

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL A MUJERES CON ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA UN ABORDAJE DESDE  
LA TÉCNICA EMDR

POR

SALVADOR BARBA GÓMEZ

TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS  
EXIGIDOS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

25 MAY 2010

Apogues del autor

2/2

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

|                         |                                                                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Maestria en | Psicologia clinica                                                                                                       |
| Escuela de              | Psicologia                                                                                                               |
| Numero de codigo        | 327 14 06 09 67                                                                                                          |
| Nombre del estudiante   | Salvador Barba Gómez                                                                                                     |
| Titulo al que aspira    | Magister en Psicologia Clinica                                                                                           |
| Tema de la tesis        | Programa de apoyo emocional a mujeres con Estrés Postraumatico por violencia doméstica Un abordaje desde la Técnica EMDR |

Resumen Ejecutivo Este trabajo investigativo implementa un programa de apoyo emocional a mujeres con Estrés Postraumático por violencia doméstica haciendo un abordaje desde la técnica EMDR mediante un diseño de investigacion cuasi - experimental El diseño se trabajó haciendo la medición con pre test y pos test a un grupo experimental y a un grupo control o en espera compuestos ambos grupos por cuatro mujeres del hogar San José de Malambo Las pacientes fueron seleccionadas con el Cuestionano de Experiencias Traumáticas (TQ) y se les evaluó depresión autoestima inadaptación y cogniciones postraumáticas Al grupo experimental se le aplicó el tratamiento haciendo la entrevista clínica y usando la tecnica EMDR Una semana después de aplicado el tratamiento y un mes despues de la ultima evaluación se volvían a medir Depresión autoestima inadaptación cogniciones postraumáticas y se aplico y se evaluó el Trastorno de Estres Postraumático con el objetivo de verificar la efectividad del tratamiento

Nombre del Asesor \_\_\_\_\_  
 Firma del Asesor \_\_\_\_\_  
 Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Coordinador del Programa  
 Director del Programa de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a los frailes agustinos del Vicariato Santo Tomás de Villanueva de Panamá a mis padres mis hermanos a los formandos agustinos del Seminario San Agustín a mis amigos/as a la pura eternidad de cuanto amo y a todos aquellos que creen que en la vida es posible superarse siempre

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Dios revelado en Cristo al profesor Ricardo López asesor de la tesis a las hermanas del Hogar Malambo a su trabajadora social Yois a su psicóloga Aisaida a mis amigos/as Ema Yami Lisy Aleida y Jony por el apoyo que me brindaron siempre

Agradezco a la Universidad de Panamá y a su profesorado por compartir sus experiencias y conocimientos durante los dos años de estudio de la maestría

## INDICE

|                                                                   | PÁGINAS |
|-------------------------------------------------------------------|---------|
| RESUMEN                                                           | 1       |
| SUMMARY                                                           | 2       |
| INTRODUCCIÓN                                                      | 3       |
| <b>CAPÍTULO I</b>                                                 |         |
| <b>DEFINICIÓN Y PARTICULARIDADES QUE CARACTERÍZAN LA</b>          |         |
| <b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>                                        |         |
| <b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>                                        | 8       |
| a 1 Definición                                                    | 8       |
| a 2 Particularidades que caracterizan la Violencia doméstica      | 9       |
| a 2 1 Tipos de violencia doméstica                                | 9       |
| a 2 1 1 Violencia o maltrato físico                               | 10      |
| a 2 1 2 Violencia o maltrato sexual                               | 10      |
| a 2 1 3 Violencia o maltrato psicológico                          | 11      |
| a 3 Condiciones estructurales que facilitan la aparición de la    |         |
| Violencia                                                         | 12      |
| a 4 Patrón interaccional de la violencia hacia la mujer           | 13      |
| a 4 1 Fase de acumulación de tensión                              | 13      |
| a 4 2 Fase de explosión agresión o incidente de maltrato agudo    | 14      |
| a 4 3 Fase de arrepentimiento reconciliación o luna de miel       | 15      |
| a 5 Situación pasiva de la mujer en la violencia doméstica        | 17      |
| a 6 Interpretaciones erróneas acerca de la violencia doméstica    | 18      |
| a 7 Factores que al articularlos pueden estar relacionados con la |         |
| violencia                                                         | 22      |
| a 8 Datos epidemiológicos sobre la violencia doméstica            | 24      |
| a 8 1 Respecto a la estimación de la magnitud del problema        | 24      |
| a 8 2 Estimación de la prevalencia del problema                   | 28      |
| a 8 3 Estimación de la prevalencia del problema en Panamá         |         |
| Aspectos cuantitativos                                            | 29      |
| a 9 Repercusiones de la violencia doméstica                       | 31      |
| a 9 1 En la salud física                                          | 31      |
| a 9 2 En la salud psíquica                                        | 32      |
| a 9 2 1 Síndrome de la mujer maltratada                           | 34      |
| a 9 2 2 El síndrome de adaptación paradójica                      | 36      |
| a 9 3 Depresión                                                   | 36      |
| a 9 4 Trastornos de ansiedad                                      | 37      |
| <b>CAPÍTULO II</b>                                                |         |
| <b>TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>                         |         |
| <b>B VISIÓN DEL TRASTORNO</b>                                     | 40      |
| b 1 Definición                                                    | 40      |
| b 2 Definición del Trastorno de Estrés Posttraumáticos según      |         |
| DSM IV TR                                                         | 41      |

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| b 3 Criterios diagnósticos del DSM IV y del DSM IV – TR                            | 42 |
| b 4 Criterios diagnósticos según el CIE – 10                                       | 44 |
| b 5 Consideraciones acerca de los síntomas en el DSM – IV – TR y en CIE – 10       | 46 |
| b 6 Breve comentario sobre la epidemiología del Trastorno de Estrés Pos Traumático | 46 |
| b 7 Curso del Trastorno de Estrés Postraumático                                    | 47 |
| b 8 Comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático y otros Trastornos mentales | 48 |
| b 9 Factores de riesgo del Trastorno de Estrés Postraumático                       | 49 |

### CAPÍTULO III

#### EMDR COMO PROPUESTA TERAPÉUTICA

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| C TÉCNICA EMDR                                                                | 52 |
| c 1 Definición                                                                | 52 |
| c 2 Descubrimiento de EMDR                                                    | 52 |
| c 3 Reconocimiento y validación de EMDR                                       | 54 |
| c 4 EMDR y cerebro humano                                                     | 54 |
| c 4 1 Cerebro y mente en un trauma severo                                     | 54 |
| c 4 2 EMDR Trauma y sistema nervioso                                          | 57 |
| c 5 El método EMDR como catalizador                                           | 59 |
| c 6 Visión antropológica de EMDR                                              | 60 |
| c 7 EMDR como enfoque integrativo                                             | 60 |
| c 8 EMDR y trastorno de Estrés Postraumático                                  | 61 |
| c 9 EMDR y su visión de redes de recuerdos                                    | 62 |
| c 10 Las ocho fases que componen el tratamiento EMDR                          | 62 |
| c 10 1 Fase uno historia clínica del paciente y planificación del tratamiento | 62 |
| c 10 2 Fase dos Preparación del cliente                                       | 65 |
| c 10 3 Fase tres Evaluación                                                   | 67 |
| c 10 4 Fase cuatro desensibilización                                          | 68 |
| c 10 5 Fase cinco Instalación de cognición positiva                           | 69 |
| c 10 6 Fase seis Revisión corporal                                            | 69 |
| c 10 7 Fase siete Cierre                                                      | 70 |
| c 10 8 Fase ocho seguimiento                                                  | 71 |

### CAPÍTULO IV

#### METODOLOGÍA

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| A. Planteamiento del problema  | 73 |
| B Justificación                | 73 |
| C Objetivos                    | 77 |
| c 1 Objetivos generales        | 77 |
| c 2 Objetivos específicos      | 77 |
| c 3 Preguntas de Investigación | 78 |
| D Hipótesis                    | 79 |
| d 1 Hipótesis conceptual       | 79 |
| d 2 Hipótesis operacional      | 79 |
| d 3 Hipótesis estadísticas     | 80 |
| d 3 1 Hipótesis $H_0$          | 80 |

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| d 3 2 Hipótesis H <sub>1</sub>                                      | 80  |
| d 4 Autoestima                                                      | 80  |
| d 4 1 H <sub>0</sub>                                                | 80  |
| d 4 2 H <sub>1</sub>                                                | 80  |
| d 5 Prueba de hipótesis                                             | 80  |
| E Estrategia de la investigación                                    | 81  |
| e 1 Variables                                                       | 81  |
| e 1 1 Variable independiente                                        | 81  |
| e 1 2 Variables dependientes                                        | 82  |
| F Población                                                         | 83  |
| G Criterios de inclusión                                            | 83  |
| H Criterios de exclusión                                            | 84  |
| I Instrumentos                                                      | 84  |
| i 1 Entrevista clínica                                              | 84  |
| i 2 Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)                 | 85  |
| i 3 Inventario de Depresión de Beck (BDI)                           | 86  |
| i 4 Escala de autoestima de Rosenberg (1965)                        | 86  |
| i 5 Escala de Inadaptación                                          | 87  |
| i 6 Inventario de cogniciones Postraumáticas                        | 88  |
| i 7 Índice global de DUKE para el Trastorno de Estrés Postraumático | 88  |
| i 8 La Escala Subjetiva de Perturbación SUDS                        | 89  |
| i 9 Escala de la Validez de la Cognición VOC                        | 90  |
| J Técnicas de intervención                                          | 90  |
| K. Diseño de investigación                                          | 91  |
| L Procedimiento estadístico                                         | 92  |
| <br>                                                                |     |
| <b>CAPÍTULO V</b>                                                   |     |
| <b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>                  |     |
| E VISIÓN ANALÍTICA                                                  | 94  |
| e 1 Inducción estadística                                           | 94  |
| F Cuadro 1                                                          | 95  |
| f 1 Cuadro 2                                                        | 96  |
| f 3 Interpretación de los resultados –pre –test                     | 102 |
| f 3 1 Primera evaluación conclusión de cuadro dos                   | 102 |
| f 4 Cuadro tres                                                     | 105 |
| f 5 Una semana después del tratamiento – post –test                 | 112 |
| f 6 Cuadro cuatro                                                   | 115 |
| f 7 Un mes después de la última evaluación del tratamiento          | 122 |
| <br>                                                                |     |
| CONCLUSIONES                                                        | 127 |
| RECOMENDACIONES                                                     | 128 |
| BIBLIOGRAFÍA                                                        | 129 |
| ANEXOS                                                              | 132 |
| ANEXO 1 HISTORIAS CLÍNICAS                                          |     |
| ANEXO 2 CARTAS DE SOLICITUD                                         |     |
| ANEXO 3 CONTRATO Y PRUEBAS                                          |     |
| ANEXO 4 TRABAJO EN CASA Y FICHAS DE REPASO                          |     |

## **INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS**

### **CUADROS**

|                 |                                                                       |            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Cuadro 1</b> | <b>Criterios de selección de los pacientes</b>                        | <b>95</b>  |
| <b>Cuadro 2</b> | <b>Pre-test grupo experimental primera evaluación</b>                 | <b>96</b>  |
| <b>Cuadro 2</b> | <b>Pre-test grupo control primera evaluación</b>                      | <b>97</b>  |
| <b>Cuadro 3</b> | <b>Pos test grupo experimental una semana después del Tratamiento</b> | <b>105</b> |
| <b>Cuadro 3</b> | <b>Pos test grupo control una semana después del tratamiento</b>      | <b>106</b> |
| <b>Cuadro 4</b> | <b>Pos test grupo experimental un mes después</b>                     | <b>115</b> |
| <b>Cuadro 4</b> | <b>Pos test grupo control un mes después</b>                          | <b>116</b> |

### **GRÁFICAS**

|                  |                                                                |            |
|------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Gráfica 1</b> | <b>selección de paciente</b>                                   | <b>95</b>  |
| <b>Gráfica 1</b> | <b>Cálculo de cuadro 2 – Depresión</b>                         | <b>98</b>  |
| <b>Gráfica 2</b> | <b>Cálculo de cuadro 2 – Autoestima</b>                        | <b>99</b>  |
| <b>Gráfica 3</b> | <b>Cálculo de cuadro 2 – Inadaptación</b>                      | <b>100</b> |
| <b>Gráfica 4</b> | <b>Cálculo de cuadro 2 – Cogniciones Postraumáticas</b>        | <b>101</b> |
| <b>Gráfica 1</b> | <b>Cálculo de cuadro 3 – Depresión</b>                         | <b>107</b> |
| <b>Gráfica 2</b> | <b>Cálculo de cuadro 3 – Autoestima</b>                        | <b>108</b> |
| <b>Gráfica 3</b> | <b>Cálculo de cuadro 3 – Inadaptación</b>                      | <b>109</b> |
| <b>Gráfica 4</b> | <b>Cálculo de cuadro 3 – Cogniciones Postraumáticas</b>        | <b>110</b> |
| <b>Gráfica 5</b> | <b>Cálculo de cuadro 3 – Trastorno de Estrés Postraumático</b> | <b>111</b> |
| <b>Gráfica 1</b> | <b>Cálculo de cuadro 4 – Depresión</b>                         | <b>117</b> |
| <b>Gráfica 2</b> | <b>Cálculo de cuadro 4 – Autoestima</b>                        | <b>118</b> |
| <b>Gráfica 3</b> | <b>Cálculo de cuadro 4 – Inadaptación</b>                      | <b>119</b> |
| <b>Gráfica 4</b> | <b>Cálculo de cuadro 4 – Cogniciones Postraumáticas</b>        | <b>120</b> |
| <b>Gráfica 5</b> | <b>Cálculo de cuadro 4 – Trastorno de Estrés Postraumático</b> | <b>121</b> |

## RESUMEN

Esta investigación muestra los resultados que se obtuvieron en la aplicación de un tratamiento con la técnica EMDR en mujeres con Estrés Postraumático víctimas de la violencia doméstica. La investigación parte desde una fundamentación teórica sobre la violencia, estrés postraumático y la técnica EMDR.

La aplicación del tratamiento se llevó a cabo en 4 mujeres en el hogar San José de Malambo de un número de 8 a través de un estudio comparativo donde 4 pertenecían al grupo experimental y 4 al grupo control o en espera. Las pacientes fueron seleccionadas con el Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ) y al azar se hicieron los dos grupos. Al grupo experimental se le hizo la entrevista clínica dando con ello inicio al tratamiento con EMDR que tiene un procedimiento de 8 fases: Historia clínica, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, chequeo corporal, cierre y seguimiento. El tratamiento tuvo una duración de un mes a una sesión semanal por paciente correspondiendo a cada paciente 4 sesiones de 90 minutos cada una.

El diseño de la investigación está bajo el parámetro de una investigación cuasi experimental con Pre – test y Pos – test. Las pruebas aplicadas para la medición son Escala de Inadaptación, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, inventario de Cogniciones Postraumáticas, Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático. Las pruebas se aplicaron antes de iniciar el tratamiento, una semana después de haber terminado el tratamiento y un mes después de la última evaluación.

Los resultados arrojados por los post – test indican que el programa fue efectivo para la reducción del Estrés Postraumático produciéndose además una mejoría significativa en las variables concomitantes de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

## **SUMMARY**

This investigation shows the results obtained in the application of a treatment using the EMDR technique in women with posttraumatic stress caused by domestic violence. This investigation starts with a theoretical foundation of violence, posttraumatic stress and the EMDR technique.

This treatment was applied to four women in Hogar San José de Malambo. It consisted in a comparative study of 8 women: 4 belonging to the experimental group and 4 to the controlled group or the one in waiting. The patients were chosen through the traumatic experiences questionnaire (TQ) and then two groups were randomly formed. Through the clinical interview to the experimental group, the treatment with EMDR was begun.

This procedure has 8 phases: clinical history, preparation, evaluation, desensibilization, installation, body checkup, closing, and follow up. The treatment took one month with a weekly session to every patient, totaling four ninety-minute sessions for each patient.

The investigation was designed as a quasi-experimental one with pre-test and post-test. The measuring applied tests were Rosenberg's Inadaptation scale, inventory of posttraumatic cognitions, Duke's global index for the posttraumatic stress disturbance. The tests were applied before starting the treatment, then a week after ending it, and finally a month after the last evaluation.

The post-test results show the effectiveness of the program in reducing posttraumatic stress and a significant improvement in concomitant variables as depression, self-esteem, inadaptation, and posttraumatic cognitions.

