otro trastorno a lo largo de la vida se dio en un 88.3% de los hombres que habían tenido TEP en algún momento de su vida y en un 79% de las mujeres. Los autores explican estas elevadas cifras de comorbilidad aludiendo a que muchos síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático se solapan con síntomas de otros trastornos, como es el caso de algunos síntomas del criterio C y D, por ejemplo, disminución del interés en actividades significativas, dificultad para dormir, problemas de concentración, que también corresponden a síntomas de depresión u otros síntomas del criterio C, como irritabilidad y respuesta de alarma exagerada, que corresponden también a síntomas del trastorno de ansiedad generalizada⁽²⁾. Sin embargo, los datos sugieren que al menos algunos trastornos comórbidos pueden estar directamente asociados a la presencia del trastorno de estrés postraumático. El abuso de sustancias psicoactivas en sujetos que han sido víctimas de un trauma, podría ser una forma de evitación o falta de sensibilidad. Asimismo, la investigación sobre depresión en individuos con trastorno de estrés postraumático ha mostrado respuestas biofisiológicas diferentes a las encontradas en individuos con depresión solamente, lo que podría indicar que la depresión que acompaña al trastorno de estrés postraumático tiene una base biológica diferente a la depresión no asociada a él.

Todo esto podría implicar que el tratamiento del trastorno de estrés postraumático estuviera unido a la desaparición de los trastornos comórbidos⁽²⁴⁾. Además de los trastornos ya mencionados, otros autores han destacado el hecho de que las personas que padecen Trastorno por

Estrés Postraumático pueden llegar a desarrollar grandes cambios en su personalidad, ver afectadas sus relaciones sociales y ver dañado su funcionamiento cognitivo⁽⁵⁾

FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar Trastorno por Estrés Postraumático. La calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes, pueden influir en la aparición del trastorno⁽¹⁵⁾.

Hidalgo & Davidson (2000), señalan diversos factores de riesgo, no sólo para desarrollar TEP, sino para padecer un suceso traumático. Entre estos últimos se encuentran el género (los hombres tiene un riesgo mayor de vivir un suceso traumático que las mujeres), la edad (el riesgo de vivir un suceso traumático disminuye a medida que se avanza en edad), la historia familiar de trastornos psiquiátricos y la exposición previa a eventos traumáticos (ambas asociadas a un riesgo mayor de sufrir un acontecimiento traumático). En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de TEP, nuevamente el género parece ser importante (las mujeres tienen más riesgo que los hombres de desarrollar TEP), personalidad e historia psiquiátrica (el TEP se asocia con problemas psiquiátricos como trastorno obsesivo-compulsivo, distimia y trastorno maníaco depresivo, así como también con historia de problemas conductuales antes de los 15 años), historia

psiquiátrica familiar (la historia familiar de conducta antisocial y de trastornos de ansiedad aumenta el riesgo de TEP) y tipo de trauma (violación, acoso sexual, ataque físico, ser amenazado con arma y abuso físico en la infancia para las mujeres, y participar en combate, negligencia y abuso físico en la infancia, para los hombres)⁽¹⁵⁾.

En lo que respecta a la variable género, parece ser que la mayor probabilidad que presentan las mujeres de desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático no se debe tanto a una mayor vulnerabilidad sino al tipo de trauma experimentado⁽²⁾

Un meta-análisis realizado por Brewin, Andrews & Valentine (2000)⁽¹⁹⁾, en el que revisan 77 investigaciones sobre factores de riesgo o predictores de Trastorno por Estrés Postraumático, con muestras combinadas que van desde 1.149 a más de 11.000 sujetos, sugiere que identificar un grupo de predictores del TEP que sea igualmente válido entre los diferentes grupos de víctimas, con el estado actual de conocimientos en el área, es impracticable. Sin embargo, habría tres factores de vulnerabilidad que indican un fuerte riesgo de padecer TEP, con tamaños del efecto de pequeños a moderados, estos son: a) Severidad del trauma, b) Falta de apoyo social, y c) Nivel de estrés habitual. Es de destacar que dos de estos factores –falta de apoyo social y nivel de estrés habitual– actúan después del trauma, así como también es interesante hacer notar que el valor de las experiencias tempranas en la infancia es escaso.

VIOLENCIA.

La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. ⁽¹⁹⁾

La violencia es el uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte asimismo o a otro individuo o grupos e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo, y el comportamiento humano agresivo, involucrando el uso de la fuerza física, psicológica o emocional, con la intención de causar daño a sí mismo o a otros. ⁽²⁰⁾

La violencia es compleja, está multideterminada y se expresa en una variedad de conductas: el homicidio, el suicidio, el terrorismo, el secuestro, la pena de muerte, etc. Las causas son múltiples pero podemos dividirla en tres, las biológicas, las psicológicas y las socioeconómicas; pero el peso mayor está en el factor psicológico y en el socioeconómico. ⁽²¹⁾

VIOLENCIA CONYUGAL

Fenómeno social que ocurre en un grupo familiar, sea este el resultado de una unión consensual o legal, y que consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente o anular física, intelectual o moralmente a su pareja, con el objeto de disciplinar según su arbitrio y necesidad la vida familiar. La mujer golpeada es aquella que sufre maltrato intencional físico y sexual,

ocasionado por el hombre con quien mantiene un vinculo intimo, él la obliga a realizar acciones que no desea y le impide realizar lo que si desea" (22)

FORMAS DE MALTRATO CONYUGAL

a) Violencia física: Incluye cachetadas, empujones, puñetes, patadas, golpes con objetos, pudiendo llegar hasta el homicidio.

b) Violencia psicológica:

- **Abuso verbal:** Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- **Intimidación:** Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.
- **Amenazas:** De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.
- **Abuso económico:** Control abusivo de finanzas, recompensas castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia.
- **Abuso sexual:** Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza
- **Aislamiento:** Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos.

Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro, críticas permanentes, desvalorización, amenazas, etc.

c) Violencia sexual:

Imposición de actos de orden sexual, contra la voluntad de la mujer o de la víctima. Una mujer agredida es "aquella que ha sufrido abuso físico intencional y/o ha sido forzada a realizar acciones que no deseaba o a quien se le ha impedido realizar acciones que deseaba, un hombre adulto con quien había establecido vínculos, que generalmente incluían intimidad sexual, estuviera o no legalmente casada". (23)

CICLO DE LA VIOLENCIA

a).- Fase de acumulación de tensión: El hombre maltratador empieza a mostrarse tenso e irritable, cualquier comportamiento de la mujer despierta en él una reacción de enfado. La mujer sorprendida intenta hablar con él para solucionar el problema, ver la causa, pero esto solo provoca más enfados en el hombre que la ve como excesivamente dependiente y empalagosa. La mujer, para no molestarse, comienza entonces a no hacer nada, intenta a no expresar su opinión porque sabe que él expresará lo contrario y entonces habrá "pelea", también intenta hacer las menores cosas posibles, entra en una fase de inmovilidad, pero eso tampoco salva a la mujer, ya que el varón la acusará de ser casi un "mueble" que no hace nada, que es un persona anodina y aburrida. Si la mujer se queja él lo niega todo y vuelca la culpabilidad en ella, y esa desigualdad que el hombre ha ido construyendo a lo largo de la relación es utilizada para callar a la mujer. La intenta convencer de que él tiene razón y no ella, que su percepción de la realidad es equivocada, y como ya hemos dicho, la desigualdad creada permite al hombre este comportamiento. Ella acaba dudando de su propia

experiencia y se considera culpable de lo que pasa. Esto va reforzar todavía más el comportamiento del hombre. El se distancia emocionalmente, la mujer se asusta pensando que lo va a perder y que sin esto ocurre será culpa de ella puesto que no ha sabido conversar su amor. El hombre ya no siente ningún amor y se distancia y cada vez está más irritable. Ella se disculpa una y otra vez, confiando en solucionar así la situación, pero el hombre se harta y siente necesidad de castigarla verbal, físicamente, o de ambas formas a la vez.