## INTRODUCCIÓN

La violencia domestica es una afección que agobia a la sociedad de hoy y tiene de partida en su estudio la dificultad de las multiples definiciones que hay de ella ya que varian de forma y criterio segun se entienda Las definiciones de lo que es violencia doméstica dependen del sujeto en quien se pone el acento si en la victima o el victimario En el caso de este trabajo he puesto el acento en la víctima A esta víctima es a la que he querido llegar con una propuesta investigativa y de ayuda terapéutica de EMDR para tratar aquella secuela triste y dolorosa que el DSM – III en los años 80 dio en llamar Trastorno de Estrés Postraumático

Las victimas con la que he trabajado en este estudio son 8 mujeres de un grupo de mujeres que buscan ayuda en el hogar San Jose de Malambo El estudio es un estudio cuasi – experimental donde hay un grupo experimental y un grupo en espera Este estudio comparativo muestra cuantitativa y cualitativamente cuales son los resultados logros y efectos colaterales del tratamiento en comparación

La procedencia de la investigación y aplicación del tratamiento estructuralmente está constituida por cinco capitulos y un anexo donde los tres primeros desarrollan el marco teórico que hace de fundamento referente a la problemática y al tratamiento el cuarto a la metodologia y el quinto al análisis resultados y recomendaciones dejando al final el espacio para los anexos donde se encuentran los recursos usados

El capitulo primero titulado Definición y particularidades que caracterizan la violencia doméstica involucra la definición del concepto de violencia y las dificultades que implica Las grandes categorias dentro de la violencia doméstica como son la violencia fisica sexual y psicológica Algunas características de la organización familiar que facilitan la aparición del fenómeno violento como es la organización jerarquica Las fases ciclicas de la violencia acumulación de tensión fase aguda de golpes y fase calma amante Fases que varian en intensidad y duración Busca darse respuesta

a la situación de pasividad de la mujer que muchos se hacen desde la pregunta ¿Por qué las mujeres permanecen junto a los hombres que las maltratan? ¿Por qué no se van?

Se trata de explorar el hecho de la violencia a través de la articulación de factores como el hecho de la brecha de la desigualdad de oportunidades y manejo de poder que ha existido a lo largo de la historia entre ambos géneros pero que hoy se angosta y el varón se ve amenazado creando resistencia y resolviéndola desde la violencia. Se articula la violencia a los modelos de relaciones aprendidos en la familia.

En lo que respecta a la magnitud del problema la obtención de datos se dificulta por diversas razones como la definición del concepto de violencia las fuentes estadísticas la intimidad del hecho las falacias de muestreo clínico y las de muestreo representativo. Aunque el informe de las Naciones Unidas nos dice que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos y abusos. En lo que a Panamá respecta desde el año 1997 hasta el 2008 se registraron 25 921 casos según diversas fuentes.

El capítulo termina haciendo alusión a las repercusiones que tiene la violencia doméstica en la salud física en la salud psíquica los síndromes que se generan como el de la mujer maltratada adaptación paradójica y los efectos colaterales de depresión y ansiedad.

El capítulo segundo llamado Trastorno de Estrés Postraumático presenta una visión del trastorno desde una definición histórica hasta los hechos que lo pueden producir hoy. También la definición del DSM –IV –TR sus criterios diagnósticos los del CIE 10 las consideraciones sintomáticas de ambas propuestas y los desacuerdos que se dan en cuanto al conjunto de los síntomas. La dificultad que ha causado la apertura del DSM – IV al estudio de la epidemiología del Estrés Postraumático debido a la flexibilidad ante los factores originarios del trauma. El curso del trastorno en la versión revisada del DSM – IV y la clasificación según su duración agudo crónico y de inicio demorado. La comorbilidad del trastornos y otros trastornos angustia agorafobia trastorno obsesivo – compulsivo fobia social fobia específica depresión bipolaridad ansiedad y el trastorno relacionado con el consumo

de sustancias. Los factores de riesgo que se dan en base a la intensidad, la duración y la exposición a la que ha estado la persona.

El capítulo tercero EMDR como propuesta terapéutica. Inicia con una exposición sobre la definición de la técnica, su autora Francine Shapiro, la base de la técnica que se centra en el movimiento ocular u otras formas de estimulación bilateral. El descubrimiento de la técnica que se da ante la aparición de recuerdos poco agradables y su asociación al movimiento ocular mientras la doctora Francine Shapiro paseaba por un parque en California. La sistematización de estudios que emprendió la autora con diversos tipos de pacientes, los estudios que se han hecho sobre los efectos de un trauma en el cerebro humano, sobre el sistema nervioso, la función de la remoción de los traumas del cerebro primario por la técnica EMDR y su conexión con el cerebro secundario.

La técnica se propone como un enfoque integrativo donde confluyen diversas corrientes psicológicas: psicodinámica, conductismo, cognitivismo, gestalt. Por ello su antropología es la visión de un ser complejo que funciona en todas sus dimensiones.

En lo que respecta al Trastorno de Estrés Postraumático y sus repercusiones en el Sistema Nervioso Autónomo, el bloqueo del procesamiento cerebral, EMDR activa, desbloquea y hace útil la información. EMDR trabaja en base a 8 fases y dentro del proceso terapéutico concibe que el cerebro funciona como una red de recuerdos, los cuales están compuestos por canales interconectados que se limpian con el proceso terapéutico.

El capítulo cuarto es la metodología que parte desde el planteamiento del problema, la justificación por lo que vale la pena la investigación, los objetivos generales y objetivos específicos que se persiguen, las preguntas a las cuales se les busca respuesta con la aplicación del programa a través de la técnica EMDR, las diversas hipótesis, la conceptual que hace alusión a los efectos del tratamiento, la operacional, al desarrollo y resultados del tratamiento, la hipótesis alterna como contrapropuesta a la hipótesis nula en cuanto a los resultados del tratamiento y lo que implica su nivel de significación.

La estrategia de la investigación se presentara como cuasi – experimental con pre–test y post test Con clara definición de las variables independientes y dependientes Población y muestra que incluye población objetivo población muestral y muestra con los criterios de inclusion y criterios de exclusión que se requieren

Los instrumentos implican desde la entrevista clinica segun la tecnica EMDR hasta una bateria de pruebas que reunen los criterios para la investigación Se concluye con las diversas técnicas de intervención apropiadas para la situación el diseño de la investigación y la propuesta para análisis de los resultados a través del programa XLSTAT

El capítulo quinto es la interpretación de los resultados donde se constata el éxito o fracaso del tratamiento y las recomendaciones que surgen a partir de la investigación

## **CAPÍTULO I**

### **DEFINICIÓN Y PARTICULARIDADES QUE CARACTERIZAN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

## **A VIOLENCIA DOMESTICA**

### **a 1 Definición**

Son múltiples las definiciones de violencia doméstica varían según el criterio y la forma como se entienda (Rincón Paz González Paulino 2003) Tradicionalmente han existido dos grandes corrientes dentro del estudio de la violencia doméstica Por una parte aquella conocida como perspectiva de violencia doméstica que como su nombre indica se centra en las distintas formas de violencia que pueden darse entre los miembros de una familia y por otra aquella conocida como perspectiva feminista cuyo objeto de estudio es la violencia perpetrada contra la mujer por el hombre maltratador (Johnson 1995)

Estas dos perspectivas han dado lugar a que en la misma línea se encuentran las diferencias derivadas del hecho de que desde diversas disciplinas se trabaje en este tema y cada especialidad fija la significación de la violencia doméstica según su propio punto de vista y utilizando los términos que le son más comunes Así los vocablos empleados y las definiciones usadas en derecho psicología sociología y trabajo social varían considerablemente y aportan distintos matices al tema de estudio Asimismo las definiciones de lo que es violencia doméstica dependen del sujeto en el que se pone el acento Si en la víctima o en el victimario Cuando se define violencia doméstica desde la perspectiva de quien la ejerce las definiciones suelen apuntar a la intención o a las acciones de esta persona Por el contrario cuando se le define desde la óptica de quien resulta afectado por dichos actos las definiciones aluden al impacto o consecuencias de la violencia en las víctimas (Riggs Caulfield Street 2000)

La Real academia Española de la lengua explica que violentar es la aplicación de medios sobre personas o cosas para vencer su resistencia igualmente ha sido caracterizada como la acción contra el natural modo de proceder. Con estas conceptualizaciones se ha definido a la violencia como el uso de la fuerza abierta u oculta con el fin de obtener de un individuo o de un grupo lo que no quieren consentir libremente (Domenach Jean Marie 1978)

También el maltrato ha sido denotado en función de determinada visión teórica sobre el problema y así se ha dicho que se trata de un ataque a la integridad corporal y psíquica que lleva a cabo un hombre quien se aprovecha del poder social ya instaurado (Grosman P Cecilia y otros 1992)

## **a 2 Particularidades que caracterizan la Violencia doméstica**

### **a 2 1 Tipos de violencia doméstica**

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia doméstica es conseguir el control de las conductas de la víctima se consideran tres grandes categorías dentro de la violencia doméstica –violencia física sexual y psicológica que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada (Dutton 1993) es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia doméstica

### **a 2 1 1 Violencia o maltrato físico**

Se entiende por maltrato físico cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física enfermedad daño o dolor con independencia de los resultados de dicha conducta (López 2002 McAllister 2000 Villavicencio Sebastián 1999) Deben considerarse tanto conductas activas por ejemplo abofetear empujar golpear escupir dar puñetazos patadas estrangular utilizar objetos armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión etc como conductas pasivas entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos) o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del carro escape de gas etc) El maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar por eso suele ser al que se da más importancia tanto en el ámbito personal como en el social No obstante suele verse precedido por el maltrato psicológico (O Leary 1999)

### **a 2 1 2 Violencia o maltrato sexual**

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidad sexual forzada ya sea por amenazas intimidación coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual no limitándose a la penetración vaginal o anal (Dutton 1993 López 2002 McAllister 2000 Villavicencio Sebastián 1999) Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares Por una parte por la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos y por otra porque aun muchas personas consideran que es un

deber u obligación realizar conductas sexuales en una relación de pareja por lo que es poco frecuente que las victimas estimen que han padecido maltrato sexual incluso cuando han sido violentamente exigidas por parte de su pareja

### **a 2 1 3 Violencia o maltrato psicológico**

Se entiende por maltrato psicológico cualquier conducta física o verbal activa o pasiva que atenta contra la integridad emocional de la victima en un intento de producir en ella intimidación desvalorización sentimientos de culpa o sufrimiento (López 2002 McAllister 2000 Villavicencio Sebastián 1999)

Humillaciones descalificaciones o ridiculizaciones tanto en publico como en privado aislamiento social y económico amenazas de maltrato a ella o a sus seres queridos destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales) amenazas repetidas de divorcio o abandono etc son ejemplos de este tipo de maltrato También lo son la negación de la violencia y la atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato Este tipo de violencia es más difícil de identificar y evaluar (McAllister 2000 Walker 1979) por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función tanto de la frecuencia con la que se da como del impacto subjetivo que supone para la víctima (Walker 1979) No obstante se han desarrollado multiples instrumentos para medirla y existen diversos estudios que demuestran que sus consecuencias son al menos tan perniciosas como las del maltrato físico (O Leary 1999) En ocasiones se ha considerado como categorías distintas el maltrato económico o financiero que alude al control absoluto de los recursos económicos de la víctima el que se refiere a maltrato estructural diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad el maltrato espiritual que alude a la destrucción de las creencias cultural o religiosas de la víctima o a obligarla a que acepte un sistema de creencias determinado (Instituto de la Mujer 2000) y el maltrato social que se refiere al aislamiento de la víctima privación de sus

relación sociales y humillación en éstas (Instituto Vasco de la Mujer 2002) Sin embargo se prefiere considerar estos tipos de maltrato como subcategorías del maltrato psicológico ya que apuntan al control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión

### **a 3 Condiciones estructurales que facilitan la aparición de la violencia**

La formación de parejas en nuestra sociedad implica la puesta en marcha de un conjunto de explícitos e implícitos que definen los acuerdos para la convivencia con una modalidad más o menos ajustada al modelo cultural vigente

Veamos algunas características de la organización familiar que facilitan la aparición del fenómeno violento

- 1 Una organización jerárquica fija e inamovible basada en la creencia muchas veces explícita en desigualdades naturales
- 2 Un sistema de autoridad en el que la distribución del poder se organiza en concordancia con las jerarquías conformando relaciones de dominación/subordinación autortarias
- 3- Una modalidad relacional cercenadora de la autonomía en tanto los miembros de la familia interactúan rígidamente esto es sólo en término de funciones con relación a otros y sin posibilidad de recortar su propia identidad De manera que son y actúan como el sistema les impone ser y permanecen inmovilizados en sus lugares
- 4 Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género o estereotipos de género Esto significa también una rígida adhesión a los supuestos explícitos e implícitos de la cultura lo que conduce a una significativa contradicción entre ambos puesta de manifiesto en las prácticas de interacción

- 5 Una comunicación de significados que invisibilizan el abuso e imponen naturalidad al hecho dentro de la familia. A estas condiciones estructurales de la violencia se suma una condición externa de consenso social mantenida por sectores tradicionales que otorgan legitimidad al agresor y dejan sin recursos a la víctima para actuar frente a la situación.

Estas características no actúan aisladas sino superpuestas en una interacción continua que puede llevar a la presencia de la totalidad de los componentes o al predominio de uno o varios sobre el resto. El plantearlo de este modo es sólo un recurso metodológico.

#### **a 4 Patrón interaccional de la violencia hacia la mujer**

Esta reflexión tomará el ciclo de la violencia marital formulado por L. Walker como esquema para el análisis de las interacciones violentas que ocurren bajo las condiciones estructurales antes descritas (Walker Leonor 1976).

De acuerdo a dicho esquema la violencia se da en situaciones cíclicas que pueden ser referidas a tres fases que varían en intensidad y duración según las parejas: 1) acumulación de tensión 2) fase aguda de golpes 3) calma amante.

##### **a 4 1 Fase de acumulación de tensión**

Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes menores de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del agresor hacia la víctima. Ésta, en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso intenta negar los malos tratos.

atribuyendo cada incidente aislado a factores externos y no a su pareja – quizás tiene problemas en el trabajo o ha bebido mucho y no sabe lo que hace por lo que si ella espera las cosas cambiarán y él mejorará su trato hacia ella

Lamentablemente las cosas no mejoran y por el contrario empeoran ya que se da una escalada en esos incidentes menores de maltrato. En el inicio de esta primera fase ella tiene algo de control sobre lo que sucede pero en la medida en que la tensión aumenta lo va perdiendo rápidamente. El maltratador debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta no intenta controlarse se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea. Algunas víctimas en la etapa final de esta fase comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de maltrato. Ya no pueden soportar por más tiempo el miedo la rabia y la ansiedad y saben por experiencia que después de la agresión vendrá una fase de calma

#### **a 4 2 Fase de explosión agresión o incidente de maltrato agudo**

Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico físico o sexual grave. Esta fase se distingue de la anterior por la ausencia total de control en los actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien empieza intentando justificar sus actos acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido la agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima sin la intención de causarle mayor daño y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección sin embargo ella ha sido severamente maltratada

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. De hecho es después de

este período cuando la mujer busca asistencia médica lo que ocurre según la autora en menos del 50% de los casos. Esta fase suele ser la más breve de las tres usualmente dura entre 2 y 24 horas si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido.

#### **a 4 3 Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel**

En esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora y amorosa. El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse al mismo tiempo cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera inadecuada y él no se verá obligado a golpearla. La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una pérdida de control momentánea de su pareja que no volverá a repetirse cree que él será capaz de hacer lo que ha prometido y asimismo cree que ella podrá cambiarlo y que las cosas serán mejores en el futuro. Ella elige creer que las conductas que en este momento el agresor manifiesta son indicativas de lo que él es en realidad y que los comportamientos de las dos fases previas no representan lo que su pareja es.

Lamentablemente es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y sin embargo es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales. La duración exacta de esta fase no ha sido determinada parece ser más larga que la segunda pero más corta que la primera no obstante en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión. No parece haber nada que marque el término

de esta fase y bien de forma progresiva o en algunos casos de forma más abrupta el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión

Segun la autora las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en la relación

A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer En este momento las mujeres pueden pedir ayuda reconociendo que están ante un problema para el que necesitan apoyo más allá de la atención médica inmediata Las características del maltrato el hecho de que se dé de manera repetida e imprevisible suelen producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer conductas que tienen a su vez el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso o mejor dicho una espiral de violencia pues es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva Esto es lo que Walker ha denominado escalada de la violencia los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos es decir si en un comienzo el agresor se limitaba a dar empujones o una bofetada con el tiempo son verdaderas palizas caracterizadas por golpes con objetos contundentes o incluso el uso de armas por lo cual en la medida en que la situación se cronifique corre cada vez más peligro la vida de la víctima

Si bien algunos autores plantean que la violencia doméstica no siempre sigue este patrón de ciclo y escalada (Dutton 1993 Johnson 1995) ambos conceptos son útiles al caracterizar la violencia doméstica permitiendo una mayor comprensión del fenómeno En lo que se refiere a la escalada de violencia doméstica falta desarrollar mejores procedimientos para registrar sucesos cronológicamente de manera que se pueda captar este fenómeno (Instituto de la Mujer (Díaz Aguado y Martínez Arias 2002)

## **a 5 Situación pasiva de la mujer en la violencia doméstica**

Siempre suele hacerse la pregunta ¿Por qué las mujeres permanecen junto al hombre que la maltrata? ¿Por qué no se van?

Generalmente las razones son varias R Gelles en un trabajo de investigación que tiene como título ¿Por Que Ellas Se Quedan? Intenta establecer una distinción entre las mujeres que buscan ayuda o la solución de su vínculo y aquellas que soportan golpes repetidos sin procurar auxilio externo Según este autor Las experiencias previas de violencia familiar afectan la decisión de pedir apoyo así como también el nivel educacional y ocupacional el numero de hijos y la edad de los hijos mayores

Para Truninger las mujeres intentan romper con su matrimonio violento sólo después de una historia de conflicto reconciliación Cuando llevan a sus esposos a los tribunales es como resultado de un cambio en la conducta de la mujer no del marido Esto sucede cuando ella no puede creer más en las promesas del hombre ni olvidarse de los episodios del pasado

Este mismo autor cita algunas de las razones por las que las mujeres no pueden romper con la relación violenta

- 1 Concepto negativo de si misma
- 2 Creen que su marido se va a corregir (de la enfermedad que tienen)
- 3 Tienen una situación económica difícil
- 4 Tienen hijos que necesitan el soporte económico de un padre
- 5 Dudan de poder salir solas adelante
- 6 Creen que el divorcio estigmatiza
- 7 Piensan que es difícil para una mujer con hijos conseguir trabajo

M Nichols y Galliano completan las razones y agregan sentimientos como

- 8 La mujer golpeada ama al hombre y siente que no va a poder sobrevivir emocionalmente sin él

- 9 Tiene miedo de que él la mate lastime a los niños a sus familiares o a el mismo
- 10 No tiene apoyo de familiares o amigos

Gelles plantea algunas ideas y predicciones interesantes en función de los resultados de su indagación entre mujeres que piden ayuda y las que no lo hacen. Según este autor, ese pedido de ayuda está vinculado positivamente con la mayor gravedad del hecho violento, la historia de violencia en sus familias de origen, el no tener un trabajo, un nivel educacional alto e hijos adolescentes. La falta de búsqueda de apoyo se relacionaría con los valores contrarios.

El motivo por el cual las mujeres se quedan con quienes las golpean no puede ser respondido exclusivamente por una u otras de las variables mencionadas por los diferentes autores. Entendemos que todas, en su medida y de diferentes autores, y de acuerdo a circunstancias específicas, inciden en la imposibilidad de la ruptura del ciclo violento.

Es de coincidir con Gelles cuando señala que la búsqueda de ayuda está relacionada con un cambio de conducta de la mujer y que esto significa un cierto avance en un gradiente que se desplaza desde un punto de total anestesia frente a la situación a una toma cada vez mayor de conciencia acerca de la injusticia que el hecho representa, además del agravio personal.

Es necesario creer que las alternativas en búsqueda de ayuda son múltiples y no necesariamente implican la ruptura del vínculo como única alternativa.

### **a 6 Interpretaciones erróneas acerca de la violencia doméstica**

Un problema importante al que se ven enfrentadas las víctimas de malos tratos tiene que ver con conceptos asociados a la definición de violencia doméstica y que se han convertido en verdaderos mitos acerca de ésta. Desgraciadamente, todavía prevalece en la opinión pública una serie de

concepciones al respecto que de una forma u otra se dirigen bien a minimizar el problema (es un fenómeno poco frecuente sólo de personas raras etc) bien a tratar de justificar su presencia (medió una provocación algo habrá hecho la víctima para que el agresor actúe así etc) Parece conveniente detenerse unos momentos a considerar algunos de ellos por el efecto tan negativo que este tipo de ideas tiene sobre el problema y su posible solución

- 1 Los casos de violencia doméstica son escasos más bien se trata de situaciones aisladas

Esto queda desmentido al observar la prevalencia de casos de violencia doméstica cuestión que se abordará más adelante baste decir que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos

- 2 Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres que sufren violencia doméstica El 95% de los adultos maltratados son mujeres (Echeburua Corral 1998)

- 3 La violencia doméstica es un problema de las clases sociales bajas La violencia es más visible y pública en los estratos más bajos Las clases altas en cambio tienen acceso a la atención privada de médicos abogados y psicólogos lo que les permite ocultar el problema (Walker 1979) Por otra parte los investigadores de estos temas suelen obtener sus muestras de los sectores más pobres por ser más fácilmente accesibles

- 4 Las personas educadas y cultas no son violentas Sufrir maltrato no es prueba de tener menor educación así como tampoco lo es el hecho de ser agresivo La educación formal y la violencia doméstica no son incompatibles Es la educación informal familiar y social la que sienta las bases para la desvalorización y la violencia

En una revisión acerca de factores de riesgo de violencia doméstica realizada por Riggs Caulfield Street (2000) entre los pocos factores sociodemográficos que parecen tener alguna relación con la perpetración de violencia doméstica no figura el nivel educacional

- 5 La violencia doméstica es producto de algún tipo de enfermedad mental. Estudios realizados muestran que menos del 10% de los casos de malos tratos son ocasionados por trastornos psicopatológicos de alguno de los miembros de la pareja. Por el contrario, se ha demostrado que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicopatológicos como los trastornos de ansiedad o la depresión (Corsi 1994).
- 6 El abuso de drogas y alcohol es responsable de la violencia doméstica. El consumo de alcohol o de drogas puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. De hecho, muchas personas actúan violentamente contra los miembros de sus familias sin haber tomado alcohol ni haber consumido drogas. Del mismo modo, hay muchos alcohólicos y drogadictos que no son violentos (Corsi 1994, Echeburúa, Corral 1998, Villavicencio, Batista 1992, Walker 1979). En investigaciones en que se intenta establecer relación entre el uso de alcohol y drogas y los episodios de violencia doméstica, no se encuentran datos claros al respecto; podría ser que el uso de estas sustancias incremente la violencia por desinhibición de las conductas del victimario o por aumento de los conflictos de la pareja (Riggs, Caulfield, Street 2000).
- 7 Las víctimas de violencia doméstica a veces se lo buscan; hacen algo para provocarlo. Es posible que en algunos casos la conducta de las víctimas provoque enojo, pero la conducta violenta es responsabilidad exclusiva de quien la ejerce. No hay ninguna provocación que justifique una agresión (Corsi 1994, Villavicencio 1993, Villavicencio, Batista 1992, Walker 1979, 1999).
- 8 Las mujeres que son maltratadas permanecen en esa situación porque les gusta. Las mujeres que viven malos tratos por parte de sus parejas lo pasan muy mal y no les satisface para nada dicha situación. Sin embargo, son muchas las razones que explican por qué se presentan en esa situación: falta de medios suficientes para mantenerse a sí mismas y a sus

hijos la opinión de los demás la vergüenza el miedo los sentimientos de culpa la preocupación por la formación de los hijos en una familia monoparental las conductas de arrepentimiento del marido la ignorancia de sus derechos el aislamiento al que están expuestas su religión etc Las mujeres maltratadas no experimentan placer en la situación de abuso los sentimientos más comunes son el miedo la impotencia y la debilidad (Corsi 1994)

- 9 Si una mujer maltratada dejara a su marido estaría a salvo Se ha visto que las amenazas los acosos las agresiones y el riesgo letal suelen aumentar cuando la mujer deja al agresor (American Psychological Association 2002 Echeburua Corral 1998 Walker 1999 1999) Estudios realizados en Estados Unidos Canadá y Australia indican que el riesgo de sufrir violencia aumenta para las mujeres maltratadas cuando intentan dejar a sus parejas violentas (Riggs Caulfield Street 2000)
- 10 La mayoría de las víctimas de violencia doméstica no sufren heridas de gravedad La violencia doméstica causa más lesiones a las mujeres que el total de los accidentes de tráfico asaltos callejeros o violaciones (Echeburua Corral 1998)
- 11 La violencia psicológica no es tan grave como la violencia física El abuso emocional continuado aun cuando no exista violencia física provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista de la salud mental de las víctimas En efecto se diagnostica trastorno de estrés postraumático en personas que han sufrido sólo maltrato psicológico crónico (Echeburua 1996) y se han realizado estudios que demuestran que la violencia psicológica tiene consecuencias tan perniciosas para las víctimas como la violencia física (O Leary 1999)
- 12 La conducta violenta es algo innato que pertenece a la esencia del ser humano  
La violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la definen como un recurso válido para resolver conflictos Se

aprende a utilizar la violencia en la familia en la escuela en el deporte en los medios de comunicación etc De la misma forma sería posible aprender a resolver los problemas de una manera no violenta

### **a 7 Factores que al articularlos pueden estar relacionados con la violencia**

Se sabe que la paliza no es un hecho nuevo en la historia de la relación hombre – mujer sí son nuevas las ideas de igualdad y amor que la censuran La confluencia de estas ideologías hace posible que, por un lado, siga actuando el golpe como correctivo por el otro surja la crítica social al mismo y la visibilidad del hecho que tiene y tiende a quitarle su carácter de natural Es decir la ideología de la desigualdad jerárquica comparte espacios en el presente con la de la igualdad de oportunidades y la libertad individual

Se sabe que toda relación de poder implica resistencia En esta dialéctica de la relación dominación/subordinación cuando los intentos de autonomía superen a los de dominación emergerá el desequilibrio

En la sociedad actual hombres y mujeres están cada vez más expuestos a estímulos del medio exterior Las teorías desarrolladas sobre la violencia plantean el aislamiento como una de las condiciones ambientales propicias para la reproducción y perpetuación del fenómeno violento Cuanto mayor contacto se tiene con la ideología pública de la igualdad mayor desnaturalización de la violencia habrá A mayor aislamiento menor posibilidad de ruptura con ideologías tradicionales familiares La creciente conexión de las mujeres con el mundo público o sea la posibilidad de acceder a posiciones sociales de más intenso reconocimiento (trabajos remunerados mejor educación) promueve en ellas – a veces no conscientemente – un corrimiento de los valores y normas establecidos para el estereotipo femenino Por otra parte su incorporación al mercado del trabajo como competidoras – aunque de menor nivel con relación a los hombres

ha llevado a estos entre otras razones a ser invadidos por un sentimiento de inseguridad y de pérdida de poder. De tal forma los logros de la mujer pueden conducir a situaciones de violencia que intentan restablecer las relaciones de poder en el orden habitual.

Ya en otro nivel la historia personal previa en cada uno de los cónyuges es un factor interviniente significativo en la medida en que los modelos de relación aprendidos en la familia de origen a través de las generaciones. Las parejas se relacionan en parte de acuerdo con el modo de vinculación que aprendieron de sus respectivos padres. Por otro lado la estructura de la personalidad de hombre y mujer habrá sido modelada desde sus primeras experiencias en el contacto con sus progenitores y con su medio. La estabilidad emocional, la autonomía o la dependencia, la iniciativa, la confianza o la seguridad habrán tenido su matriz en la multiplicidad de experiencias durante su desarrollo y socialización. La incorporación de significados productores de identidad, la generación de nuevos sentidos, de códigos comunicacionales para los afectos y las ideas habrán circulado una y otra vez en el transcurso de las interacciones recurrentes en el interior de sus familias de origen y con el medio externo. De este modo cada sujeto entrará en una nueva relación con los modelos aprendidos de sus padres con una particular estructura de carácter producto de su desarrollo bio – psico – socio – cultural de acuerdo con su clase social de pertenencia.

En el caso de las interacciones violentas tales componentes harán su aparición en sujetos de gran labilidad emocional y afectiva. Generalmente desmedidos para regular sus emociones afectivamente dependientes, siendo la constante de su sentir la inseguridad acerca de la propia identidad, manifiesta o latente.

## **a 8 Datos epidemiológicos sobre la violencia doméstica**

La necesidad de conocer la magnitud de la violencia doméstica no sólo se sustenta en poder dar una idea clara de la importancia de este problema social idea que en general es mejor recibida con cifras apabullantes más que con descripciones precisas de los hechos que entrafía y la utilidad de estos datos para la planificación de programas de intervención adecuados y para el encauzamiento de los recursos hacia los sectores más necesitados

### **a 8 1 Respecto a la estimación de la magnitud del problema**

A pesar del tiempo que se lleva tratando de determinar la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica se dispone de pocas estadísticas confiables y se considera que los indicadores obtenidos de los distintos niveles sociales están subestimados (*American Psychological Association* 1999 2002 Walker 1999) La obtención de datos precisos se ha visto obstaculizada por diversas razones son de destacar dos de ellas La primera la dificultad para identificar y definir qué debería entenderse por violencia doméstica La segunda la existencia de una fuerte tradición de privacidad al interior de las familias que permitía y aun hoy sigue permitiendo que lo que sucediese en el interior de ellas independientemente de la naturaleza de los hechos quedara entre los miembros del núcleo familiar En 1995 la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing pedía a todos los países miembros que informaran la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica Ningún país reportó la ausencia de ella si bien los resultados de las encuestas tenían grandes variaciones (Walker 1999)

Las grandes diferencias encontradas en los resultados de las encuestas realizadas en un mismo país o al comparar encuestas de distintas naciones

parecen no tener que ver con diferencias importantes en las tasas de prevalencia del problema en distintos momentos y sociedades y sí con razones de orden metodológico. Las investigaciones han sido realizadas con distintas muestras y las características de éstas no permiten generalizar los resultados obtenidos.

Johnson (1995) plantea que la mayoría de los datos en esta área son obtenidos a través de dos tipos de fuentes: a) Encuestas nacionales y b) Registros de refugios, agencias legales, hospitales y otros servicios públicos. Ambos tipos de muestras, según el autor, están sesgadas debido a dos falacias habituales en estos muestreos:

1. Falacia Clínica: Las personas que acuden a pedir ayuda representan la totalidad de la población.
2. Falacia de la Muestra Representativa: Las encuestas en muestras aleatorias representan las características y la experiencia de toda la población que manifiesta un problema. En la misma línea Riggs, Caufield y Street (2000) señalan que cuando los estudios se centran en las víctimas suelen utilizarse muestras clínicas o de refugios, compuestas probablemente por mujeres distintas a las que no piden ayuda y que generalmente no viven con el maltratador en el momento de la evaluación.

Cuando las investigaciones se centran en el victimario, los datos se obtienen de aquellos que se encuentran en programas de tratamiento, con lo que nuevamente es poco probable que los resultados sean representativos de la población implicada en la violencia doméstica. De manera alternativa, los autores plantean que las encuestas a grandes grupos informan de incidentes aislados de agresión menor, entregando menos información que la que puede ser obtenida de los dos tipos de estudios mencionados. Con respecto a las encuestas, Browne (1993) plantea que son la principal fuente de información de las estimaciones que se hacen en el ámbito nacional en Estados Unidos y que sus datos están infraestimados ya que no incluyen a las personas sin hogar, a la gente extremadamente pobre, a aquellos que no hablan inglés de manera fluida, a quienes tienen una vida especialmente caótica, a las familias de militares que se

encuentran en sus bases ni a todas aquellas personas que están hospitalizadas institucionalizadas o encarceladas en el momento en que la encuesta se realiza. Las estimaciones sólo se basan en aquellas personas que se encuentran en sus hogares cuando se realiza la encuesta que están dispuestas a hablar con los entrevistadores y que además están dispuestas a informar aunque sea de manera anónima de actos de violencia vividos o perpetrados en sus relaciones de pareja. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que datos de diversos estudios sobre violencia doméstica metodológicamente bien diseñados no son directamente comparables ya que las medidas de violencia doméstica son altamente sensibles a: a) La definición utilizada; b) Criterios de selección de los participantes en el estudio (edad y situación marital); c) Fuentes de las que se obtienen los datos (grandes encuestas de población versus estudios en profundidad); y d) La disponibilidad de los participantes para informar acerca del marco muestral; y c) Los problemas ligados al recuerdo de las personas encuestadas.