b).- Fase de explosión: Como su nombre indica, el hombre acaba explotando, pierde el control y castiga muy duramente a su pareja, verbal o físicamente. La insulta, la golpea, rompe cosas, amenaza con matar a los hijos y a ella, la interrumpe el sueño, la viola. La mujer, que sólo intentaba salvar la relación, se ve ahora impotente y débil, la desigual balanza que se ha establecido a lo largo de los años la paraliza. No toma represalias, todo el poder está en él, eso lo ha aprendido muy bien y la mujer entra en una "indefensión aprendida" que le impide reaccionar.

c).- Fase de "luna de miel": El agresor se siente muy arrepentido de su conducta (por lo menos las primeras veces), pide perdón, promete cambiar. Y realmente cambia, durante esta fase se convierte en el varón más encantador del mundo, la lleva el desayuno a la cama, la cura las heridas, incluso se hace cargo de las tareas domésticas, le cede todo el poder a ella. La mujer en esta situación se siente en éxtasis, tiene el poder y a su hombre detrás responsabilizándose y amándola. Él deja de ponerle tantas

restricciones, se relaja un poco y le permite las salidas. Si debía dejar de beber, incluso puede ir a terapia. La mujer al ver estos cambios piensa si a podido dejar la bebida puede dejar de pegarla y cree de verdad que no volverá a ocurrir, ya que equivocadamente ella relaciona (en un porcentaje muy alto) el maltrato con la ingestión de alcohol, sin pararse a pensar que cuando bebe el no maltrata a todo el mundo, sino solo a ella.

d).- Escalada de la violencia de género: El agresor, una vez que ha conseguido el perdón de su víctima, se siente de nuevo seguro en la relación, ya la ha recuperado y no tiene que seguir complaciéndola, empieza de nuevo la irritabilidad y los abusos y cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder, se reinicia el ciclo del maltrato. Cada vez la mujer es más dependiente, cada vez tiene menos energía para luchar (indefensión aprendida). Es el consorte o pareja, y no ella, quien controla estos ciclos y el que decide cuando se acaba la luna de miel. Ella empieza a darse cuenta de que haga lo que haga no puede controlar el comportamiento de su marido, los malos tratos son arbitrarios e indiscriminados. La mujer sólo tiene energía para intentar mantenerse con vida dentro de la relación o para que no se implique a los hijos, los ciclos de violencia se van sucediendo hasta que finalmente desaparece la fase "luna de miel"⁽²⁴⁾.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA LA MEJORA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002) se fundamenta o está basado en el modelo biproceso de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996).

Es un programa de formato grupal y breve consta de 8 sesiones de 60 minutos de duración. El programa tiene sustento teórico en sus componentes fundamentales: la Psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Psicoeducación grupal e individual y son llevadas a cabo por especialmente por trabajadores sociales, aunque también puede ser llevada a cabo en alguna medida por psicólogos, médicos, **enfermeros** o cualquier miembro del equipo de Salud; aunque también existen psicoeducaciones por pares o en grupos de autoayuda. En los grupos, se informa a varios

pacientes sobre su enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias entre los pacientes en cuestión y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de sanidad.

Técnicas de desactivación.

La técnica de relajación de Jacobson está focalizada en la tensión de los músculos esqueléticos motores, la relajación según Jacobson es ausencia total de tensión muscular. Por ello Jacobson es partidario de un contexto psicológico en el que la tensión muscular es el principal determinante de la actividad mental. A este modelo psicológico se le conoce con el nombre de Teoría motora del Pensamiento. Esta teoría defiende que la actividad mental depende de la actividad motora del organismo. Es por ello que según Watson, la actividad mental depende de la actividad de los órganos de la fonación y lenguaje y también de los órganos de la percepción. Así, según esta teoría si consiguiéramos relajar los músculos de fonación seríamos incapaces de pensar, pues el pensamiento requiere esa actividad. Igualmente ocurriría con los músculos de la percepción visual, si los relajáramos no existiría pensamiento ni actividad imaginativa.

El contexto teórico de esta técnica, se basa en el uso de la hipnosis en psicología experimental. Hubo una serie de grandes investigadores que trataron el tema

de la hipnosis, por ejemplo: Hull hizo su tesis sobre la hipnosis,

Ramón y Cajal, Charcot, ...etc. Más actualmente Hilgard es el investigador que más se ha preocupado

por el desarrollo de técnicas de medida de la sugestionabilidad. Inventó para ello unas escalas

de sugestionabilidad denominadas: Escalas de Stanford. Esa escala tiene una cierta bondad psicométrica y además mide el grado de sugestionabilidad e inducción de la hipnosis. Estas escalas de Stanford tienen una serie de ítems progresivos que si el sujeto supera indica que tiene una mayor o menor sugestionabilidad. Se trata de ver en qué medida el paciente puede seguir una instrucción, por ejemplo: levanta el brazo derecho, el ítem de la mosca, el ítem del balanceo,...etc. Al final de este proceso si la persona sigue la escala puede acabar en estado hipnótico. En conclusión la escala de Stanford mide la sugestionabilidad y además hipnotiza. La técnica del entrenamiento autógeno de Schultz tiene su origen en la teoría Ideomotora del Pensamiento. Esta teoría se puede considerar contraria a la teoría motora del pensamiento. El postulado central de la teoría ideomotora del pensamiento es que cuando una persona se concentra en una idea o es capaz de imaginarse algo concentrándose absolutamente en ello entonces se produce automáticamente la respuesta física asociada a ese pensamiento o idea. Por ello si yo me imagino levantando el brazo lo levanto. Para relajar a una persona el entrenamiento autógeno va a proponer una serie de ejercicios cognitivos.

Procedimiento de aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz:

Se hacen ejercicios de relajación interna en los que repetimos mentalmente una serie de frases, mientras realizamos estas repeticiones tenemos que

estar pasivos. Esta repetición no es un pensamiento activo sino un pensamiento pasivo o contemplativo, por ello nos hemos de olvidar del resto de las cosas. El entrenamiento autógeno de Schultz consta de 6 ejercicios cada uno de los cuales requiere un tiempo mínimo de realización de 15 días por ejercicio. Cada ejercicio se centra en una fórmula verbal diferente. Los ejercicios son los siguientes: 1. Fórmula para provocar sensación de peso: se centra en los musculatura esquelético motora que la responsable del peso, si los músculos están tensos es porque luchamos contra la gravedad. 2. Fórmula para provocar calor: se dirige a actuar sobre el flujo sanguíneo responsable del calor. 3. Fórmula para el corazón: intenta relajar la frecuencia cardiaca. 4. Fórmula para la respiración: intenta conseguir un ritmo de respiración natural. 5. Fórmula para el plexo solar: relaja la zona del abdomen, estómago, intestino, páncreas, y otros órganos abdominales. 6. Fórmula para la frente: está centrada en la región cefálica vascular o sanguínea. Cada conjunto de ejercicios requiere hacerse diariamente durante un promedio de 15 días.

La terapia cognitiva es una terapia psicológica (no debe confundirse con la psicología cognitiva). Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la terapia conductista "*caja negra*". Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada, sin embargo a partir de esos primeros intentos ha

surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología.

Surgió en los 50 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática. De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial.

Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva. Tipos de terapia cognitiva, El *proceso psicoterapéutico* que experimentará el sujeto puede tomar muy distintas formas según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta y el proceso metodológico. Estas psicoterapias no son "técnicas", sino ciencias aplicadas, por lo que suelen constar de un método más o menos definido para lograr unos objetivos según su enfoque teórico de partida.

Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son (con sus respectivas variantes para cada psicopatología) la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, centrada en los "*pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas*"), y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis, centrada principalmente en las "creencias irracionales". También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único (N=1). El principal método terapéutico empleado por Beck es el "Empirismo Colaborativo", en cambio, Ellis utiliza

como principal herramienta terapéutica el diálogo o debate Socrático, el cual se encuentra apoyado en el Racionalismo.

Un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, por ejemplo el estrés psicosocial, la depresión, la ansiedad social, las fobias específicas, los trastornos de adaptación, los trastornos de personalidad, entre otros.

Terapia de exposición.

La teoría del condicionamiento clásico se muestra parcialmente útil para explicar la extinción de las fobias y rituales compulsivos (exposición repetida a los estímulos condicionados sin la presencia de los estímulos incondicionados aversivos desaparición de la respuesta condicionada), pero no su adquisición.

El condicionamiento de orden superior, e incluso el interoceptivo, tiene un papel en la adquisición de éstos cuadros clínicos, aunque no hay pruebas concluyentes al respecto.

La teoría del condicionamiento operante da cuenta, parcialmente, del mantenimiento de las fobias, reforzados negativamente, pero no de su adquisición, y sólo parcialmente de su extinción.

Los modelos de condicionamiento son muy precisos para describir los acontecimientos experimentales del laboratorio animal, pero resultan inadecuados para explicar los fenómenos clínicos o para simular en el laboratorio el comienzo o la extinción de las fobias y obsesiones:

Gran variedad de situaciones provocan malestar clínico en el paciente sin referencia a una situación traumática originaria: es más adecuado hablar de fobias adquiridas más que de fobias condicionadas.

No está claro si los cuadros clínicos fóbicos u obsesivos suponen un aumento de la adquisición o un fallo de la extinción.

Modelo de estímulos evocadores-respuestas evocadas: Parece más adecuado precisar el conjunto de **estímulos evocadores**, externos e internos (se asemeja al concepto operante de estímulo discriminativo o al pavloviano de EC, pero no plantea suposiciones sobre las condiciones antecedentes relacionadas con los trastornos de conducta), y de **respuestas evocadas**, en lugar de los conceptos habituales de los modelos de condicionamiento (EC, RC, EI, RI). Este modelo, no solo es válido en el caso de las obsesiones y de las fobias, sino que también se puede aplicar a los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico (aunque en éstos últimos no se dan conductas fácilmente perceptibles de evitación)⁶.

Inicialmente fue aplicado a 9 mujeres víctimas de violencia doméstica con Trastorno por estrés postraumático crónico y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (6 mujeres) que recibió el tratamiento dos meses más tarde. En el grupo experimental los resultados mostraron una remisión del Trastorno por estrés postraumático en el 100% de las mujeres al pos-tratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida

cotidiana y social, y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato). En el grupo control no aparecieron cambios en ninguna de estas variables entre la primera y la segunda evaluación a los dos meses. El trabajo de Rincón y Labrador (2004) es una réplica del anterior con 34 mujeres. El tratamiento fue aplicado a 18 mujeres frente a un grupo control de 17 mujeres, todas ellas con Trastorno por Estrés Postraumático crónico. Los resultados mostraron una remisión del Trastorno por Estrés Postraumático en el 94,4% de las mujeres tratadas al pos-tratamiento y un 88% en el seguimiento a los seis meses ⁽²⁵⁾.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE: Cuantitativo

2.2. TIPO: Aplicativo

2.3. NIVEL: Cuasiexperimental

2.4. DISEÑO: Longitudinal

2.5. AREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en las mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Ayacucho. La ciudad de Ayacucho se encuentra situado en la Sierra Centro Sur del Perú, a 2746 m.s.n.m.

2.6. POBLACIÓN:

Constituida por 1017 mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a la comisaría de la mujer de Ayacucho.

2.7. MUESTRA:

Tamaño. Se determinó por conveniencia 30 mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a la comisaría de la mujer teniendo en cuenta los criterios:

Criterios de inclusión:

Mujeres víctimas de violencia doméstica que asentaron su denuncia en la comisaría de la mujer, con consentimiento informado que desee participar.

Criterio de Exclusión:

Mujeres víctimas de violencia doméstica que asentaron su denuncia en la comisaría de la mujer con consentimiento informado que no desea participar en el estudio o que padecen de esquizofrenia, demencia senil o Alzheimer.

Tipo de Muestreo. No Probabilístico, intencional o por conveniencia, conforme a los objetivos, muestra, variables é hipótesis.

2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TECNICA: Entrevista.

INSTRUMENTO: Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos para la recolección de datos, se utilizó la escala de trauma de Davidson, que consta de 17 ítems, la cual evalúa la frecuencia y la gravedad del estrés postraumático, cuya consistencia interna: α de Cronbach para la escala total= 0.99; para la subescala de frecuencia=

0.97; para la subescala de gravedad= 0.98. Y la fiabilidad test-retest: intervalo entre las evaluaciones de 2 semanas.

2.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Autorización formal de la comisaria de la mujer para localizar e identificar a las mujeres víctimas de violencia.
- Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.
- Una vez logrado el consentimiento informado, se tomó pre prueba mediante escala de trauma de Davidson.
- Luego se emanó con la aplicación del programa de intervención para la disminución del estrés postraumático, en 8 sesiones a cada uno de los 5 grupos.
- Finalmente se procedió con la toma de la posprueba mediante la escala de trauma de Davidson.

2.10. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS. Luego de la recolección de datos, se procedió con:

- Control de calidad de los datos
- Ingreso de los datos al paquete estadístico de Excel y SPS versión 21, en la cual se elaboró el libro de códigos y la matriz tripartita y finalmente los cuadros para la presentación.

- En el análisis estadístico de los datos se empleó como técnica estadística distribución de frecuencias y porcentaje para la identificación del estrés postraumática antes y después de la aplicación del programa, y para el análisis de la efectividad del programa intervención. Para probar la hipótesis se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

2.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación de las mujeres víctimas de violencia fue de manera voluntaria, se aplicó el consentimiento informado, y se garantizó la confidencialidad de la información que brindaron.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO 01

**FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA, EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA. ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN. CIUDAD DE AYACUCHO, 2012**

FRECUENCIA (sem.)	TIPO DE VIOLENCIA						TOTAL	
	FISICO		PSICOLOGICO		PSICOLOGICO -FISICO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
NUNCA	-	-	-	-	-	-	-	-
A VECES	1	3,3	7	23,3	5	16,7	13	43,3
2 - 3 VECES	3	10,0	3	10,0	11	36,7	17	56,7
4 A MAS	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	13,3	10	33,3	16	53,4	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test de trauma de Davidson, set-oct, 2012

El presente cuadro indica que del 100% de la muestra estudiada, 56,7% presentaron manifestaciones de estrés posttraumático con una frecuencia de 2 -3 veces semanal, de ellas, 36,7% recibieron maltrato físico - psicológico, 10,0% maltrato psicológico y físico respectivamente; 43,3% presentaron una frecuencia de a veces, de ellas, 16,7% recibieron maltrato físico- psicológico, 23,3% maltrato psicológico y 3,3% Maltrato físico.

CUADRO 02

**GRAVEDAD DE MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA, EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA. ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN. CIUDAD DE AYACUCHO, 2012**

GRAVEDAD	TIPO DE VIOLENCIA						TOTAL	
	FISICO		PSICOLOGICO		PSICOLOGICO -FISICO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
LEVE	1	3,3	7	23,3	8	26,7	16	53,3
MODERADA	3	10,0	3	10,0	8	26,7	14	46,7
TOTAL	4	13,3	10	33,3	16	53,3	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test de trauma de Davidson, set-oct, 2012

El cuadro que antecede indica que, del 100% de mujeres víctimas de violencia doméstica, 53,3% presentaron manifestaciones de estrés postraumático con una gravedad leve, de ellas, 26,7% refieren haber recibido maltrato físico- psicológico, 23,3% psicológico y 3,3% físico; 46,7% presentaron manifestaciones de estrés postraumático con una gravedad de moderada, de ellas, 26,7% refirieron haber sido víctimas de maltrato físico- psicológico, 10,0% psicológico y físico respectivamente.