Con respecto a las encuestas realizadas en los Estados miembros de la Unión Europea, habría cuatro grupos de trabajos que proporcionan distintas tasas de delitos de violencia contra las mujeres que se incrementan en el tiempo. Las primeras encuestas se refieren a delitos en general. El segundo grupo de encuestas incluye un apartado especial sobre violencia contra las mujeres dedicado principalmente a la violencia doméstica. El tercer grupo está dedicado exclusivamente a violencia doméstica por lo cual el problema se aborda detalladamente y con preguntas adaptadas a la naturaleza del mismo. Las encuestas del cuarto grupo que son las más recientes tratan todo el rango de manifestaciones de violencia contra la mujer de manera específica (Instituto de la Mujer (Díaz Aguado, Martínez Arias 2002)). Como recomendaciones en esta área, la Guía de Buenas Prácticas propone, entre otras:

- 1 Aumentar la posibilidad de comparar los datos de diferentes países homogeneizando la forma de recogerlos y participando en estudios comunes con preguntas consensuadas
  - 2 Realizar algunas mejoras de carácter metodológico en la recogida y tratamiento de la información como a) Eliminar problemas de marco muestral para poder incluir en el a personas que no tienen vivienda fija por lo que suelen quedarse fuera de este tipo de encuestas b) Perfeccionar las listas de preguntas y formas de preguntar para captar todas las variaciones posibles de las conductas violentas c) Mejorar los procedimientos de registro de los sucesos para poder captar la escalada de violencia y d) Desarrollar estadísticas desagregadas por niveles socioeconómicos para poder examinar variables de vulnerabilidad La misma Guía establece recomendaciones de buenas prácticas para los registros de delitos y sentencias entre las que dos apuntan al problema de la posibilidad de comparar los datos y de las características muestrales
- 1 Establecer un protocolo común para todos los Estados miembros de la Unión Europea y 2 Ampliar la información procedente de los registros y estadísticas oficiales con la de otras fuentes de información como Organizaciones No Gubernamentales Servicios Sociales Centros de Emergencia Casas de Acogida etc En resumen es evidente que las cifras que se manejan acerca de la violencia doméstica no son precisas y hay diversas dificultades que solventar de cara a una estimación más exacta del problema No obstante y aun teniendo en cuenta las limitaciones reseñadas parece conveniente considerar los principales datos que hasta la fecha se tienen al respecto

## **a 8 2 Estimación de la prevalencia del problema**

Segun el Informe sobre Población Mundial 2000 de Naciones Unidas una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela 2002) En la revisión realizada por la Organización Mundial de la Salud de 48 encuestas de población de diversos países de todo el mundo llevadas a cabo entre los años 1982 y 1999 entre un 10% y un 69% de las mujeres informan haber sido físicamente agredidas por su pareja en algún momento de sus vidas El porcentaje de mujeres que han sido agredidas por su pareja en el último año varía desde un 13% a un 52% (Krug 2002) 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 es víctima de violencia severa por su pareja cada año (*American Psychological Association* 1999) mientras que otras estimaciones indican que afecta aproximadamente a entre dos y cuatro millones de mujeres al año (Browne 1993 Resnick 2000 Taylor Magnussen Amundson 2001) La ocurrencia de violencia doméstica severa a lo largo de la vida es de un 9% del total de la violencia de un 22% Se estima que la prevalencia para el último año es de 3% a 4% para la violencia doméstica severa y de un 8% a un 17% para el total de violencia doméstica (Riggs Caulfield Street 2000) Otros autores hablan de una prevalencia de vida de violencia doméstica de un 12% a un 34% (McAllister 2000 Mertin Mohr 2000 Phelps 2000 Resnick 2000) y se llega a plantear que un 50% de las mujeres será víctima de violencia doméstica en algún momento de sus vidas (Hughes Jones 2000) y que en un 10% de los casos la violencia será tan grave que amenazará la seguridad personal y la vida de las víctimas (Mertin Mohr 2000) En la Unión Europea se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido violencia alguna vez en su vida por parte de su pareja Algunos datos anecdóticos señalan que aproximadamente el 40% de las finlandesas ha sufrido violencia doméstica o que en el Reino Unido cada 3 días muere una mujer por esta causa (El País 28 04 2002) El Informe Mundial sobre

Violencia y Salud presentado por la OMS recoge cifras de encuestas llevadas a cabo en algunos países de Europa sobre violencia doméstica que si bien sólo abordan maltrato físico o sexual van desde un 6% a un 12% durante el último año y entre un 14% a un 58% alguna vez en la vida (Krug 2002)

En Latinoamérica un 40% de las mujeres es maltratada el 60 % es víctima de maltrato psicológico (La Prensa Panamá 25 11 2009)

### **a 8 3 Estimación de la prevalencia del problema en Panamá Aspectos cuantitativos**

El IV Informe Nacional Clara González SITUACIÓN DE LA MUJER EN PANAMA Presentado por el Ministerio de Desarrollo Social nos da los siguientes datos

Los datos estadísticos oficiales (2002 – 2007) sobre violencia doméstica emanan de distintas fuentes tales como las Fiscalías Especializadas en Asuntos de Familia y el Menor la Dirección e Investigaciones Judiciales DIJ (antes PTJ) El Hospital del Niño la Contraloría General de la República los medios de comunicación social el Hospital Santo Tomás la Defensoría del Pueblo el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social

Si bien Panamá aun no ha creado un sistema unico de datos que permita un análisis más depurado en materia de violencia doméstica es evidente el incremento de las denuncias En ese sentido en el periodo 2002 – 2007 tenemos los siguientes datos

En el caso de la Policía Técnica Judicial (antigua PTJ) ahora Dirección de Investigación Judicial (DIJ) para el año 2002 se registró un total de 1 920 denuncias en el año 2003 1 874 casos en el año 2004 1 623 denuncias para el año 2005 se registró un total de 1 811 denuncias de violencia doméstica y para el año 2006 se atendieron 1 555 casos El segundo delito registrado a nivel nacional en el

2007 fue el de Violencia Doméstica con 3 531 casos superado sólo por el Hurto con 11 038 denuncias

Cuadro de denuncias registradas por la Policía Técnica Judicial (PTJ) hoy Dirección de Investigación Judicial año 2002 2009

| Año              | Cantidad de denuncias por violencia doméstica |
|------------------|-----------------------------------------------|
| 2002             | 1920                                          |
| 2003             | 1874                                          |
| 2004             | 1623                                          |
| 2005             | 1811                                          |
| 2006             | 1555                                          |
| 2007             | 3531                                          |
| 2008             | 3402                                          |
| Mes de mayo 2009 | 92                                            |

Como podemos observar los casos por violencia doméstica aumentaron en el año 2007 lo que nos indica por un lado que un mayor número de personas acuden a buscar orientación frente al problema por otro lado hay que destacar que la población ha aumentado y por ende los problemas sociales se agudizan

Entre los años 2000 2006 según estadísticas del Órgano Judicial se registraron 2 362 homicidios de los cuales 221 son homicidios de mujeres

En lo que concierne a los años 2008 y lo que va de 2009 el Centro De Asistencia a Víctimas Del Ministerio Público registra lo siguiente En el año 2008 se registraron 3531 caso de violencia doméstica fueron asesinadas 46 mujeres En el año 2009 según informe preliminares en el mes de enero se atendieron 93 casos de violencia doméstica y hasta el mes de mayo se habían reportado 26 casos de mujeres asesinadas entre ellas 10 por violencia doméstica

En lo que comprende del periodo de 1997 a 2008 según datos revelados por la antigua PTJ hoy DIJ y algunas asociaciones que trabajan con mujeres víctima de la violencia doméstica en Panamá se ha dado 25 921 casos

Segun informes recientes del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) hay en lo que va del año 2009 un promedio diario de 2 casos de violencia doméstica denunciado cada día. Hasta el mes de abril del presente año se han registrado 57 denuncias por violencia doméstica de las cuales 52 son mujeres y 5 son hombres. De estos 52 casos 25 son por violencia emocional 28 por violencia física y 4 por violencia patrimonial.

## **a 9 Repercusiones de la violencia doméstica**

### **a 9 1 En la salud Física**

La magnitud del impacto que el maltrato contra la mujer en la pareja puede tener en la salud física de la víctima ha sido puesta de manifiesto en numerosos trabajos (Naciones Unidas 1999)

Se ha mostrado que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquellas que no son víctimas de tal violencia. Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden conllevar problemas de salud crónicos (Corsi J 1994). Estos problemas abarcan desde dolores musculoesqueléticos como dolor crónico de cuello o espalda y artritis hasta complicaciones cardiovasculares como el infarto del miocardio y la angina de pecho, incluyendo síntomas neurológicos recurrentes como balbuceo y tartamudeo incipientes, pérdida de audición, problemas de vista, dolores de cabeza y migrañas. También se han descrito enfermedades crónicas como dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, quejas somáticas y fibromialgia. La fibromialgia (FM) es un cuadro de dolor musculoesquelético crónico generalizado que padece entre el 1 y el 3% de la población, en su mayoría mujeres. Aunque existen teorías que implican como etiología de la FM a diferentes alteraciones

biológicas hoy por hoy la causa es desconocida. Este cuadro reumatológico es una de las consecuencias crónicas de la violencia contra la mujer que se menciona repetidamente en la literatura. En un estudio llevado a cabo se compara la frecuencia de violencia informada por mujeres que habían recibido el diagnóstico de FM y un grupo sin este diagnóstico. Las mujeres con FM referían una mayor frecuencia de violencia en la pareja de violencia en la edad adulta con una persona diferente a la pareja y más frecuencia de abuso en la infancia. La salud sexual y reproductiva ha sido sin duda la condición física más ampliamente abordada en el estudio de la salud de la mujer maltratada. Por una parte el maltrato se ha asociado a conductas sexuales de alto riesgo para el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH/SIDA. Además el maltrato en la relación de pareja puede interferir en la negociación y la decisión sobre la contracepción y el uso de condones como muestra la asociación encontrada entre la violencia doméstica y los embarazos no deseados y abortos voluntarios. Aunque los problemas presentados anteriormente han sido las condiciones de salud física más ampliamente abordadas en la literatura también encontramos otros indicadores que lejos de constituir categorías diagnósticas se han asociado repetidamente con el maltrato de la mujer dentro de la pareja. Como puede verse la frecuencia de estos indicadores de salud es más frecuente en mujeres maltratadas que no maltratadas.

## **a 9 2 En la salud psíquica**

En un pasado no muy lejano se ha postulado que ciertas características personales de las víctimas de violencia doméstica podrían ser la causa del maltrato. Por ejemplo algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o a patologías como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de abusos. Durante mucho tiempo se ha intentado culpabilizar a la

víctima de su situación de maltrato favoreciendo lo que se conoce como 'doble victimización de la mujer' lo que supone que se le convierte en víctima no sólo de una terrible situación de violencia sino también de toda una serie de acusaciones que le responsabilizan de esa situación

En la actualidad existe afortunadamente suficiente documentación que demuestra que no existen características psíquicas diferentes entre las mujeres maltratadas y no maltratadas previamente al inicio del maltrato. Por el contrario es el maltrato contra la mujer en la pareja el que conlleva una serie de trastornos y problemas de carácter psicológico que no deben ser ignorados

Hoy se sabe que el maltrato incrementa una serie de sintomatología y de cuadros clínicos que van desde la ansiedad, insomnio o baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés posttraumático. Es un hecho constatado que la frecuencia de depresión en las mujeres es casi dos veces mayor que en los hombres y aunque a menudo se recurre a diferencias biológicas para explicar este hecho (por ejemplo las características del ciclo reproductivo de la mujer) lo cierto es que muy probablemente son las desigualdades de género y entre ellas la violencia de género las que más contribuyen a esta diferencia no natural. Además de las categorías diagnósticas previamente descritas también encontramos en la literatura otros trastornos y problemas de salud psíquica que se han asociado repetidamente con el maltrato contra la mujer en la pareja. Por ejemplo el metanálisis de Golding (1999) encontró que el 13% de las mujeres maltratadas había tenido ideación suicida y el 23,7% había intentado suicidarse. Esta asociación entre la violencia doméstica y la ideación e intento de suicidio al igual que en el caso de la depresión ha sido constatada en ámbitos muy diferentes como EE UU, México, Escandinavia y Papua Nueva Guinea.

El consumo y abuso de determinadas sustancias como alcohol, drogas y determinados psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes) también se ha abordado de forma recurrente en el estudio de la violencia doméstica. A menudo el uso de estas sustancias se ha planteado como estrategia de afrontamiento ante situaciones difíciles y estresantes como es el

caso del maltrato contra la mujer en la pareja. También hay algunos indicadores de salud psíquica como consumo de tranquilizantes o antidepresivos, la morbilidad psíquica. Como vemos, todos ellos fueron más frecuentemente relatados por la mujer maltratada. El estado de salud auto percibido refleja la percepción que tienen las personas sobre su propia salud, tanto desde un punto de vista físico como psicológico. Se ha comprobado que es un buen predictor de otros indicadores más objetivos, como son la esperanza de vida, la mortalidad, el padecimiento de enfermedades crónicas y la utilización de servicios sanitarios. Finalmente, el mayor impacto en la salud física de la mujer de la violencia es la muerte por causa de ella. La expresión máxima de los problemas de salud que puede conllevar la violencia contra las mujeres es la muerte o femicidio, como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino.

En nuestro país, Panamá, según los últimos datos proporcionados por el Departamento de Investigación Judicial (DIJ) en el año 2008, fueron asesinadas 46 mujeres. De estas, 8 por su ex pareja, 4 por familiares o conocidos y 30 por desconocidos sin vínculos. En lo que va del año 2009, han sido asesinadas 26 mujeres. De estas, 7 por su pareja, 2 por su esposo, 1 por familiares o conocidos y 16 por desconocidos sin vínculo (Información Preliminar, DIJ, 2009).

### **a 9 2 1 Síndrome de la mujer maltratada**

La Dra. Leonore E. Walker, psicóloga experta en el estudio del maltrato en la mujer, explica el Síndrome de la Mujer Maltratada en base a dos teorías: La Teoría de la Impotencia Aprendida y la Teoría del Ciclo del Maltrato. El síndrome de la mujer maltratada se ha descrito en los textos de psiquiatría como un tipo de trastorno de adaptación disfuncional, el cual sería el responsable del efecto paradójico encontrado en muchas mujeres que sufren maltrato en sus hogares, según el cual las víctimas defienden a sus agresores como si la conducta agresiva que exhiben hacia ellas fuera causado por causas ajenas a la

voluntad de sus agresores que (piensan ellas) los hace ser inevitablemente violentos

Las mujeres maltratadas afectadas por este síndrome sobre la base de las disculpas ofrecidas por sus esposos o compañeros posponen la denuncia de la situación a las autoridades o simplemente levantan la denuncia minutos u horas después de haber sido puesta observándose una gran proporción de casos de agresión en este ámbito que no salen del entorno donde se producen por la incapacidad de la víctima de denunciar los hechos. Incluso en numerosas de estas ocasiones las denuncias presentadas ante la autoridad judicial se convierten en sanciones poco efectivas para los agresores creándose un círculo vicioso que mantiene las agresiones y sumerge a la víctima en un progresivo estado de deterioro personal. Sintomatología del Síndrome

- a) Angustia malhumor depresión sensación de impotencia intentos de suicidio e insomnio
- b) Abuso de drogas y trastornos de la alimentación
- c) Molestias en el cuerpo como dolor abdominal crónico dolor de cabeza cansancio etc que no mejoran con el tratamiento
- d) Problemas ginecológicos

Es común que las mujeres maltratadas pidan turno con el médico y falten y si tienen lesiones físicas provocadas por la violencia suelen demorar en buscar ayuda o bien dar explicaciones vagas acerca de cómo se ocasionaron. Las embarazadas suelen acudir tardíamente al control prenatal.

## **a 9 2 2 El Síndrome de Adaptación Paradójica**

Fue planteado por Montero en el año 2001 y postula que entre la víctima y el agresor se establece un vínculo basado en una variante del síndrome de Estocolmo (Mora Hector 2008) que abarca cuatro fases

- 1 Fase de desencantamiento** Se inicia con los primeros malos tratos propiciados a la pareja. Esta situación crearía en la víctima un patrón de desorientación, estrés y depresión.
- 2 Fase de reorientación** La mujer busca más referentes y actúa buscando resolver esa disonancia cognitiva. Si lo ha elegido es que debe ser bueno e intenta actuar corroborando esa convicción. En esta fase la mujer se autoinculpa de lo que ocurre.
- 3 Fase de afrontamiento** Se asume el modelo mental del agresor y se intentan formas de protección psicológicas y físicas.
- 4- Fase de adaptación** La mujer proyecta la culpa al exterior, hacia otros. Al tratarse de un proceso de adaptación, las mujeres víctimas de malos tratos justifican a sus esposos como si la conducta agresiva fuera debido a una sociedad injusta, a su educación, a que él también sufrió mucho. La paradoja está en la especie de alianza que hace el maltratado con el maltratador.

### **a 9 3 Depresión**

La depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión sentimientos de desesperanza y culpa aislamiento falta de sueño de apetito y de deseo sexual o falta de interés de disfrute de las actividades sexuales

Así mismo Beck plantea tres niveles de gravedad de la depresión dividiéndose en depresión leve en grado medio y profundo En las depresiones más leves el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad A medida que la depresión se agrava su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas

En los estados depresivos más graves el pensamiento del paciente está totalmente absorbido en pensamientos negativos repetitivos perseverantes y puede encontrar extremadamente difíciles concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias

### **a 9 4 Trastornos de Ansiedad**

Un estudio llevado a cabo por Gleason (1993) compara la presencia de trastornos mentales según criterios DSM III entre 62 mujeres maltratadas 30 se encontraban en refugios y 32 en sus propias casas viviendo con o sin el agresor y 10 953 mujeres de un estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Estados Unidos En relación a los trastornos de ansiedad el autor encuentra que la fobia específica agorafobia trastorno de ansiedad generalizada trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático presentan una

prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres maltratadas que en la muestra epidemiológica. Las mismas variables predictoras encontradas para la depresión predicen el desarrollo de este trastorno en mujeres maltratadas: esto es, el tiempo de permanencia en una casa de acogida correlaciona de manera negativa con el desarrollo de trastorno obsesivo compulsivo, y la exposición al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva (Villavicencio Sebastián 1999).

Gleason (1993) explica la agorafobia como el resultado de la asociación entre la ansiedad y las percepciones negativas acerca de sí mismas desarrolladas por las mujeres maltratadas, y como un esfuerzo por reducir la ansiedad al mantenerse alejadas de cualquier estímulo que puede resultar peligroso. Del mismo modo, el trastorno obsesivo compulsivo es explicado como un esfuerzo por defenderse de la ansiedad a través de las conductas compulsivas y como un intento por dominar la situación abusiva por medio de los pensamientos obsesivos acerca del agresor (Gleason 1993). Otra explicación apunta a que las víctimas de violencia doméstica tenderían a bloquear o evitar los recuerdos de la experiencia traumática con conductas obsesivo compulsivas (Villavicencio Sebastián 1999b). Por otra parte, no parece claro el significado de las fobias específicas, si bien la alta tasa de trastornos mentales presentes en las víctimas de violencia doméstica podría favorecer la aparición de este tipo de trastornos (Gleason 1993). Es probable que el miedo experimentado en los episodios de violencia doméstica se asocie a ciertos estímulos presentes en la situación traumática, generándose una fobia a esos estímulos.

**CAPÍTULO II**  
**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

## **B VISIÓN DEL TRASTORNO**

### **b 1 Definición**

Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede ocurrir después de que uno ha observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte. Este trastorno se presentó como diagnóstico en 1980 con la aparición del DSM III (APA 1980) 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, irritable y shock por bombardeo (Calcedo 2000, Creamer 2000, Miguel Tobal, González López 2000). Como puede apreciarse por los nombres dados al conjunto de síntomas que hoy constituyen el TEPT, 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 (Calcedo 2000).

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de 6 meses después del acontecimiento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, por lo general mejora después de tres meses, sin embargo, algunas personas tienen una forma más prolongada de la enfermedad que puede durar por muchos años. El Trastorno de Estrés Postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, una guerra, un encarcelamiento, un asalto, maltrato familiar o

violación La causa del Trastorno de Estrés Postraumático se desconoce pero hay factores psicológicos genéticos físicos y sociales involucrados 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) El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno La personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse muy perturbadas durante los aniversarios del evento

## **b 2 Definición del Trastorno de Estrés Postraumático según DSM-IV-TR**

Segun 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

**b 3 Criterios diagnósticos del DSM IV y del DSM IV –TR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)</b>                                                                                                                                                                                    |
| (1) La persona ha experimentado presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás                                                                                                               |
| (2) La persona ha respondido con un temor una desesperanza o un horror intensos                                                                                                                                                                                                            |
| <b>B El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas</b>                                                                                                                                                                 |
| (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes pensamientos o percepciones                                                                                                                                                |
| (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar                                                                                                                                                                                                            |
| (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia ilusiones alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i> incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) |
| (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático                                                                                                                                          |
| (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático                                                                                                                                               |
| <b>C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas</b>                                                                               |
| (1) Esfuerzos para evitar pensamientos sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (2) Esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma                                                                       |
| (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma                                                                                                    |
| (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas                                                                                |
| (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás                                                                                                        |
| (6) Restricción de la vida afectiva (p ej incapacidad para tener sentimientos de amor)                                                                            |
| (7) Sensación de un futuro limitado (p ej no espera obtener un empleo casarse formar una familia o en definitiva tener la esperanza de una vida normal)           |
| <b>D Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausentes antes del trauma) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas</b> |
| (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño                                                                                                                 |
| (2) Irritabilidad o ataques de ira                                                                                                                                |
| (3) Dificultades para concentrarse                                                                                                                                |
| (4) Hipervigilancia                                                                                                                                               |
| (5) Respuestas exageradas de sobresalto                                                                                                                           |
| <b>E Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B C y D) se prolongan más de 1 mes</b>                                                                         |
| <b>F Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</b>         |

En la actual versión del DSM IV TR la presencia de estos síntomas debe prolongarse por más de un mes desde acaecido el suceso traumático y debe provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona como el trabajo vida social etc Se debe especificar si se trata de un TEPT agudo o crónico si los síntomas duran menos de tres meses o tres meses o más respectivamente Asimismo se debe especificar si el TEPT es de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas

han pasado como mínimo seis meses (APA 1994 2000) 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 como embotamiento afectivo. También contribuyen al diagnóstico los trastornos del estado de ánimo pero no son indispensables (OMS 1992 1993). El siguiente cuadro recoge los criterios diagnósticos de investigación planteados por la Clasificación Internacional de Enfermedades.

#### **b 4 Criterios diagnósticos según el CIE – 10**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo</b></p> <p><b>B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks) recuerdos de gran viveza sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante</b></p> <p><b>C. Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**(no presentes antes de la exposición al mismo)**

**D Una de las dos**

- 1) Incapacidades para recordar parcial o completa respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante
- 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes
  - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño
  - b) Irritabilidad
  - c) Dificultad de concentración
  - d) Facilidad para distraerse
  - e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas

**E Los criterios B C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales lo cual debe especificarse claramente)**

Algunos investigadores planteando que las reacciones postraumáticas caen en un continuo han descrito una variante del TEPT llamado Estrés Postraumático Parcial Estrés Postraumático Subclínico o Subsíndrome de Estrés Postraumático en que los individuos cumplirían el criterio B establecido en el DSM IV es decir tendrían por lo menos un síntoma de reexperimentación y el Criterio C (síntomas de evitación) o el D (síntomas de hiperactivación) pero no ambos (Blanchard 1995 1996 1998 Hickling Blanchard 1992 Schnurr Friedman Bernardy 2002) Sin embargo a la fecha no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen North Smith 2000) No obstante como plantea Báguena (2001) la idea de un TEPT (parcial o de un subsíndrome del TEPT reconoce la existencia de un grupo de personas que sufren deterioro en su funcionamiento habitual debido a cierta sintomatología postraumática por lo que necesitarían ayuda psicológica

Sin embargo los criterios diagnósticos establecidos en el DSM son los más difundidos y utilizados en la investigación en el área

#### **b 5 Consideraciones acerca de los síntomas en el DSM – IV –TR y en CIE 10**

Como puede apreciarse al revisar las clasificaciones diagnósticas actuales acerca del TEPT no hay acuerdo en los grupos de síntomas que constituyen el trastorno. Según el DSM IV TR habría tres grandes grupos de síntomas: reexperimentación, evitación e hiperactivación.

Según la CIE 10 se trataría de síntomas de reexperimentación, evitación y una de dos cosas: Amnesia o hiperactivación. Esto quizás pueda reflejar el hecho de que este trastorno constituye un especial cajón de sastre en el que se incluyen cosas muy diferentes, por lo que es difícil conseguir un acuerdo completo en lo que es y no es el TEPT. Diversos investigadores señalan que la estructura sintomática del TEPT no es la recogida en los manuales diagnósticos, específicamente en el DSM, que nace del consenso entre expertos más que de criterios empíricos, y plantean diversos modelos factoriales que darían cuenta de mejor manera de la estructura del trastorno (Amdur, Liberzon, 2001; Asmundson, 2000; Buckley, Blanchard, Hickling, 1998; King, 1998; Taylor, 1998).

#### **b 6 Breve comentario sobre la epidemiología del Trastorno de Estrés Pos Traumático**

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 Posttraumático (TEPT) 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 TEPT 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 (Miguel Tobal González López 2000)

Además de estas dificultades se debe recordar que los criterios diagnósticos del TEPT 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

### **b 7 Curso del Trastorno del Estrés Postraumático**

Segun el DSM IV y su versión revisada el TEPT puede iniciarse a cualquier edad y tener un curso variable Puede darse el TEPT agudo que no dura más de tres meses el TEPT crónico que dura más de tres meses y el TEPT de inicio demorado que aparece después de 6 meses o más de haberse producido el acontecimiento traumático La duración de los síntomas también muestra grandes variaciones la mitad de los casos suele recuperarse durante los primeros tres meses pero en otras ocasiones los síntomas persisten incluso después de un año de vivido el evento traumático (APA 1994 2000)

La media de remisión del TEPT entre aquellos encuestados que alguna vez estuvieron en tratamiento por el trastorno fue de 36 meses mientras que para aquellos que nunca estuvieron en terapia fue de 64 meses Segun los autores el trastorno no remite en más de un tercio de las personas que lo han padecido incluso después de muchos años e independientemente de que hayan recibido tratamiento para el trastorno o no (Kessler 1995) El TEPT crónico parece ser la forma más comun del trastorno y en contraste el TEPT de inicio demorado se

daría en contadas ocasiones (Schnurr Friedman Bernardy 2002) Un ejemplo de TEPT crónico es el que suelen desarrollar las víctimas de agresiones sexuales en las que sólo el 20% no muestra ningún síntoma un año después de la agresión (Echeburua Corral 1995)

### **b 8 Comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático y otros Trastornos mentales**

Al presentar TEPT 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 (APA 2000 Jiménez 2000 Schnurr Friedman Bernardy 2002) 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 TEPT 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 TEPT 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 (Kessler 1995) 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 (Astin Resick 1997 Schnurr Friedman Bernardy 2002)

Además de los trastornos ya mencionados, otros autores han destacado el hecho de que las personas que padecen TEPT pueden llegar a desarrollar grandes cambios en su personalidad, ver afectadas sus relaciones sociales y ver dañado su funcionamiento cognitivo (Yule Williams Joseph 1999)

### **b 9 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 TEPT. 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 (APA 2000)

Hidalgo Davidson (2000) señalan diversos factores de riesgo, no sólo para desarrollar TEPT, sino para padecer un suceso traumático. Entre estos últimos se encuentran el género (los hombres tienen 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 TEPT, nuevamente el género parece ser importante (las mujeres tienen más riesgo que los hombres de desarrollar TEPT), personalidad e historia psiquiátrica (el TEPT se asocia con problemas psiquiátricos como trastorno obsesivo compulsivo, distimia y trastorno maniaco

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 TEPT) 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)

En lo que respecta a la variable género parece ser que la mayor probabilidad que presentan las mujeres de desarrollar TEPT no se debe tanto a una mayor vulnerabilidad sino al tipo de trauma experimentado (Kessler 1995 Schnurr Friedman Bernardy 2002) Un meta análisis realizado por Brewin Andrews Valentine (2000) en el que revisan 77 investigaciones sobre factores de riesgo o predictores de TEPT con muestras combinadas que van desde 1 149 a más de 11 000 sujetos sugiere que identificar un grupo de predictores del TEPT 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 TEPT con tamaños del efecto de pequeños a moderados éstos 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

## **CAPÍTULO III**

# **EMDR COMO PROPUESTRA TERAPÉUTICA**

## **C TÉCNICA EMDR**

### **c 1 Definición**

Se define como Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares EMDR (por sus siglas en inglés) o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Es una metodología innovadora que se aplica como alternativa de tratamiento en los casos de personas traumatizadas. Desarrollada por la Doctora Francine Shapiro en 1987, cuenta hasta el momento con más estudios que ninguna otra técnica para el tratamiento de traumas (Shapiro 1995 y 1996). La base de la técnica está en el movimiento de los ojos u otras formas de estimulación bilateral (como chasqueo de dedos o palmadas suaves en la parte dorsal en la mano de izquierda a derecha). Mientras se da dicha estimulación, la persona habla de un acontecimiento traumático que le perturba y después de varios sets de movimientos, el grado de perturbación disminuye y en la mayoría de casos desaparece.

### **c 2 Descubrimiento de EMDR**

En mayo de 1987, mientras paseaba por un parque no muy lejano de su casa en Los Gatos (California), la Doctora Francine Shapiro notó que ciertos pensamientos le provocaban angustia. Observó luego con asombro que la angustia había desaparecido. Intentó volver a traerlos a la mente y descubrió para su sorpresa que estos pensamientos ya no le causaban

malestar alguno. Insistió en concentrarse en lo que minutos antes le perturbaba y comprobó que le era difícil lograrlo.

Nunca había registrado hasta ese momento un cambio tan marcado y veloz tanto en pensamientos como en emociones perturbadoras. A partir de entonces comenzó a prestar cuidadosa atención a lo que le ocurría mientras caminaba y observó que cada vez que un pensamiento perturbador entraba en su mente sus ojos comenzaban a moverse de un lado a otro en forma espontánea y repetitiva en un movimiento algo diagonal desde abajo a la izquierda hacia el ángulo superior derecho (Shapiro F 1995). Al mismo tiempo se dio cuenta de que el pensamiento escapaba a su atención y cuando volvía a concentrarse en él de manera un tanto forzada ya no le molestaba. Intrigada intentó hacerlo en forma deliberada pensando en algo que le provocara una leve angustia y comenzó a mover los ojos en forma intencional. Para su sorpresa la angustia se disipaba, el pensamiento se difuminaba y le costaba volver a aprehenderlo. Empezó entonces a desarrollar un procedimiento estándar que funcionaba consistentemente con las personas con quien lo trabajó durante aproximadamente seis meses. Debido a que su orientación era principalmente conductual le llamó *Eye Movement Desensitización (EMD)* (Shapiro 1995).

En noviembre de 1987 organizó el primer estudio controlado de EMD esta vez con personas que sufrieran de alguna patología psiquiátrica y no ya con personas asintomáticas como lo había hecho hasta ese momento. Reunió un grupo homogéneo de pacientes que habían sufrido algún trauma a quienes se les había diagnosticado el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los grupos considerados por la Doctora Shapiro para ese estudio fueron víctimas de violación, víctimas de abuso sexual y veteranos de la guerra de Vietnam que llenaron los criterios para el Diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (ETPT) según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Tercera Edición (DSM III) vigente en ese momento (APA 1980).

### **c 3 Reconocimiento y validación de EMDR**

En el año 2002 el *National Council of Mental Health* de Israel designó a EMDR como uno de los tres tratamientos preferidos para las víctimas del terrorismo. El *Department of Health* de Irlanda del Norte nombró a EMDR como uno de los dos tratamientos elegidos para las víctimas de trauma. Recientemente el *Department of Defense* y el *Department of Veteran Affairs* de los Estados Unidos han publicado nuevas pautas que ubican a EMDR en la categoría de terapias con el más alto nivel de evidencia y la recomiendan para el tratamiento del TEPT ([http //www psicoterapiatrauma com ar](http://www.psicoterapiatrauma.com.ar))

Las investigaciones han demostrado que tres sesiones de 90 minutos de EMDR cambian el criterio para Trastorno de Estrés PostTraumático (TEPT) de un 80 a 100 % del total de individuos que presenta una única experiencia de trauma incluyendo violación accidente o desastre. Cuando los individuos han experimentado traumas múltiples se necesita mayor tiempo de tratamiento. Entre 8 y 12 horas de tratamiento pueden resultar en la eliminación de un 77 a 80 % del TEPT causado por trauma múltiple ([www psicoterapias com ar/emdr](http://www.psicoterapias.com.ar/emdr))

### **c 4 EMDR y cerebro humano**

#### **c 4 1 Cerebro y mente en un trauma severo**

**a) En el cerebro** Estructuralmente se encuentran anomalías en el hipocampo la amígdala y la lateralización del hemisferio como consecuencia de los traumas

Diversos estudios han documentado que en pacientes con depresión mayor o con TEPT el volumen del hipocampo es menor que en los individuos sanos hasta en un ocho a diez por ciento. Este fenómeno ha sido interpretado

como producto de los efectos neurotóxicos del estrés severo sobre el hipocampo probablemente por hipersecreción de cortisol (Gilbertson 2000)

Estudios hechos en personas expuestas a traumas en la guerra del Vietnam con reducción del volumen del hipocampo se determinó que en pruebas de memoria verbal en relación al grupo control normal de la misma edad y educación la respuesta fue un 40% más pobre (Van Derkolk B Mcfarlane ac Wisaeth 1996)

El Doctor Van der Kolk en su estudio resumió lo observado con estas palabras *Durante la exposición a la narrativa de sus experiencias traumáticas los sujetos demostraron aumento de la actividad tan sólo en el hemisfero derecho en el cinturón paralímbico y partes del sistema límbico conectado con la amígdala La mayor actividad se registraba en la amígdala misma la corteza insular la corteza orbito-frontal posterior la cíngulo anterior y la corteza temporal anterior La activación de estas estructuras se acompañaba de un aumento de la actividad e la corteza visual derecha lo que reflejaba la reexperimentación visual de sus traumas de acuerdo con la descripción de los pacientes Tal vez lo más significativo era que el área de Brocca se inactivaba Esta mostraba una reducción significativa de la utilización de oxígeno durante la exposición a los recuerdos del trauma (Van Derkolk 1996)*

De acuerdo con el estudio hecho por Van der Kolk esto refleja la tendencia en el TEPT de experimentar las emociones como estados físicos y no como experiencias codificadas verbalmente Estos hallazgos sugieren que las dificultades de los pacientes de TEPT para expresar verbalmente sus emociones corresponden a cambios concretos en la actividad cerebral (Op cit 1996)

Las implicaciones de estas experiencias son de marcada importancia para la clínica y para la terapéutica Pues la función del área de broca es la palabra hablada siendo este centro del lenguaje el responsable de la traducción de la experiencia personal a un lenguaje comunicativo

Otro hallazgo hecho por los estudios del Doctor Van der Kolk en los traumas es la marcada laterización de actividad en el hemisfero derecho el que estaría involucrado en la evaluación del significado emocional de la información recibida así como en la regulación autonómica y las respuestas hormonales a los estímulos aferentes

Los datos muestran una marcada asimetría en la lateralización con predominancia del hemisferio derecho cuando los recuerdos traumáticos son activados

En la actualidad se sabe que normalmente mientras el hemisferio izquierdo se especializa en el análisis cognitivo y la producción de lenguaje el hemisferio derecho juega un papel predominante en la percepción y expresión de las emociones en particular de las emociones negativas

Se cree que el hemisferio derecho puede evocar en forma independiente recuerdos y percepciones y actuar sobre la base de ellos sin participación activa del izquierdo (op cit 1996)

**b) En la mente** Múltiples creencias negativas son formuladas por el individuo en torno al trauma sufrido referentes a su responsabilidad a la posibilidad de control sobre la situación y a la imposibilidad de defenderse

Normalmente por medio del sistema natural adaptativo de procesamiento de la información estas creencias que al principio son muy negativas son cotejadas con las creencias positivas disponibles arribando a la solución adaptativa más adecuada a la realidad actual

**c) Mente y Trastorno de Estrés Postraumático** Todo parece que el sistema de procesamiento de la información es inundado e inactivado por el trauma provocando que toda la información obtenida en el momento del incidente quede congelada e intacta sin poder ser comparada con los recursos disponibles Así se mantendrían incólumes las imágenes las emociones y las creencias generadas en el momento original perdurando sin cambios a lo largo de la vida del sujeto

Los recuerdos de un trauma que desarrollan posteriormente un TEPT no entran en la narrativa de la vida del sujeto son materia inerte Nuestros recuerdos habituales en cambio se van enriqueciendo a lo largo del tiempo son materia viva No pensamos lo mismo sobre algo ocurrido después de pasado un lapso de diez veinte o treinta días

**d) Trabajo de EMDR en el cerebro y la mente** Por medio de los movimientos oculares o de la estimulación sensorial bilateral el método EMDR pone en marcha el sistema de procesamiento adaptativo de la información permitiendo así cotejar velozmente los datos y las creencias negativas construidas en el momento del trauma con las creencias positivas llevando al sujeto a una resolución realista y adaptativa del incidente. Se integra así la experiencia a la narrativa de la vida de esa persona convirtiéndose en un recuerdo vivo.