CUADRO N° 03

**FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, ANTES Y
DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.
CIUDAD DE AYACUCHO, 2012**

FRECUENCIA (sem.)	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
NUNCA	-	-	-	-
A VECES	13	43,3	30	100,0
2 – 3 VECES	17	56,7	0	0,0
4 A MAS	-	-	-	-
TOTAL	30	100,0	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test de trauma de Davidson, set-oct, 2012

El presente cuadro muestra la frecuencia de manifestaciones del estrés postraumático antes y después de aplicación del programa de intervención breve. Antes de la aplicación del programa de intervención, 56,7% de la muestra presentaron manifestaciones de estrés postraumático con una frecuencia de 2 – 3 veces semanal, 43,3% con una frecuencia de a veces. Después de la aplicación del programa de intervención, el 100,0% de la muestra presentaron manifestaciones de estrés postraumático con una frecuencia de a veces y 2 a 3 veces semanales quedó 0.0 %. Esto nos permite dar una confianza estadística del efecto del programa.

CUADRO N° 04

**GRAVEDAD DE MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA. ANTES Y
DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.
CIUDAD DE AYACUCHO, 2012**

GRAVEDAD	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
LEVE	16	53,3	30	100,0
MODERADA	14	46,7	0	0,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test de trauma de Davidson, set-oct, 2012

El presente cuadro muestra la gravedad del estrés postraumático antes de la aplicación del programa de intervención breve, 53,3% de mujeres víctimas de violencia doméstica presentaron estrés postraumático con una gravedad leve y 46,7% moderada, después de la aplicación del programa, el 100% de la muestra presentan una gravedad leve, disminuyendo la gravedad moderada a un porcentaje de cero. Esto nos permite afirmar el efecto absoluto de la aplicación del Programa

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DESPUES - ANTES	Rangos negativos	30(a)	15.50	465.00
	Rangos positivos	0(b)	.00	.00
	Empates	0(c)		
	Total	30		

a DESPUES < ANTES

b DESPUES > ANTES

c DESPUES = ANTES

Estadísticos de contraste (b)

	DESPUES - ANTES
Z	-4.786(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a Basado en los rangos positivos.

b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Se evidencia diferencias significativas antes y después de la aplicación de la prueba de Wilcoxon ($p < 0.001$), aceptándose la hipótesis central y rechazándose la hipótesis nula.

DISCUSIÓN:

La violencia de género o contra la mujer, en cualquiera de sus expresiones, es una abrumadora realidad que pesa en la vida de muchas mujeres en el mundo. Hoy en día, es considerada como un problema social de gran envergadura que encabeza las agendas de las principales organizaciones internacionales de derechos humanos y de salud, como la Organización Mundial de la Salud⁽²⁴⁾ y la Organización Panamericana de la Salud⁽²⁴⁾.

Su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas para las víctimas y sus familiares, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos.

En la revisión realizada por la Organización Mundial de la Salud de 48 encuestas de población de diversos países de todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres informan haber sido físicamente agredidas por su pareja en algún momento de sus vidas⁽²⁵⁾

En Estados Unidos, se estima que un 22% de las mujeres experimenta al menos una agresión física por parte de su pareja durante la edad adulta. Las estimaciones más conservadoras indican que por lo menos un millón de mujeres estadounidenses son víctimas de violencia severa por su pareja cada año⁽²⁶⁾, mientras que otras estimaciones indican que afecta aproximadamente a entre dos y cuatro millones de mujeres al año⁽²⁷⁾. Se estima que la prevalencia para el último año es de .3% a .4% para la violencia doméstica severa y de 8% a 17% para el total de violencia doméstica⁽²⁸⁾. Otros autores hablan de una prevalencia de vida de violencia doméstica de un 12% a un 34%⁽³⁹⁾, y se llega a plantear que un 50% de las mujeres será víctima de violencia doméstica en algún momento de sus vidas y que en un 10% de los casos la violencia será tan grave que amenazará la seguridad personal y la vida de las víctimas⁽³⁰⁾.

El trastorno de estrés postraumático (TEP) describe un patrón de síntomas que puede desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. Aunque muchos de sus síntomas ya habían sido reconocidos con anterioridad con diversos nombres como neurosis de guerra, neurosis traumática, neurosis de espanto, fatiga de combate, corazón del soldado, corazón irritable y shock por bombardeo⁽³¹⁾. Como puede apreciarse por los nombres dados al conjunto de síntomas que hoy

constituyen el Trastorno por Estrés Postraumático, sus criterios procedían en gran medida de ex combatientes de guerra, sin embargo, la primera descripción de un cuadro clínico que se le parezca, proviene de los síntomas que sufrían las víctimas de accidentes ferroviarios y la realizó John Erich Erichsen en la segunda mitad del siglo XIX.

Puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como: Guerra, un asalto, violencia doméstica, un encarcelamiento, violación, terrorismo. La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que intervienen. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores)⁽³²⁾.

No se sabe por qué los hechos traumáticos causan trastorno de estrés postraumático en algunas personas, pero no en otras. Tener antecedentes de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente.

Los resultados obtenidos mediante la presente investigación nos muestran (**Cuadro 1 y 2**) la frecuencia y gravedad del trauma por estrés postraumático revelado mediante la Escala de Trauma de Davidson, se ha identificado que la frecuencia de manifestaciones en la mayoría es **a veces** con un 56,7%, y 43,3% con una frecuencia de **2-3 veces** por semana. De la misma manera, la gravedad encontrada fue 53,3% como **leve** y 46,7% **moderada**. Del mismo modo, el tipo de maltrato que resaltó fue físico-

psicológico con 53,3%, seguido de 33,3% de psicológico y 13,3% de maltrato físico.

La violencia domestica tiene sus efectos muy negativos sobre las víctimas. Aunque se pueden encontrar en las mujeres maltratadas todo tipo de lesiones, son frecuentes los trastornos funcionales como colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico. (Más graves son los problemas psicológicos como síntomas depresivos, sentimientos de ineficacia, constante hiperactivación y reexperimentación de sus vivencias), dudas sobre sí misma y sobre la propia capacidad, pensamientos recurrentes de autoinculpación y distorsiones cognitivas⁽³³⁾

Actualmente los criterios diagnósticos generalmente más difundidos y utilizados en el Trastorno por Estrés Postraumático son los recogidos en las últimas versiones del DSM, ya sea el DSM-IV o el DSM-IV-TR, según las cuales el trastorno aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror y como consecuencia de dicha experiencia desarrolla síntomas agrupados en tres dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, y c) Aumento de la activación fisiológica⁽³⁴⁾.

No hay pleno acuerdo entre los investigadores en el área, respecto a que esta agrupación de síntomas sea la que mejor describa el trastorno y se plantean modelos que clasifican los síntomas en cuatro dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; o en dos dimensiones: a) Reexperimentación y evitación, y

b) Hiperactivación y embotamiento afectivo.

El test. De Davidson(DTS) posee propiedades psicométricas aceptables, su consistencia interna: α de Cronbach para la escala total= 0.99; para la subescala de frecuencia= 0.97; para la subescala de gravedad= 0.98. y la fiabilidad test-retest: intervalo entre las evaluaciones de 2 semanas.

Estas propiedades han permitido diagnosticar el trauma de estrés postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica. La frecuencia y gravedad presentadas motivaron la aplicación de un instrumento de intervención breve en el tratamiento del estrés postraumático en la muestra estudiada, cuyos resultados (**Cuadro 3 y 4**) indican que, luego de la aplicación del programa de intervención la frecuencia de manifestaciones de **2 – 3** veces, se redujo a cero, es decir todas las mujeres con frecuencia de **2 – 3** manifestaciones pasaron a tener a la categoría de **a veces**. Del mismo modo, la gravedad moderada, después de la aplicación del programa de intervención se redujo a cero, incrementándose la categoría **leve**.