Una vez que los recuerdos negativos son reprocesados y ubicados en su dimensión real se produce un aumento de la autoestima y de la sensación de dominio frente a la vida.

Estudios recientes nos dicen que las creencias positivas y los recursos son almacenados en el hemisferio cerebral izquierdo y las creencias, recuerdos y emociones negativas lo son en el hemisferio derecho (Rossi E. L. Ph Nimmons D 1991).

El modelo con el que se maneja EMDR y que da cuenta de los fenómenos ocurridos por la estimulación sensorial bilateral postula un intercambio de información a gran velocidad entre la interpretación de la realidad de uno y otro hemisferio permitiendo como consecuencia de esto una postura del sujeto más equilibrada y realista tanto respecto del tema como de sí mismo.

Hay que tener presente que el cuerpo calloso, estructura que une los hemisferios cerebrales, es una red de unos cincuenta millones de conexiones interhemisféricas. Si cada conexión puede encenderse veinte veces por segundo como parece, se pueden transferir alrededor de mil millones de impulsos en un instante, existiría entonces una increíble capacidad de comunicación entre uno y otro hemisferio (Op cit 1991).

#### **c 4 2 EMDR Trauma y sistema nervioso**

El sistema nervioso humano se desarrolla gradualmente, lo que significa que los niños están menos protegidos contra el trauma que los adultos. Un infante responde a los estímulos con su cerebro reptil, posterior a la parte

primitiva del cerebro que regula la respiración el torrente sanguíneo todas las otras funciones básicas de la vida. El cerebro límbico o medio o mamífero también está activo desde el principio generando los comienzos de la respuesta: pelea – o huida y más tarde desarrollándose como el centro emocional del yo. Gradualmente se va incorporando el cerebro pensante o racional: la neocorteza o cerebro anterior permitiéndonos pensar, razonar, entender ideas abstractas y observarnos a nosotros mismos. El TEPT no ha sido observado en otros mamíferos más que en primates. Las criaturas menos desarrolladas parecen haberse salvado de las trabas que pueden ocurrir con un cerebro muy desarrollado: un cerebro racional.

Por lo tanto, un bebé registra el trauma en el cerebro primitivo. Un infante algo mayor reaccionará con un cerebro ya más desarrollado y un niño comenzará a tener acceso al cerebro racional aunque no va a reaccionar como lo hace el adulto. Cuando las conexiones de procesamiento de información se rompen o no se desarrollan frecuentemente resulta en disociación. Si el trauma ocurre en la adultez, el que lo sufre va a “saber” que el incidente y su peligro han pasado pero de todas maneras va a sentir un temor aplastante. Pero un niño olvida lo que le ha sucedido y es solamente más adelante en la adolescencia o adultez que fragmentos de la experiencia traumática pueden emerger.

La terapia verbal (ya sea psicoanálisis, terapia sistémica familiar, terapia cognitiva, modificación conductual o alguna otra forma) entra al sistema a través de la región cortical del cerebro, el asiento de la lógica y el pensamiento. Pero el trauma afecta profundamente el cerebro mamífero o emocional (al que es difícil acceder hablando), al cerebro reptil y al cuerpo que es inaccesible al intercambio verbal.

Pareciera que EMDR no sólo tiene acceso a estas regiones sino que tiene la capacidad de modificarlas. Cuando los pacientes describen y sienten una imagen o un recuerdo negativo, están activando el lugar donde se aloja en el sistema nervioso, en el cuerpo: cerebro posterior, medio y frontal. Las palabras no pueden describir algo que sucedió cuando no teníamos capacidad de habla pero al activar imágenes, sonidos, olores y sensaciones corporales logramos acceder al cerebro primitivo.

Evocar las emociones asociadas con una experiencia sensorial puede activar las respuestas primitivas unidas al trauma. Lo que emerge no solo está en el cerebro sino también en el cuerpo, pues el cerebro es en realidad sólo la estación central de cambios de un sistema nervioso. De esta manera EMDR es un terapia de abajo hacia arriba, activa la memoria corporal que viaja a través de las regiones primitivas del cerebro y llega finalmente al cerebro pensante para su análisis final y resolución.

### **c 5 El método EMDR como catalizador**

Cuando se trata de recuerdos perturbadores, las imágenes, creencias y emociones, todas ellas negativas, se tornan menos vividas y menos válidas porque parece que se vinculan a información más apropiada. La persona aprende lo que es necesario y útil de la experiencia perturbadora del pasado y el suceso se reintegra a la memoria de manera adaptativa sana que ya no provoca ansiedad. Por tanto, el método EMDR es empleado para:

- A Ayudar a la persona a aprender de las experiencias negativas del pasado
- B Desensibilizar los detonadores actuales que ocasionan una angustia injustificada
- C Incorporar patrones de conductas positivos para el futuro que permitan a la persona destacarse individualmente y dentro de su propio sistema interpersonal.

Aunque de ninguna manera debe considerarse una panacea, el papel específico del método EMDR es ayudar a metabolizar los sucesos experienciales que han contribuido a la disfunción actual que pueden ir desde incidentes críticos fácilmente identificables (como violaciones sexuales o asaltos) hasta las aparentemente inocuas interacciones negativas con la familia, con personas de la misma edad y condición, con maestros, personas desconocidas y otras más que han dejado en el cliente un efecto negativo y duradero.

### **c 6 Visión antropológica de EMDR**

El clínico en EMDR debe por lo tanto identificar los sucesos que han sido almacenados disfuncionalmente y que ejercen un influjo en las percepciones presentes del cliente impidiendo su desarrollo y ayudarle a procesarlos. Para ello el clínico debe considerar al cliente como un ser complejo que funciona en todos los niveles es decir seres que sienten piensan experimentan emociones actúan y creen. El clínico no debe sentirse satisfecho con solo anular el sufrimiento extremo de su cliente si no que debe de considerar que su cliente merece amar crear vínculos destacarse y si así lo desearan descubrir en sí mismo el deseo de ayudar a otros.

### **c 7 EMDR como enfoque integrativo**

Debido a que todas las modalidades clínicas pueden ser identificadas porque funcionan con información que ha sido almacenada fisiológicamente en el cerebro el paradigma de procesamiento de la información proporciona un enfoque integrativo que puede incluir e interpretar aspectos clave de modalidades tan diferentes como la terapia psicodinámica la conductual la cognitiva la gestalt y las terapias basadas en el cuerpo (incluida la psicofarmacología).

La importancia de los recuerdos de la tierna infancia se ajusta claramente al modelo psicodinámico y la importancia de centrar la atención en reacciones y conductas disfuncionales del presente concuerda perfectamente con los paradigmas de condicionamiento y de generalización del conductismo clásico además de ser un método centrado en el cliente con fuerte base experiencial el método EMDR se ajusta al concepto de las evaluaciones positivas y negativas de uno mismo que tiene raíces profundas en el campo de la terapia cognitiva y su énfasis en las respuestas físicas.

relativas a la disfunción que presenta el cliente está demostrando ser un elemento importante en su plena utilización terapéutica

### **c 8 EMDR y Trastorno de Estrés Postraumático**

El Trastorno de Estrés Postraumático tiene un inicio preciso. La sintomatología asociada incluye una reexperimentación del evento en varias formas: la evitación de estímulos asociados al evento y embotamiento de la reactividad general de la persona; activación crónica en el sistema nervioso autónomo (SNA) cuando los síntomas duran más de un mes; combinado con pérdida del funcionamiento en áreas como el trabajo y relaciones sociales.

Las personas que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático tienen síntomas corporales que son característicos de la hiperactivación del SNA. Entre ellos: el ritmo cardíaco acelerado, frío, respiración rápida, palpitaciones del corazón, hipervigilancia y respuestas exageradas de dificultades para concentrarse.

EMDR considera además que el organismo humano busca la autocuración no sólo de las lesiones físicas sino también de las psicológicas (neurofisiológicas) de acuerdo con esto, después de un acontecimiento traumático el cerebro procesa la información hasta hacerla útil y no lesiva. No obstante, cuando el trauma es muy severo se bloquea este procesamiento con lo cual la información adquirida queda en el cerebro en su estado original perturbador y continúa produciendo síntomas ante una serie de estímulos. La hipótesis es que la EMDR activa y desbloquea dicho sistema de procesamiento de información con lo cual los recuerdos traumáticos son elaborados hasta hacerlos útiles y no lesivos.

## **c 9 EMDR y su visión de redes de recuerdos**

Es de saber que el cerebro funciona en base a redes por lo que esto nos lleva a pensar que el procesamiento de la información se da a través de redes que metafóricamente se definen como una serie de canales en donde se almacenan los recuerdos los pensamientos las imágenes las emociones y las sensaciones relativas y donde unos se vinculan con otros

El tratamiento EMDR puede ser conceptualizado como desplazarse a lo largo de las redes de recuerdos. Cuando se aplica el tratamiento de EMDR se le pide al cliente que centre su atención en un blanco es decir un recuerdo específico o la imagen de un sueño una persona un suceso ya sea real imaginado o proyectado o algún aspecto de la experiencia una sensación corporal o un pensamiento. En el modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información este blanco es llamado nódulo ya que tiene un lugar central entre el material psicológicamente asociado. Si el nódulo en un paciente es el rostro de su jefe por ejemplo es posible que haya otros canales ligados a ese nódulo como puede ser un conflicto con la autoridad del padre etc. Por lo que es necesario limpiar todos los canales que están ligados a ese nódulo.

## **c 10 Las ocho fases que componen el tratamiento EMDR**

### **c 10 1 Fase uno historia clínica del paciente y planificación del tratamiento**

#### **1 Información y consentimiento**

Se informa al paciente que puede experimentar emociones intensas durante el procesamiento y su memoria puede modificarse. Por lo que es importante saber si hay cuestiones jurídicas y forenses de por medio pues

los recuerdos del evento traumático pueden cambiar y afectar a la persona como testigo ante una consulta legal

Informarle al paciente sobre el abuso de sustancias porque procesar recuerdos relacionados al uso de drogas puede aumentar o disminuir el deseo de usarlas de nuevo. El paciente debe comprender que una de las metas es eliminar la parte perturbadora de sus recuerdos

## 2 La relacion terapéutica

En la relación debe haber empatía y la mayor confianza posible el paciente debe decir la verdad para que el terapeuta sepa el efecto que causara el tratamiento en el cliente y pueda intervenir adecuadamente en caso de abreacciones por ejemplo

## 3 Tomar en cuenta si es oportuno empezar con el tratamiento

El cliente como el terapeuta antes de empezar deben de tomar en cuenta sus responsabilidades tareas y proyectos. Para que no se vea interrumpido el proceso. No se debe empezar si uno de los dos esta por tomar vacaciones o no estan dispuestos a reunirse por 90 minutos

## 4 Consideraciones medicas

El clínico debe explorar las condiciones médicas generales como edad estado de salud si sufre de epilepsia de algun dolor en los ojos algun daño cerebral problemas cardiacos neurológicos si hay embarazo si toma anfetaminas si consume cocaína benzodiazepinas porque estas pueden bloquear el procesamiento. Se debe considerar la posibilidad de hospitalizar al paciente

## 5 Recursos internos positivos

Ver con que estabilidad emocional y fortaleza yoica cuenta el cliente que le permita tolerar emociones intensas y abreacciones. Cuántas experiencias de éxito ha tenido

## 6 Recursos externos

Averguar con que red de apoyo cuenta el cliente familia amigos etc Ver los temas sistémicos límites en la comunicación hábitos hobbies deporte religión etc

## 7 Vulnerabilidad y riesgos

Si el cliente puede tolerar afecto intenso considerar si el trauma es con T mayúscula o con t minúscula Es decir un trauma grande o un una experiencia de vivencia negativa

Averguar si el paciente presenta riesgos de auto mutilación ideación o intención suicida conducta que pone en riesgo a los demás ganancias secundarias o beneficios secundarios problemas sistémicos disociación

## 8 Trastornos disociativos

Signos clínicos que sugieren que el paciente podría disociarse como síndromes somáticos dolores de cabeza que no responden a medicamentos enfermedades que los médicos no pueden diagnosticar recuerdos somáticos Problemas del sueño como frecuentes pesadillas y terrores nocturnos sonambulismo *Flashbacks* de eventos traumáticos recientes de la infancia o múltiples trastorno de personalidad disociativa Desrealización y despersonalización donde la realidad circundante no parece la misma donde el paciente no se siente como sí mismo se siente flotando y ve la vida como un sueño oye voces dentro de la cabeza aparición de sentimientos y pensamientos y conductas repentinas sin causa aparente Historia de psicoterapia con pocos cambios Olvidos significativos abusos de sustancias

En esta primera fase se explora el pasado para buscar la experiencia difícil se ve el presente para ver los disparadores actuales y los síntomas en el presente y como quiere visualizar el futuro

## **c 10 2 Fase dos Preparación del cliente**

Se establece el rapport para establecer el vinculo terapéutico y se informa al paciente sobre EMDR para conseguir su consentimiento

La explicación depende de la edad e inteligencia del cliente Se le puede decir lo siguiente Las memorias de un evento traumático parece que quedan bloqueadas en el sistema nervioso con la imagen original los sonidos los pensamientos y las emociones Este material puede combinar la realidad con la fantasia y con imágenes que simbolizan el evento o el sentimiento que uno le adjudica

Los movimientos aculares que utilizamos en EMDR parecen desbloquear el sistema nervioso y permiten al cerebro procesar la información Esto mismo puede que ocurra en el periodo de movimientos oculares rápidos del sueño Los movimientos oculares ayudan a procesar el material no consciente Es importante recordar que es el cerebro el que estara realizando el procesamiento y que es la persona que controla el proceso (Manual de entrenamiento EMDR 2002)

En este momento es necesario investigar las expectativas del paciente y practicarlas en detalles Al cliente hay que enfatizarle que no hay ningun "deber ser" y que lo que se hará a menudo es simplemente chequear lo él esta experimentando y que diga lo que está pasando Se le dice al paciente que a veces las cosas van a cambiar y a veces no Se le pide al paciente que siempre de la retroalimentación lo más precisa posible sin juzgar lo que debería estar pasando o no Se le dice al paciente que se harán movimientos oculares por un rato y que despues se hablara de lo que paso

En esta fase se acuerda con el cliente la señal de pare de disminuir o aumentar la velocidad de los movimientos oculares La posición física que consiste en poner dos sillas como barcos que se cruzan donde el terapeuta debe de estar fuera del campo visual del paciente Esta posición se varia según el tipo de estimulación (toque sonidos)

Es necesario probar los movimientos bilaterales sin lentes para ver la distancia entre su mano y la cara del paciente además de la dirección y la

velocidad de los movimientos oculares. El terapeuta mueve la mano cerca o lejos hasta lograr que el paciente se sienta cómodo. El terapeuta hace lo mismo cuando prueba la velocidad de los movimientos. También muestra varias direcciones por ejemplo horizontal diagonal en círculo la figura de un ocho o de un infinito. Buscando la más confortable para el paciente.

El terapeuta muestra el toque (movimiento táctil) y los sonidos o el tono (movimientos auditivos). Si se va a usar un aparato por ejemplo el TAC – AUDIO se debe mostrar el uso del aparato en el momento diciendo: La tecnología ahora nos permite cuidarnos más. (Manual EMDR 2002)

Es necesario escoger con el cliente una metáfora. La metáfora consiste en algo que está en movimiento. Puede ser un tren o una nube. Lo que se busca con ello es que el paciente en determinado momento los pensamientos, las imágenes, los sentimientos, las emociones y las sensaciones corporales como si fueran el paisaje que pasa cuando se va en un tren o como una nube que pasan por el cielo. La metáfora anima al paciente a estar en la experiencia y le permite no tener miedo del miedo.

Concluida la metáfora se construye con el cliente un lugar seguro que puede ser real o imaginario y que puede usarse para una sesión incompleta y se puede acompañar de música de relajación.

Para construir el lugar seguro se requieren los siguientes ocho pasos:

1. Imagen. Con la ayuda del terapeuta el cliente evoca una imagen de un lugar seguro que fácilmente provoque en él un sentimiento personal de calma y seguridad. El lugar seguro no se puede conectar con algo negativo.
2. Emociones y sensaciones. Se le pide al cliente que se concentre en la imagen, sienta las emociones que le provoca e identifique en donde se localizan como sensaciones en su cuerpo.
3. Embellecer la imagen y la emoción. El terapeuta puede ayudar en el proceso utilizando un tono de voz tranquilo para establecer un sentido de seguridad para el cliente. A quien se le pide que narre sus experiencias y agregue submodalidades de sonidos, olores, temperatura, colores etc.

- 4 **Movimientos bilaterales** Se hacen tandas cortas de 4 o 6 pases para incrementar la respuesta positiva. Al final de cada movimiento el terapeuta le pregunta al cliente cómo se siente. Si la respuesta indica que la emoción positiva no aumentado el terapeuta deberá usar otras alternativas hasta que el cliente reporte que ha mejorado.
- 5 **Palabras clave** Se le pide al cliente que piense una sola palabra que identifique con la imagen (Paz montana playa tranquilidad seguridad etc) y la practique mientras nota como se incrementan las sensaciones placenteras y la sensación de seguridad. En este paso el terapeuta utiliza de 4 a 6 movimientos bilaterales o el anclaje físico que consiste en el cliente oprima el palmar de su mano con el dedo pulgar cuando sienta la sensación de calma y seguridad.
- 6 **Haciendolo solo** Se le pide al cliente que por sí sólo traiga la imagen y la palabra clave experimentando los sentimientos positivos sin movimientos oculares. Cuando el cliente ha repetido con éxito este ejercicio el terapeuta le indica como puede usar su lugar seguro para relajarse durante periodos de estrés.
- 7 **Probarse con la guía del terapeuta** Para reafirmar lo aprendido el terapeuta pide al cliente que traiga una perturbación pequeña y que note las sensaciones negativas que la acompañan. El terapeuta guía al cliente en el uso del lugar seguro para disipar las sensaciones negativas. Opcionalmente se pueden usar de 4 a 6 movimientos bilaterales para fortalecer más el estado de bienestar.
- 8 **Probarlo solo con una perturbación** El terapeuta pide al cliente que traiga una perturbación pequeña nuevamente y que haga el ejercicio sin la ayuda de él hasta que se sienta completamente bien.

### **10 3 Fase tres Evaluación**

Aquí se considera el tema o recuerdo antiguo que el cliente quiere trabajar. Se busca que el paciente represente esa imagen y se cuestiona que

cuando trae a su memoria esa imagen de la experiencia perturbadora qué piensa de si mismo ahora que es negativo Se le dice al paciente que una creencia negativa es una creencia y se puede cambiar Se busca que el paciente hable en primera persona y en tiempo presente La creencia negativa no es la verdad por ejemplo tuve en peligro Si el paciente se refiere a emociones se le puede preguntar ¿Que dirías de alguien que sintiera esa emoción?

Ejemplos de algunas creencias negativas con las que se puede ayudar al paciente No estoy bien como soy No merezco ser amada Soy una mala persona Soy una vergüenza No soy querible No sirvo para nada etc

Vista las Creencias negativas nuevamente se le dice al paciente que traiga a la memoria esa imagen perturbadora y se le pregunta que quisiera o preferiría creer sobre si mismo en el momento presente en sentido positivo También se le aclara que una creencia positiva es una creencia deseada sobre si mismo/a y que la diga en primera persona y en tiempo presente Se le hace saber que una creencia positiva no es una negación ni un deseo mágico

Ejemplo de algunas creencias positivas con la que se puede ayudar al paciente Estoy bien como soy merezco ser amada soy valiosa soy noble merezco vivir Hice lo mejor que pude etc

En esta fase se hace la validez de la cognición Para ello se le pregunta al paciente que cuando se da cuenta de esa imagen y de esa experiencia qué tan verdadera siente esas palabras positivas aquí y ahora en una escala (VOC) de 1 a 7 donde 1 se siente completamente falso y 7 totalmente verdadero

#### **c 10 4 Fase cuatro desensibilización**

Se lleva al paciente a esa experiencia difícil y que piense en las palabras negativas y se pide que la localice en su cuerpo El terapeuta empieza hacer los movimientos oculares En todo esto después de cada pase en

movimientos oculares el terapeuta puede decir al cliente que respire profundo y deje ir mientras que le anima sobre todo si hay abreacción diciendo "eso es o son cosas de antes o lo estas haciendo bien o deja que pase lo que tenga que pasar" o permite que venga lo que tenga que venir" Luego le pregunta al cliente "¿Que surgio?" o "¿Que notas?" o "¿Que te viene?" No se debe preguntar "¿Qué ves?" o "¿Qué piensas?" o "¿Qué sientes?"

En este proceso cada vez que el paciente menciona algun cambio el terapeuta simplemente le dice que siga observando. Luego de esto se trabaja con la emoción preguntando al paciente que cuando le viene a la mente esa experiencia y las palabras negativas que emoción siente en el momento presente. Le pregunta al cliente como se llama esa emoción. Aquí se hace la medición de la emoción en una escala (SUDS) de 0 a 10 donde en 0 no hay ninguna perturbación y en 10 la máxima perturbación. Se lleva a buscar la perturbación en el cuerpo regresando nuevamente a la experiencia difícil y viendo en que nivel de la escala SUDS está en el momento presente. Al cliente siempre se le debe bajar hasta 0 pero si por alguna razón el cliente no baja el terapeuta debe ver si hay recuerdos alimentadores, miedos, volver al nudo, investigar si hay beneficios secundarios o si es ecológico.

### **c 10 5 Fase cinco Instalación de cognición positiva**

Aquí se busca vincular la creencia positiva deseada con la experiencia difícil. Para ello el terapeuta le pregunta al cliente si son válidas las creencias positivas que menciono antes o hay otras que le parecen mas adecuada.

El terapeuta lleva al cliente a la experiencia difícil nuevamente y le menciona las creencias positivas deseadas y mide en la escala VOC donde 1 es totalmente falso y 7 es totalmente verdadero que tan cierto siente en el momento presente esas palabras positivas. Se sigue trabajando en el movimiento ocular esa experiencia difícil hasta llegar a 7 en la escala VOC.

Se mide el VOC después de cada tanda. Si el VOC no aumenta hay que buscar la posibilidad de resistencia creencias limitantes sentimientos sensaciones corporales conflictos y preguntar sobre ecología. Si el cliente informa de un 6 ó 7 se siguen los movimientos oculares para fortalecer más. Luego se cierra con todo un chequeo corporal.

### **c 10 6 Fase seis Revisión corporal**

Se invita al cliente a cerrar los ojos y a concentrarse en la experiencia difícil y las palabras positivas que se ha trabajado. Se le pide que examine todo su cuerpo que tome conciencia de él y se le pregunta si siente algo. Si el cliente informa sobre cualquier sensación positiva se hace un poco de movimientos bilaterales. Si manifiesta una sensación negativa continúe con los movimientos oculares hasta que desaparezca. Se hace una medición en la escala SUDS para medir el final.

### **10 7 Fase siete Cierre**

Para cerrar una sesión completa la escala de medición SUDS debió de haber llegado a 0 ó 1 y la escala VOC 6 ó 7.

Se cierra diciéndole al cliente que el reprocesamiento realizado puede continuar después de cada sesión y él puede advertir o no nuevos *insights* pensamientos recuerdos o sueños. Si esto pasa se le pide al cliente que preste atención y que saque una foto de lo que está viendo sintiendo pensando y los disparadores. Se le deja un registro diario para las cosas que surjan durante la semana usando el esquema de DICESASI: disparador imagen creencias emociones sensaciones acción salud y relación interpersonal.

Para cerrar una sesión incompleta es decir cuando el material que trae el/la cliente no queda resuelto porque la escala SUDS permanece en mas de 1 y la escala VOC en menos de 6 se recomienda lo siguiente. Se le pide permiso al cliente para terminar la sesión porque no queda tiempo se le pregunta cuan cómodo se siente con terminar la sesión así. Se le da apoyo por el esfuerzo hecho y se debe posponer la instalación de la creencia positiva y el examen corporal ya que es evidente que todavia queda material por procesar. Se hace un ejercicio de relajación para contener la molestia que queda en el cliente. Puede llevarle al lugar seguro combinando movimientos oculares con la imagen de dicho lugar. Puede ser que la molestia desaparezca. en caso de no desaparecer se puede pedir al cliente que la coloque en una caja de seguridad que el mismo puede crear visualmente. La caja puede llevar un candado y el cliente puede dejar la caja con llave en el consultorio del terapeuta hasta la proxima sesion.

Es necesario hacer siempre un buen comentario de cierre al cliente. Leerle la información de lo que puede pasar entre sesiones. acordar el uso del diario o registro y dar un numero telefónico para caso de emergencia.

### **10.8 Fase ocho seguimiento**

Esta fase se da en la sesión siguiente se debe revisar el diario del cliente enfocarse cada vez más en el futuro y buscar integración total individual y sistémica. En esta sesión se deben percibir cambios en el cliente por ello se empieza la sesión repasando las fases de 1 a 7. Se le pregunta al cliente si necesita más información. Educar sobre los disparadores. ver si hay nuevos miedos es necesario hablarlos. No se debe usar EMDR si el cliente no está dispuesto a revivir cosas del pasado. Revisar la señal de parar y el lugar seguro.

Evaluar el blanco de la ultima sesión. notar si hay progresiones. trabajarlo de nuevo si es necesario. mirar si hay nuevos blancos que el cliente quiere trabajar.

**CAPÍTULO IV**  
**METODOLOGÍA**

## **A. Planteamiento del problema**

¿Desminuirá el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR los niveles del Trastorno de Estrés Postraumático y afectará en su transformación las variables concomitantes de depresión autoestima inadaptación y cogniciones postraumáticas?

## **B Justificación**

Uno de los problemas que sigue una constante agudización es el de la violencia doméstica teniendo como víctima primaria a la mujer. La violencia doméstica acarrea en este género profundos conflictos en los que se generan secuelas emocionales como el de Estrés Postraumático que es como vivir con un fantasma que se encarga de hacer la muerte más lenta. La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud motivo en la actualidad de una importante alarma en la comunidad internacional. 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. Sin embargo con frecuencia es un problema al que se le resta importancia considerando que es algo raro o anormal en términos de norma estadística es decir poco usual y que los pocos casos que se dan pertenecen al ámbito de lo estrictamente personal o privado. De ahí que sean comunes posturas de inhibición o falta de atención ante él como si bastara con no darle importancia para que por sí mismo se redujera. La realidad es otra en la medida en que se ignora que este problema existe cómo se da y en qué consiste se puede llegar a ser cómplice por acción

u omisión de una situación que causa un inmenso sufrimiento a las personas que la padecen

Miremos un poquito los datos que da la Conferencia Interamericana Sobre los Derechos Humanos en cuanto a violencia doméstica en Panamá

En la Fiscalía Primera Especializada en Asuntos de la Familia y del Menor para el año 2001 ingresaron 581 casos de los cuales 513 de las víctimas eran mujeres. Por su parte en la Fiscalía Segunda se atendieron entre 2001 y mayo de 2002 un total de 1 262 casos de los cuales 1 052 víctimas tenían rostro de mujer

En el año 2003 el Centro de Atención a Víctimas de la Policía Técnica Judicial atendió en la ciudad de Panamá un total de 961 casos de violencia doméstica de los cuales 870 de las víctimas eran del sexo femenino. Solo en el área de San Miguelito se atendieron 156 casos de los cuales 135 eran del sexo femenino

En el hogar San José de Malambo en Arraiján llega gran cantidad de mujeres víctimas de la violencia doméstica en busca de ayuda psicológica realidad que no es cuantificada. Para efectos de la investigación fueron escogidas 8 que clasificaron con Estrés Postraumático de un total de 12 que fueron evaluadas

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas mientras otras muestran síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica no pueden conciliar el sueño pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor o aislarse y retraerse sin darse cuenta parece igualmente que se están metiendo en otros problemas aunque menos graves pero dañinos

La mayoría de las víctimas de un evento traumático tanto niños como adultos experimentan por lo general una respuesta normal de estrés que puede durar desde pocos días a algunas semanas en la que pueden aparecer transitoriamente algunos de los síntomas enumerados a continuación

**Reacciones emocionales, que incluyen** sentimientos de shock sorpresa temor duelo rabia resentimiento agitación culpa vergüenza desesperanza desamparo bloqueo emocional (dificultad en expresar amor y experimentar placer en las actividades cotidianas)

**Reacciones cognitivas o del pensamiento** confusión desorientación disociación indecisión preocupación reducción de la atención dificultades para concentrarse pérdida de memoria aparición de recuerdos no deseados y auto acusaciones

**Reacciones físicas o corporales** tensión contracturas fatiga sentirse al límite dificultades para dormir pesadillas molestias o dolores sobresalto fácil taquicardia náuseas cambios en el apetito y disminución del deseo sexual

**Reacciones interpersonales** desconfianza irritabilidad relaciones conflictivas retraimiento aislamiento sentimientos de abandono rechazo indiferencia o anestesia afectiva Tendencia a acusar o hipercontrolar de amistades pareja familia u otras relaciones

La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es definirla como un factor de riesgo para una mala salud ya que sus consecuencias se traducen en una amplia gama de efectos en la salud de la mujer

La magnitud del impacto que el maltrato contra la mujer en la pareja puede tener en la salud física de la víctima ha sido puesta de manifiesto en numerosos trabajos. Se ha mostrado que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquellas que no son víctimas de tal violencia

Las lesiones el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden conllevar problemas de salud crónicos. Estos problemas pueden ser dolores musculoesqueléticos dolor crónico de cuello o espalda artritis complicaciones cardiovasculares infarto de miocardio la angina de pecho síntomas neurológicos recurrentes como balbuceo tartamudeo incipientes pérdida de audición problemas de vista dolores de cabeza y migrañas. También se han

descrito enfermedades crónicas como dolor crónico síndrome del intestino irritable trastornos gastrointestinales quejas somáticas y fibromialgia

En la actualidad existe afortunadamente suficiente documentación que demuestra que no existen características psíquicas diferentes entre las mujeres maltratadas y no maltratadas previamente al inicio del maltrato Por el contrario es el maltrato contra la mujer en la pareja el que conlleva una serie de trastornos y problemas de carácter psicológico que no deben ser ignorados como ansiedad insomnio baja autoestima depresión clínica trastorno por estrés posttraumático ideación suicida (o intento de suicidio) consumo y abuso de determinadas sustancias (como alcohol drogas y determinados psicofármacos) morbilidad psíquica

Ante la problemática emocional de Estrés Postraumático de la que son víctimas las mujeres que han vivido la violencia doméstica creo que la técnica integrativa EMDR por sus siglas en inglés que en español correspondería a desensibilización y reprocesamiento por el movimiento de los ojos es una propuesta innovadora que la Dra Francine Shapiro desarrolló en 1987 Esta técnica consiste en un protocolo especial relacionado con las situaciones traumáticas que desencadena la desensibilización y el consecuente reproceso de las mismas acompañado de la desaparición de la sintomatología

Con esta técnica se trabaja con el recuerdo de la situación traumática con las imágenes recuerdos visuales y sensoriales de tal forma que los hechos traumáticos pueden llegar a tener esos mismos recuerdos sin que sean dolorosos

## **C Objetivos**

..

### **c 1 Objetivos generales**

- 1 Implementar el programa de apoyo emocional con el enfoque EMDR que está dentro de las terapias integrativas en un grupo de mujeres con Estrés Postraumático víctima de la violencia doméstica que buscan ayuda en el Centro San José de Malambo
- 2 Evaluar la efectividad del programa de apoyo emocional con el enfoque EMDR en un grupo de mujeres con Estrés Postraumático y sus variables concomitantes víctima de la violencia doméstica que buscan ayuda en el Centro San José de Malambo

### **c 2 Objetivos específicos**

- 1 Determinar la presencia de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de la violencia doméstica que se acercan a buscar ayuda al Centro San José de Malambo
- 2 Implementar la técnica EMDR a un grupo de mujeres con Estrés Postraumático víctima de la violencia doméstica del Centro San José de Malambo
- 3- Desminuir la re-experimentación del Trastorno de Estrés Postraumático con la técnica EMDR

- 4- Reducción del incremento de la activación de las variables concomitantes de depresión inadaptación y cogniciones postraumáticas
- 5- Incrementar la subida en la variable concomitante de autoestima
- 6- Reducción de las conductas de activación y bloqueo emocional
- 7 Establecer recomendaciones finales en torno al resultado de la investigación

### **c 3 Preguntas de Investigación**

- 1 ¿Qué efectos tiene el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR en la reducción del estrés postraumático en mujeres víctima de la violencia doméstica?
- 2 ¿Qué efectos tiene el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR en la reducción de la re – experimentación del evento traumático *flashbacks* sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática Pesadillas o imágenes asociadas frecuentemente al sueño reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática?
- 3- ¿Qué efectos tiene el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR en la reducción del incremento de la activación dificultades de conciliar el sueño hipervigilancia problemas de concentración irritabilidad impulsividad agresividad?
- 4 ¿Qué efectos tiene el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR en la reducción de las conductas de evitación y bloqueo emocional huida rechazo del sujeto a situaciones y lugares pensamientos sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático Pérdida de interés bloqueo emocional aislamiento social?