Dichos resultados nos permite afirmar el efecto absoluto de la aplicación del Programa en la disminución de la frecuencia de manifestación y de la gravedad del estrés postraumático.

Al respecto, en estudios similares con muestras más amplia de mujeres maltratadas, arribaron a las siguientes conclusiones: mejorías significativas en todas las medidas y una remisión del Trastorno por Estrés Postraumático en 87% de las participantes en el tratamiento, mejorías que

se mantuvieron a los tres y seis meses de seguimiento, mientras que en el grupo de control no aparecieron cambios ⁽³⁵⁾.

El programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002) , “ programa de formato grupal y breve (8 sesiones de 90 minutos)”. Fue aplicado a 9 mujeres víctimas de violencia doméstica con Trastorno por Estrés Postraumático crónico y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (6 mujeres). En el grupo experimental los resultados mostraron una remisión del Trastorno por Estrés Postraumático en el 100% de las mujeres al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social, y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato). En el grupo control no aparecieron cambios en ninguna de estas variables entre la primera y la segunda evaluación a los dos meses.

El trabajo de Rincón y Labrador (2004) es una réplica del anterior con 34 mujeres. El tratamiento fue aplicado a 18 mujeres frente a un grupo control de 17 mujeres, todas ellas con Trastorno por Estrés Postraumático crónico. Los resultados mostraron una remisión del Trastorno por Estrés Postraumático en 94,4% de las mujeres evaluadas al postratamiento y un 88% en el seguimiento a los seis meses. El grupo de lista de espera no mostró diferencias significativas entre las dos evaluaciones en ninguna de las variables evaluadas ⁽³⁶⁾.

Los resultados obtenidos mediante la presente investigación concuerdan con los encontrados por los autores referidos, ratificando las

bondades del programa de intervención para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

Constatada la eficacia de este programa, se sugiere aplicar en forma individualizada para comprobar si pueden obtenerse estos resultados, lo que beneficiaría a aquellas mujeres que tienen dificultades para acudir con regularidad al tratamiento grupal.

En el tratamiento debe incluirse dos componentes, terapia cognitiva y de exposición. Se espera que la exposición extinga las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo, y que la terapia cognitiva reduzca las reacciones emocionales secundarias derivadas de la evaluación consciente del evento traumático. De acuerdo con este modelo, el tratamiento más adecuado ha de incluir primero la intervención cognitiva y después la exposición⁽¹⁹⁾.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1. La totalidad de las mujeres que acudieron a la comisaria de la mujer por violencia doméstica manifiestan estrés postraumática con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana y algunas a veces; con una gravedad de moderada en su mayoría.
2. La aplicación del programa de intervención para el tratamiento del estrés postraumática fue efectivo, pues se logró reducir la frecuencia 2-3 veces por semana a cero e igualmente la gravedad moderada se redujo a cero, Dicho resultado se valida con la aplicación de la prueba de Wilcoxon ($p < 0.001$), aceptándose la hipótesis central y rechazándose la hipótesis nula.
3. Se evidencia violencia doméstica de tipo físico-psicológico, seguido por violencia psicológica.

RECOMENDACIONES:

1. A las instituciones de salud, incorporar el programa de intervención de Rincón y Labrador en el tratamiento del estrés postraumático de las mujeres víctimas de violencia doméstica.
2. Realizar otros trabajos de investigación sobre la efectividad del programa de intervención con las víctimas de violencia doméstica en forma individualizada.

REFERENCIABIBLIOGRAFICA

1. Echeburúa y P. de Corral, Manual de Violencia Familiar (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
2. Kessler, R.; Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Trastorno por estrés postraumático en el nationalcomorbiditysurvey. Archives of General Psychiatry, 52 (12), 1048-1060.
3. Orengo, F.; Rodríguez, M. & Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. Psiquis, 22 (4), 169- 176.
4. Jiménez, L.; González, M. & Bousoño, M. (2000). Epidemiología. Trastorno de Estrés Postraumático (pp. 19-33). Barcelona: MASSON, S.A.
5. Williams, R. & Joseph, S. (1999). Trastorno de estrés postraumático en adultos:Conceptos y Terapia(pp. 1-24).
6. Francisco Javier y Paulina P. Rincón. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Asociación española de Psicología Conductual Vol. 6, pp. 527-547. Madrid, España, 2006.
7. Aguirre D Pamela, Rincón G Paulina et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Dic 05]; 48(2): 114-122. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo..>
8. Ruiz-Pérez Isabel, Blanco-Prieto Pilar. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. GacSanit [revista en la Internet]. [citado 2011 Dic 06]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo..>
9. Tuesca R., Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. [revista en la Internet]. 2003 Jul [citado 2011 Dic 06]; 17(4): 302-308. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.es>.

10. Aramburú Pérez, Edith Nancy y Mendoza romero, Marilú Norma: Efecto del trastorno por estrés postraumático en la calidad de vida de la población adulta del distrito de Vinchos, Ayacucho. Tesis para optar licenciatura en enfermería, UNSCH, 2006
11. Del castillo Jorge, Maribel. Estrés postraumático causado por la violencia sociopolítica en la población de 18 a 45 años distrito de Ayahuanco, Huanta, Ayacucho. Tesis para optar licenciatura en Enfermería, UNSCH, 2004
12. Creamer, M. (2000). Trastorno por estrés postraumático tras la violencia y la agresión. *Agresión y comportamiento violento*. pgs, 431-449.
13. Asociación de Psicología Americana (2002). La violencia y la Familia: Informe de la APA Grupo de Trabajo Presidencial sobre la violencia y la Familia - Resumen Ejecutivo. Disponible <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>.
14. OMS (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: MEDITOR.
15. Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR (4ta ed.). Washington, DC: APA.
16. Miguel-Tobal, J. J.; González, H. & López, E. (2000). Estrés postraumático: Hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6 (2-3), 255-280.
17. Hidalgo, R. & Davidson, J. (2000). Trastorno por estrés postraumático: Epidemiología y consideraciones relacionadas con la salud. Pgs 5-13.
18. Schnurr, P., M. & Bernardy, N. (2002). Investigación de trastorno por estrés postraumático. *Epidemiología, fisiopatología y evaluación*. *Revista de Psicología Clínica*,
19. Brewin, C.; Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-análisis de los factores de riesgo de trastorno por estrés postraumático en trauma de adultos expuestos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (2002).

21. Eroles, C. Trabajo social y familia. editorial espacio. Buenos Aires. 1998
22. Guilligan, James. Consejo Nacional de Salud Comité Nacional de Salud Mental. Lima Perú. 2005.
23. Ferreira, Gabriela (1987).
24. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1998.
25. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D. C.: OPS/OMS, 2003.
26. Krug et al., 2002) Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
27. Asociación de Psicología Americana (APA) 1999 Asociación de Psicología Americana (APA) (2002). La violencia y de la familia: Informe de la APA Grupo de Trabajo Presidencial sobre la violencia y de la Familia - Resumen ejecutivo. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>
28. Browne, 1993; Resnick et al., 2000; Taylor, Magnussen & Amundson, 2001. La experiencia vivida por las mujeres maltratadas. La violencia contra la mujer, 7 (5), 563-585.
29. Riggs, Caulfield & Street, Caulfield, M. & Street, A. (2000). Riesgo de violencia doméstica: Factores asociados a perpetrar y la victimización. Revista de Psicología Clínica, 56 (10), 1289-1316.
30. McAllister, 2000; Resnick et al., 2000 McAllister, M. (2000). Violencia Domestica, Una vida de aproximación a la evaluación y la intervención. *Lippincott's la practica de la atencion primaria*, 4 (2), 174-189.
31. Mertin & Mohr, 2000 Mertin, P. & Mohr, P. (2000). Incidencia y se correlaciona de trastorno de estrés postraumático en Australia las víctimas de la violencia en el hogar. Diario de la violencia en la familia, 15 (4), 411-422.
32. Calcedo, 2000; Miguel-Tobal, González & López, 2000 Calcedo, A. (2000). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A

33. Taylor, W., Magnussen, L., & Amundson, M.J. La experiencia vivida de las mujeres maltratadas. La violencia contra las mujeres
34. Paz Rincón González, Paulina. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Evaluación de programas de intervención. Tesis doctoral. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, 2003
35. Kubany, E.; Hill, E. & Owens, J. La terapia cognitiva traumática para las mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: Las conclusiones preliminares. *Journal of Traumatic Stress*, 2004
36. Rincón, P. P. Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Doméstico: Evaluación de un Programa de Intervención. Proyecto D. E. A. Universidad Complutense de Madrid, 2001

ANEXOS

Anexo A
Escala de Trauma de Davidson
DTS

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la *última semana*. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

Nº	ITEM	FRECUENCIA	GRAVEDAD
1	He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2	He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3	He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo		
4	Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5	He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o (diarrea)		
6	He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7	He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento		
8	He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9	He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.		
10	Me he sentido distante o alejado de la gente.		
11	He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12	He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13	He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14	He estado irritable o he tenido accesos de ira.		
15	He tenido dificultades para concentrarme		
16	Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"		
17	He estado nervioso o me he asustado fácilmente		

Escala de Trauma de Davidson(DTS)(DavidsonJRT, Book SW, ColketJT,Tupler LA, Roth S, David D y cols; 1997): esta escala está constituida por 17 ítems que corresponden y evalúan a cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios B, C yD, recogidos del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Se trata de una escala de autoinforme, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos(de 0, nunca o gravedad nula, a 4, a diario o gravedad extrema). El marco de referenciatemporal que los sujetos deben considerar es la semana previa

ANEXOS B

Programa de Intervención para el TEP. Desarrollado por Labrador y Rincón (2002)

SESION	CONTENIDO	TAREAS
1	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de normas de trabajo - Explicación del problema - Explicación de los objetivos del tratamiento - Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia - Entrenamiento en control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercitar control de la respiración - Registrar síntomas de reexperimentación
2	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Detención de pensamiento - Entrenamiento en control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercitar detención de pensamiento - Completar hojas A-B-C - Ejercitar control de la respiración
3	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Reevaluación cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Leer material autoestima - Realizar actividades gratificantes - Completar hojas A-B-C-D - Identificar y registrar situaciones problemáticas - Ejercitar control de la respiración.
4	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Reevaluación cognitiva - Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas - Leer material acerca de solución de problemas - Realizar actividades gratificantes - Ejercitar control de la respiración
5	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario - Registrar síntomas de reexperimentación - Ejercitar control de la respiración
6	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar autoexposición en imaginación - Registrar situaciones evitadas - Ejercitar control de la respiración
7	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar autoexposición en imaginación - Realizar autoexposición en vivo - Ejercitar control de la respiración
8	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas - Exposición 	

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA LA DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

PRIMERA SESIÓN		
Actividad	Materiales	Duración
Presentación de las participantes y de la Terapeuta.	Un rotulador. Una tarjeta y un alfiler para cada miembro del grupo.	15 minutos
Establecimiento de las normas de trabajo en grupo	Tarjetas con normas de trabajo. Compromiso de Secreto Terapéutico.	10 minutos
Explicación del problema.	Ninguno	5 minutos
Explicación de los objetivos del tratamiento	Ninguno	5 Minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia.	Tríptico ciclo y escalada de violencia, por participante.	15 Minutos
Entrenamiento en control de la respiración	Pauta de ejercicios para el control de la respiración.	35 Minutos
Asignación de tareas: - Ejercitar control de la respiración. - Registrar síntomas de reexperimentación	Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante. Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 Minutos

PRIMERA SESIÓN

Descripción de las actividades:

1. Presentación de las participantes y de la terapeuta:

A. La terapeuta se presenta y da la bienvenida a las participantes, animándolas a superar la ansiedad que puedan estar experimentando por encontrarse con un grupo de desconocidas. Asimismo, invita a las participantes a presentarse a través de una dinámica de presentación cruzada, esto es, deben reunirse en parejas y averiguar la una de la otra una serie de datos personales que la terapeuta les indica (nombre, edad, con quién vive, etc.) para después darlos a conocer al resto del grupo. La terapeuta irá anotando los nombres en tarjetas que las participantes se pondrán para facilitar un trato más cercano al interior del grupo.

2. Establecimiento de normas de trabajo en grupo:

Se explica que cualquier grupo humano para realizar sus actividades necesita tener ciertas normas de funcionamiento, por lo que como grupo deben fijar sus propias normas. Para ello cada una debe elegir de entre una serie de afirmaciones preparadas por la terapeuta, las dos que considera más importantes y explicarlas al resto del grupo. Se discuten las normas elegidas y de ser necesario la terapeuta también elige algunas para garantizar la confidencialidad, respeto, participación activa en sesión como en las tareas para casa) y puntualidad a lo largo de las sesiones.

B. Se firma el "Compromiso de Secreto Terapéutico".

3. Explicación del problema:

A. La terapeuta comenta que el problema que las aqueja a todas, por lo que se han reunido, es una reacción normal ante la situación vivida, poniendo énfasis en que lo que es anormal es la situación de maltrato en sí y que ella debe ser eliminada debido a las graves implicaciones que tiene en la vida de las participantes.

B. Se explica que frente a eventos traumáticos, como es el caso de la violencia doméstica, las personas normalmente desarrollan una serie de síntomas como son: Recordar permanentemente el evento en cuestión (por ejemplo, una paliza), soñar con esa situación, no tener ganas de salir de

hacer cosas que antes apetecía realizar, evitar ciertos pensamientos, sentimientos, actividades o cosas que se han asociado al problema, tener dificultad para poner atención, tener dificultad para dormir, estar más irritable o incluso tener explosiones de ira o llanto, etc.

C. Del mismo modo, se explica que estas reacciones se dan porque los seres humanos tenemos 2 tipos de memorias o formas de almacenar la información en nuestro cerebro: A través de una vía rápida, también conocida como memoria automática y a través de una vía más lenta, llamada también memoria controlada o consciente. La memoria automática ha guardado con mucho detalle y sin elaborar las situaciones traumáticas y por ello es que sentimos miedo frente a ciertas cosas, algunas de las cuales no siempre somos capaces de relacionar con nuestro problema. La memoria consciente, en cambio, ha tratado de darle un significado a la información al almacenarla y es por ello que, frente a una situación de la que no somos responsables, tenemos sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, rabia, etc.

4. Explicación de los objetivos del tratamiento:

A. Se explica que, debido a lo mencionado, el tratamiento se articulará en torno a dos grandes ejes, el primero, que apunta a trabajar la exposición a las situaciones temidas, se abordará entre la segunda y la cuarta sesión, con el objetivo de lograr autocontrol respecto a la situación temida; y el segundo, relacionado con todo aquello que les afecta debido a la interpretación que han hecho de la situación, se llevará a cabo entre la quinta y la octava sesión.

B. Se pondrá énfasis nuevamente en la importancia de la participación y de la realización de las tareas para casa para alcanzar los objetivos terapéuticos.

5. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia:

A. Se entrega a cada participante un tríptico de ciclo y escalada de violencia y se les pide que lo lean. Luego se comenta que les ha parecido, si se ven reflejadas en lo que han leído, si tienen alguna duda, etc. La terapeuta debe facilitar la expresión de emociones de todas las participantes.

6. Entrenamiento en control de la respiración:

A. Se explica a las participantes que muchos de los síntomas que antes fueron mencionados pueden ser controlados a través de técnicas apropiadas, una de ellas es el entrenamiento en una adecuada forma de respirar. Se pone énfasis en que ciertas situaciones, en especial las situaciones estresantes, como la que ellas viven o han vivido, favorecen una forma de respirar anormal, caracterizada por una respiración rápida y superficial que implica una subutilización de los pulmones, una peor oxigenación y un aumento en nuestra sensación de tensión, todo lo cual puede llegar a ocasionar ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general; la técnica de control de respiración es una herramienta útil para desactivarnos, permitiéndonos hacer frente al estrés.

B. Se enseña la técnica de control de la respiración.

7. Asignación de tareas:

A. Se pide a las participantes que lleven a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces a lo largo del día, dedicando 5 minutos cada vez, antes de acostarse y en otro momento a su elección (fijado en la sesión, con cada participante), registrando el momento del día en que lo practicaron y como se sintieron tras haberlo realizado.

B. Por último, se les pide que registren cualquier síntoma de reexperimentación que se les presente durante la semana, señalando fecha, situación, síntoma y ansiedad experimentada.

SEGUNDA SESION		
Actividad	Materiales	Duració
Revisión de tareas.	Revisión de tareas. Ninguno.	10 minutos
Detención de pensamiento.	Un bolígrafo y un par de folios,	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	Ninguno.	5 minutos
Asignación de Tareas: <ul style="list-style-type: none"> Ejercitar detención de pensamiento. Completar hojas A-B-C Ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de detención de pensamiento, por participante. Pizarra y rotulador. Una hoja A-BC, por participante. Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante. 	15 Minutos
Evaluación de la sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 Minutos

SEGUNDA SESIÓN

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se comenta que dificultad hubo en la realización de las tareas asignadas.
- Si hubo problemas para llevar a cabo el ejercicio de respiración, se comenta y se advierte que se seguirá practicando en las sesiones con lo que se tendrá un dominio mayor de la técnica.
- Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.
- La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.
- Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.
- Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la im hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir sup que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. La terapeuta concreta con cada participante el

momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.

B. Se les pide que registren aquellas situaciones que evitan, apuntando el grado en que lo hacen en una escala de 0 a 100.

C. Se les pide, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registren. La terapeuta debe fijar con las participantes los momentos elegidos para llevarlo a cabo, según la situación de cada una de ellas.

5. Evaluación de la sesión:

A. Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

TERCERA SESION		
Actividad	Materiales	Duració
Revisión de tareas.	Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	Un pliego de papel y un Rotulador, por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: <ul style="list-style-type: none"> • Leer material autoestima. • Realizar actividades gratificantes. • Completar hojas A-B-C-D • Identificar y registrar situaciones problemáticas. • Ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tríptico de autoestima, por participante. • Autorregistro de actividades gratificantes, por participante. • Hoja A-B-C-D, por participante. • Autorregistro de situaciones problemáticas, por participante. 	10 Minutos
Evaluación de la sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 Minutos

TERCERA SESIÓN

1. Revisión de tareas:

- A. Se les pregunta cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- B. Se analizan situaciones que evitan, verificando que estén definidas de manera concreta.
- C. Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

A. Se selecciona con cada participante una nueva situación aversiva que les genere mayor ansiedad que la situación seleccionada la semana anterior. Si alguna participante ya ha empezado con alguna situación nueva y no ha logrado reducir la ansiedad, se selecciona esa situación. Idealmente se debe elegir la situación que les genere mayor ansiedad.

B. Se pide a las participantes que lleven a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida. Al igual que en la sesión anterior, la descripción debe ser hecha con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales, lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento, en tiempo presente y en primera persona. Nuevamente, la terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva.

Se graba el relato hecho en voz alta, para su posterior utilización en casa.

C. Se evalúa qué posibilidad hay de que se expongan en vivo a algunas de las situaciones evitadas, que no entrañen ningún peligro para su integridad ni la posibilidad de un recondicionamiento. Si es así se planifica la exposición con coterapeuta, es decir, en compañía de otra participante.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

A. Se pide a las participantes que se expongan en imaginación a la situación entrenada en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. Se concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.

B. En aquellos casos en que es factible la exposición en vivo, se establece el momento en que se llevará a cabo y se pide que registren dichas exposiciones anotando hora de inicio y término, situación, ansiedad experimentada antes y después de exponerse y si utilizaron alguna estrategia de afrontamiento (si pensaron algo, utilizaron técnica de respiración, etc.).

C. Se pide a las participantes que sigan llevando a cabo el ejercicio de control de la respiración dos veces al día.

5. Evaluación de la sesión:

Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

CUARTA SESION		
Actividad	Materiales	Duració
Revisión de tareas.	Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	Pizarra y rotulador.	25 Minutos
Solución de problemas.	2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	35 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	Ninguno.	5 Minutos
Asignación de tareas: <input type="checkbox"/> Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente. <input type="checkbox"/> Leer material de solución de problemas. <input type="checkbox"/> Realizar actividades gratificantes. <input type="checkbox"/> Ejercitar control de la respiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de definición de problemas, por participante. • Tríptico de solución de problemas, por participante. • Autorregistro de actividades gratificantes, por participante. 	10 Minutos
Evaluación sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 Minutos

CUARTA SESIÓN

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

A. Se les pregunta a las participantes cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.

B. Se analizan las situaciones en las que se expusieron en vivo, comentando la ansiedad experimentada, en compañía de quien estuvieron y las técnicas de afrontamiento empleadas. Se comentan las principales dificultades.

C. Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

A. Se pide a las participantes que relaten por escrito la situación traumática con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vieron, oyeron, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. Se les indica que hagan la descripción en tiempo presente y en primera persona, del mismo modo que como lo han hecho en las sesiones anteriores. Además deben incluir lo que significa el acontecimiento traumático para ellas, con especial referencia a sus creencias sobre sí mismas y los demás.

B. Cada participante lee lo que ha escrito y se comenta el significado que tiene lo vivido en ese momento para ellas en relación a la ansiedad que les genera y a las creencias acerca de sí, los demás y el mundo.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

A. Se pide a las participantes que completen durante la semana el autorregistro de síntomas de reexperimentación cuando éstos se den.

B. Se les sugiere que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

5. Evaluación de cogniciones postraumáticas:

Se pide a las participantes que completen el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

6. Evaluación de la sesión:

Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido. QUINTA SESIÓN		
Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	Ninguno.	15 minutos
Solución de problemas.	Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 Rotuladores.	55 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	Ninguno.	5 Minutos
Asignación de tareas: <ul style="list-style-type: none">• Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas.• Identificar y registrar síntomas de reexperimentación.• Ejercitar control de la respiración.	<ul style="list-style-type: none">• Autorregistro de solución de problemas, por participante.• Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 Minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas.	inventario de cogniciones postraumáticas y un bolígrafo, por participante	5 Minutos
Evaluación sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 Minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

A. Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que puedan haber surgido.

B. Se felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

A. Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.

B. La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.

C. Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.

D. Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la ir hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir su que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva.

Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

A. Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que

lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. La terapeuta concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.

B. Se les pide que registren aquellas situaciones que evitan, apuntando el grado en que lo hacen en una escala de 0 a 100.

C. Se les sugiere que si lo necesitan lleven a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

D. Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SEXTA SESION		
Actividad	Materiales	Duració
Revisión de tareas.	Ninguno.	15 minutos
Exposición.	Grabadora y casete por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	Ninguno.	5 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas: • Autoexposición en imaginación. • Autoexposición en vivo. • Ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. • Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas, por participante. 	10 minutos
Evaluación sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que pueda haber surgido.

Se felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.

La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.

Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.

Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta enfatiza en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. La terapeuta concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se les instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al

relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.

Se les pide que registren aquellas situaciones que evitan, apuntando el grado en que lo hacen en una escala de 0 a 100.

Se les sugiere que si lo necesitan lleven a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SEPTIMASESION		
Actividad	Materiales	Duració
Revisión de tareas.	Ninguno.	15 minutos
Solución de problemas.	Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	55 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	Ninguno.	5 Minutos
Asignación de tareas: <ul style="list-style-type: none"> Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas. Identificar y registrar síntomas de reexperimentación. Ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de solución de problemas, por participante. Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante. 	5 Minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas.	inventario de cogniciones postraumáticas y un bolígrafo, por participante	5 Minutos
Evaluación sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 Minutos

SEPTIMA SESION

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- A. Se les pregunta cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- B. Se analizan situaciones que evitan, verificando que estén definidas de manera concreta.
- C. Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

A. Se selecciona con cada participante una nueva situación aversiva que les genere mayor ansiedad que la situación seleccionada la semana anterior, o si alguna participante ya ha empezado con alguna situación nueva y no ha logrado reducir la ansiedad, se selecciona esa situación. Idealmente se debe elegir la situación que les genere mayor ansiedad.

B. Se pide a las participantes que lleven a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida. Al igual que en la sesión anterior, la descripción debe ser hecha con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales, lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento, en tiempo presente y en primera persona. Nuevamente, la terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva.

Se graba el relato hecho en voz alta, para su posterior utilización en casa.

C. Se evalúa qué posibilidad hay de que se expongan en vivo a algunas de las situaciones evitadas, que no entrañen ningún peligro para su integridad ni la posibilidad de un recondicionamiento. Si es así se planifica la exposición con coterapeuta, es decir, en compañía de otra participante.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

B. Se pide a las participantes que se expongan en imaginación a la situación entrenada en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. Se concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.

C. En aquellos casos en que es factible la exposición en vivo, se establece el momento en que se llevará a cabo y se pide que registren dichas exposiciones anotando hora de inicio y término, situación, ansiedad experimentada antes y después de exponerse y si utilizaron alguna estrategia de afrontamiento (si pensaron algo, utilizaron técnica de respiración, etc.).

D. Se les sugiere que si lo necesitan lleven a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

OCTAVA SESION		
Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	Ninguno	10 minutos
Solución de problemas.	Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	50 minutos
Asignación de tareas: <input type="checkbox"/> Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas. <input type="checkbox"/> Ejercitar control de la respiración.	Autorregistro de solución de problemas, por participante.	5 minutos
Evaluación de la sesión.	Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- A. Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que les presentó el material que debían leer.
- B. Se refuerza el cumplimiento de las tareas.

2. Solución de problemas:

- A. Se explican las tres fases restantes de la solución de problemas: Generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.
- B. Se analiza en conjunto algún problema que las participantes quieran poner de ejemplo, poniendo en práctica los tres nuevos pasos de la solución de un problema. En un primer momento, la terapeuta debe incentivar la generación del mayor número de alternativas posibles, dejando claro que lo importante es la cantidad y no la calidad de las mismas; más adelante debe guiar la completa valoración de cada una de las alternativas, así como también la evaluación de la solución escogida en términos de factibilidad de lograr solucionar el problema y de suficiencia de información para tomar la decisión.
- C. Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la resolución de alguno de los problemas que definieron durante la semana, llevando a cabo las tres fases recién entrenadas y escribiéndolo en los pliegos de papel destinados para ello (la terapeuta asignará las parejas para que no sean las mismas de la sesión anterior). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada pareja. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento.

3. Asignación de tareas:

- A. Se pide a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas y las solucionen siguiendo los cinco pasos ya entrenados.
- B. Se les sugiere que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

4. Evaluación de la sesión:

- A. Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

PAUTA DE EJERCICIOS PARA EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES

- La duración de cada ejercicio no debe ser muy larga, estimándose entre dos y cuatro minutos el tiempo óptimo de realización, con períodos de descanso (uno o dos minutos) entre cada ejercicio o cada repetición del mismo ejercicio.
- El número de veces que debe repetirse cada ejercicio dependerá de que se haya conseguido o no el objetivo establecido.
- Si se da un problema de hiperventilación, caracterizado por sensaciones de mareo o malestar, debe cortarse inmediatamente el ejercicio en curso y utilizar algún procedimiento para disminuir la cantidad de oxígeno inspirado (por ejemplo, espirar e inspirar varias veces dentro de una pequeña bolsa a fin de que se inspire el aire ya respirado y con menor cantidad de oxígeno).

Primer Ejercicio

Objetivo:

- Ser capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones.

Descripción:

Adoptar una posición cómoda, preferentemente cúbito dorsal con los ojos cerrados.

Asimismo, debe haber escaso ruido exterior y las ropas deben ser holgadas para que no opriman ni molesten.

Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago para que las sensaciones táctiles refuercen las sensaciones internas y ayuden a percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración-espiración. A continuación se comienza a hacer inspiraciones pausadas tratando de dirigir el aire en primer lugar a la parte inferior del tronco, y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media. Debe notar que primero se hincha la zona de su cuerpo bajo la mano del vientre y después la zona que está bajo su segunda mano (el estómago).

Se debe insistir que la inspiración se haga en dos tiempos, primero hinchando la zona del vientre y luego la del estómago.

La duración de cada período de ejercicio puede ser de dos a cuatro minutos y deberá repetirse varias veces, tras pausas entre uno y otro, hasta que se consiga un adecuado control.

Segundo Ejercicio

Objetivo:

- Desarrollar una inspiración completa en tres tiempos.

Descripción:

En la posición anterior (tumbado, ojos cerrados, una mano sobre el vientre y otra sobre el estómago) hay que dirigir el aire de cada inspiración en

primer lugar hacia la zona del vientre, luego hacia la del estómago y por último hacia el pecho.

Es importante hacer tres tiempos diferentes en la inspiración, uno por cada zona. Asimismo es importante que la inspiración no sea forzada, por lo que conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona, en especial a las primeras, a fin de que no haya que forzar para la parte de inspiración pectoral.

Tercer Ejercicio

Objetivo:

- Hacer una espiración regular completa.

Descripción:

En la posición habitual ha de llevarse a cabo la inspiración como en el ejercicio anterior (completa en tres tiempos) y después comenzar a realizar la espiración cerrando bastante los labios para que ésta produzca un tenue ruido. De esa forma se puede, ayudado, por el ruido, regular que la respiración sea pausada y constante, no brusca. Para conseguir que ésta sea lo más completa posible, puede utilizarse el truco de tratar de silbar cuando se considere que se ha llegado al final de la misma, pues así se fuerza la expulsión de parte del aire residual difícilmente removible en una espiración normal; también una ligera elevación de hombros (como cuando nos encogemos de hombros) puede ayudar en los momentos finales de ésta.

Cuarto Ejercicio

Objetivo:

- Conseguir una adecuada alternancia respiratoria.

Descripción:

Este ejercicio es muy similar al anterior en cuanto que implica inspiración y espiración completa, pero se avanza un paso más, la inspiración, aunque se mantenga el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral) ya no se hace en tres tiempos diferenciados sino en uno continuo. Por lo demás la espiración es similar a la del ejercicio anterior, y se puede sustituir poco a poco el silbar al final y el hacerla de forma ruidosa, para pasar a un ciclo respiratorio completamente normal.

Hay que estar atentos en este ejercicio a seguir realizando en primer lugar la inspiración ventral.

Quinto Ejercicio

Objetivo:

- Generalizar la respiración completa a las condiciones de la vida habitual.

Descripción:

Ahora interesa que, una vez dominada la respiración en condiciones muy favorables, se pueda utilizar ésta en las condiciones habituales, ordinariamente no tan favorables, en las que sea necesaria. Para ello se trata de repetir el ejercicio anterior en distintas posiciones y situaciones.