- 5 Que efectos tiene el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR en la reducción de las variables concomitantes de depresión inadaptación cogniciones postraumáticas y en el aumento de la autoestima?

## **D Hipótesis**

### **d 1 Hipótesis Conceptual**

Las mujeres que padecen el Estrés Postraumático como víctimas de la violencia doméstica tratadas en el Centro San José de Malambo reducirán los síntomas de re – experimentación del mismo (TEPT) el incremento de activación y conductas de evitación y bloqueo emocional las variables concomitantes de depresión inadaptación cogniciones postraumáticas y aumento de autoestima después de haber recibido el programa de apoyo emocional con la técnica EMDR

### **d 2 Hipótesis Operacional**

Los resultados obtenidos en la primera medición una semana antes del tratamiento cambiarán cuantitativa y cualitativamente después del tratamiento en la segunda medición una semana después de terminado el tratamiento EMDR y un mes después de la última medición en relación al grupo control

Los resultados que arrojen los instrumentos usados Inventario De Depresión de Beck Escala De Autoestima DE Rosenberg Escala De Inadaptación Inventario De Cogniciones Postraumáticas Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático La Escala Subjetiva De Perturbación SUDS

y La Escala De Validez De La Cognición VOC serán favorables en la no re – experimentación el no incremento de activacion y conductas de evitación y bloqueo emocional y las variables concomitantes de depresión inadaptación cogniciones traumáticas y aumento de la autoestima después del programa de tratamiento de apoyo emocional con EMDR en la medición que se hace una semana después de aplicado el tratamiento y un mes después de la ultima medición en relación al grupo control

### **d 3 Hipótesis estadísticas**

#### **d 3 1 Hipótesis H0**

$$H0 \ X \ G \ C \leq \ X \ G \ EXP$$

#### **d 3 2 Hipótesis H1**

$$H1 \ X \ G \ C \ > \ X \ G \ EXP$$

### **d 4 Autoestima**

#### **d 4 1 H0**

$$X \ G \ C \geq \ X \ G \ EXP$$

#### **d 4 2 H1**

$$X \ G \ C \ < \ X \ G \ EXP$$

### **d 5 Prueba de hipótesis**

Con un nivel de significación de 0 05 y un nivel de confianza de 95% nos dice que hay unas 5 oportunidades de entre 100 de rechazar la hipótesis nula cuando debiera haberse aceptado es decir hay un 95% de confianza de que se adopta la decisión correcta al rechazar la hipótesis nula y al confirmar la hipótesis alterna (Pagano Roberto 1991)

En vista de que se busca reducir con la técnica EMDR el Trastorno de Estrés Postraumático y las variables concomitantes de depresión inadaptación

cogniciones postraumáticas y aumentar la autoestima la propuesta estadística es de una cola. Por ello si el valor calculado para Estadístico  $t$  es mayor que el valor crítico de una cola entonces se rechaza la  $H_0$  y se acepta la hipótesis  $H_1$ . Si el valor calculado para Estadístico  $T$  es igual o menor que el valor crítico de una cola entonces se acepta  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$ .

## **E Estrategia de la Investigación**

Se usará un diseño experimental con pre test y pos test con un grupo en lista de espera y un grupo experimental (Kazdin Alan E 2001) donde el grupo en lista de espera se le retrasará el tratamiento EMDR desde la evaluación previa en la que clasifica con Estrés Postraumático por violencia doméstica a la posterior de los pacientes en condición de tratamiento.

Aunque el grupo control pasa por la primera evaluación una semana después que se haya aplicado el tratamiento al grupo experimental y un mes después de la última evaluación.

### **e 1 Variables**

**e 1 1 Variable Independiente** Es la intervención psicológica es decir el programa de tratamiento aplicado a mujeres con Estrés Postraumático como resultado de la violencia doméstica. Esta variable asume dos niveles.

- 1 Aplicación de la terapia con la técnica EMDR
- 2 La no aplicación de la terapia con la técnica EMDR al grupo control

**e 1 2 Variables dependientes** Resultados de la intervención psicológica  
 Variable cuantitativa medida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) Escala de Autoestima de Rosenberg Escala de Inadaptación (Echeburua Corral Fernández Montalvo 2000) Inventario de Cogniciones Postraumáticas Índice Global de DUKE para el Trastorno de Estrés Postraumático

**1 Experiencia traumática** Abuso físico agresión violación

**2 Depresión** Estado de ánimo pesimismo sentimiento de fracaso insatisfacción sentimientos de culpa sentimiento de castigo odio así mismo autoacusación impulsos suicidas periodos de llanto irritabilidad aislamiento social indecisión imagen corporal capacidad laboral trastornos del sueño cansancio pérdida de apetito pérdida de peso hipocondría libido

**3- Autoestima** Digno de aprecio cualidades buenas capacidad para hacer las cosas bien actitud positiva sobre si mismo satisfecho/a consigo mismo poco de que estar orgullosa/o inclinación a pensar que se es un fracasado deseo de sentir más respeto por si mismo sentimientos de inutilidad no creerse buena persona

**4- Inadaptación** Afección en el trabajo o el estudio en la vida social en las relaciones de pareja en la vida familiar

**5- Cogniciones Postraumáticas** Es el tipo de pensamiento negativo que se puede tener después de la experiencia traumática de maltrato

**6 Trastorno de Estrés Postraumático** Componentes intrusivos componentes evitativo/ Paralizante componentes de hiperactivación

## **F Población**

Se trabaja con toda la población la cual consta de 8 mujeres con Estrés Postraumático víctimas de la violencia doméstica que buscan apoyo psicológico y espiritual en el Hogar San José de Malambo en Arraijan. Estas 8 mujeres cumplieron con los criterios que propone el DSM – IV – R para dicho trastorno. La edad es aproximadamente de 30 años en adelante. De esta población se seleccionaron al azar 4 para el grupo experimental y 4 para el grupo control o en espera.

## **G Criterios de Inclusión**

Sufrimiento provocado por un recuerdo traumático que interfiere con sus vidas

Re – experimentación del evento traumático. Incremento en la activación, conductas de evitación y bloqueo emocional.

Mujeres con una edad de 30 años en adelante.

Tener la sintomatología de Estrés Postraumático por más de un mes desde que aconteció el evento traumático.

Si las alteraciones provocan malestar clínico significativo, deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## **H Criterios de exclusión**

**Físicos** Problemas de epilepsia embarazo impedimento neurológico

**Psicológicos** psicosis desordenes disociativos abuso de sustancias presentes

**Aspectos legales** envuelto en aspectos legales relacionados al evento traumático recibiendo beneficios por incapacidad a causa del evento traumático

## **I Instrumentos**

### **I 1 Entrevista clínica**

La entrevista clínica se hará estructurada de manera que el paciente proporcione información en base a sus etapas de desarrollo en relacion estas con su proceso de socialización su realidad sistémica su madurez psicoafectiva realidad actual y visión de futuro

La entrevista tomará en cuenta los pasos propuesto por la Dra Francine Shapiro para determinar el consentimiento para si es oportuno empezar el tratamiento ver si hay consideraciones médicas recursos internos y externos con las que cuenta la paciente vulnerabilidad riesgos y trastornos disociativos

## **I 2 Cuestionario para Experiencias traumáticas (TQ)**

Este cuestionario se utilizó para la selección de los pacientes

Autores J R T Davidson D Hughes D G Blazer

Evalua La presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT)

N de items 44

Administración Autoaplicada

Consta de un total de 44 items que se agrupan en tres partes bien diferenciadas

- 1 Listado de experiencias traumáticas 17 items a los que tiene que contestar si los ha sufrido o no alguna vez en su vida y en caso afirmativo a qué edad y durante cuánto tiempo sufrió el acontecimiento
  
- 2 Acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente 9 items que evalúan las características de ese acontecimiento para ver si cumple los requisitos que se especifican en el criterio diagnóstico A del DSM IV
  
- 3- Listado de síntomas 18 items que exploran los síntomas que figuran en los criterios B D del DSM IV Los items son de respuesta dicotómica (sí o no) y el marco de referencia temporal es muy amplio cualquier momento después del acontecimiento

Es un cuestionario autoaplicado

Está validado en español (Bobes y cols 2000)

Corrección e interpretación

El aparato del listado de síntomas es el único al que se le asignan puntuaciones Si puntúa 1 y no 0 La puntuación en este apartado se obtiene sumando los puntos de los 18 items

Los autores no han proporcionado puntos de corte A mayor puntuación mayor gravedad

### **I 3 Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Autores A T Beck C H Ward M Mendelson J Mock J Erbaugh

Evalua La gravedad del cuadro depresivo

N de Items 21

Administración Autoaplicada

Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez & Sanz 1997) Cada ítem esta compuesto por 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos) frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la ultima semana En relación con sus características psicométricas la fiabilidad medida como consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach es alta 0.90 En relación con la validez como ésta depende del propósito se puede afirmar que el BDI es un instrumento válido para detectar y cuantificar síntomas depresivos en pacientes (Vázquez & Sanz 1999)

### **I 4 Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)**

Autor Rosenberg M

Evalua Autoestima

N de Items 10

Administración Autoaplicada

Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert El rango del cuestionario es de 10 a 40 cuanto mayor es la puntuación mayor es la autoestima del sujeto En algunos estudios se utiliza como punto de corte 29 (Echeburua et al 1998 Ward 1977) La fiabilidad

test retest es de 0.85 con estudiantes universitarios siendo la validez convergente y discriminante también satisfactoria 0.67 con el *Kelly Repertory Test* 0.83 con el *Health Self Image Questionnaire* y 0.56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al 1994)

### **I 5 Escala de Inadaptación**

Autores Echeburua Odriozola Enrique Corral Gargallo Paz de Fernández Montalvo Javier

Evalua como afecta el trastorno al trabajo estudio vida social tiempo libre

N de Items 6

Administración Autoaplicada

Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 items con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo) que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a diferentes áreas de su vida como trabajo vida social tiempo libre relación de pareja y convivencia familiar junto con una valoración global. El rango de la escala total es 0 a 30 cuanto mayor es la puntuación mayor es la inadaptación proponiéndose como punto de corte 12 en la escala total y 2 en cada subescala o ítem (Echeburua Corral Fernández Montalvo 2000). La escala ha sido validada en población española con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach en el conjunto total de sujetos es de 0.94.

## **I 6 Inventario de cogniciones Postraumáticas**

Autores Foa Ehlers Clark Tolin ORsillo 1999

Evalua Pensamientos y creencias relacionadas con el trauma

N de ítems 36

Administración Autoaplicada

Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems con una gradación de (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición (Foa et al. 1999b). La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno de estrés postraumático. Ha sido traducida para esta investigación.

## **I 7 Índice Global de DUKE para el Trastorno de Estrés Postraumático**

Autores J R Davidson R H Weisler M Maik L A Tupler

Evalua La evolución global del trastorno de estrés postraumático

N de ítems 4

Administración heteroaplicada

La DGRP es una escala diseñada para realizar una evaluación global del TEPT. Resulta especialmente útil en la medida de los resultados del tratamiento. Consta de 4 ítems: los 3 primeros evalúan la mejoría experimentada en cada uno de los 3 grupos e criterios sintomatológicos (criterios B –D del DSM IV) y el cuarto ítem evalúa la mejoría global del cuadro.

Los ítems se puntúan en una escala Likert de 7 valores que oscila entre 1 (muchísimo mejor) y 7 (muchísimo peor).

El marco de referencia temporal es la situación actual comparada con el estado al inicio del tratamiento. Es una escala heteroaplicada. Está validada en español (Bobes y cols. 2000).

Se trata de una escala descriptiva en la que la información clínica proporciona directamente la puntuación en cada ítem: ha mejorado o no cada criterio sintomatológico y el cuadro global, y cuánto lo han hecho.

### **I 8 La Escala Subjetiva de Perturbación SUDS**

Autor: Joseph Wolpe

Evalúa: Nivel de perturbación, afecto negativo

N. de ítems: 10 registros

Administración: Controla el terapeuta

SUDS (Subjective Unit of Disturbance Scale = Escala de Unidad Subjetiva de Disturbio). Es una escala de 0 a 10 donde 0 representa neutral o ausencia de perturbación, hasta 10 que representa la peor perturbación que el cliente pueda imaginar. El SUDS fue desarrollado por el Dr. Joseph Wolpe y es extensamente usado en Terapia Conductual. La investigación ha demostrado que el SUDS tiene un alto correlato con ciertos indicadores fisiológicos de distress. El SUDS es usado para medir la intensidad de cualquier afecto negativo. El SUDS es chequeado antes del tratamiento para obtener una lectura basal, donde el cliente mantiene mentalmente la imagen representativa de un objetivo. El SUDS es chequeado ocasionalmente cuando pareciera que el objetivo puede haber sido desensibilizado, y también para ayudarnos a evaluar el progreso del tratamiento. La fase de desensibilización (fase 4) continúa hasta que el cliente refiere un SUDS de 0 o si es ecológicamente apropiado de 1 o 2.

## **I 9 Escala de la Valides de la Cognición VOC**

Autor Francine Shapiro

Evalua La confianza en la cognición positiva

N de Items 7 registros

Administración Controla el terapeuta

VoC (Validity of Cognition = Validez de la Cognición) Es una escala usada por el cliente que va de 1 a 7 donde 1 representa algo totalmente no creíble y 7 representa algo totalmente creíble. El VoC fue desarrollado por Francine Shapiro Ph D. Basado en credibilidad, el VoC es utilizado para medir cuanta confianza tiene el cliente en la cognición positiva durante las fases de evaluación e instalación.

## **J Técnicas de intervención**

Entrevista

Exposición sobre la técnica EMDR

Técnicas de relajación

Procedimiento técnico utilizado por la Doctora Francine Shapiro

Ficha de registro

Segunda medición una semana después de la última sesión de tratamiento

Tercera y última medición un mes después de la última medición

## K Diseño de Investigación

Se trata de una investigación cuasi experimental. La investigación cuasi – experimental es aquella que se considera dentro de los diseños experimentales pues el investigador manipula una variable pero debido a la falta de control sobre las variables extrañas y de aleatoriedad es por lo que se le considera cuasi – experimental.

El diseño se trabajará con pretest – posttest donde los sujetos serán evaluados antes y después de la intervención. Los sujetos en esta investigación serán designados al azar antes de hacer el pretest.

El diseño puede representarse de esta manera

A 01 x 02

A 03 04

Con este diseño la investigación determina cuanto cambio se obtuvo y cuántos pacientes cambiaron de una magnitud particular. Se controla la amenaza común a la validez interna.

El pretest proporciona la ventaja de igualar los grupos en rendimiento previo a las pruebas porque permite el apareamiento en diferentes variables y asignar a los sujetos en forma aleatoria. También permite la evaluación del efecto de los diferentes niveles de rendimiento proporciona ventaja estadística para el análisis de los datos y permite ver los cambios que hubo en el paciente.

Dentro de las deficiencias del diseño pretest – posttest es que la aplicación repetida de la prueba puede sensibilizar al sujeto a la intervención.

En esta investigación se trabajará el pretest – posttest dentro de lo que se denomina grupo control y de comparación entendiendo por grupo control un

grupo que se mantiene en lista de espera. Entiéndase grupo en lista de espera a aquel que se le retrasa el tratamiento.

El grupo en lista de espera se le proporcionará el tratamiento una vez se haya terminado el intervalo desde la evaluación previa a la posterior de los pacientes en condición de tratamiento. El grupo en lista de espera será evaluado sin tratamiento en la medida que el grupo experimental sea evaluado.

Las comparaciones no sólo pueden hacerse con el grupo de espera sino entre el mismo grupo.

## **L Procedimiento estadístico**

En vista que se trabaja un diseño cuasi – experimental con pretest y posttest los resultados son apropiados para presentarse dentro de la prueba no paramétrica t de Student que compara dos grupos relacionados y variables cuantitativas que no tienen distribución normal que sean ordinales. Contrasta si dos poblaciones muestreadas son equivalentes en su posición.

Se utilizará el programa estadístico computacional XLSTAT.

**CAPÍTULO V**

**INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **E VISIÓN ANALÍTICA**

### **e 1 Inducción estadística**

Después de haber seleccionado a 8 pacientes Con Estrés Postraumático por violencia doméstica a través del Cuestionario Para Experiencias Traumáticas (TQ) se hicieron al azar el grupo experimental y el grupo control o en espera formado por 4 miembros cada grupo. Al grupo experimental se le brindó el tratamiento con la técnica EMDR y al grupo control o en espera no se le dio en el momento tratamiento. El tratamiento empezó con la entrevista clínica para luego dar paso a las 4 sesiones de 90 minutos por pacientes siguiendo los 8 criterios que indica la técnica.

Para ver la efectividad del proceso terapéutico se hicieron evaluaciones de manera cuantitativa con pre – test y pos – test. Es decir se hizo una evaluación previa al tratamiento una semana después de finalizado el tratamiento y un mes después de la última evaluación. Terminado todo este proceso se llevaron los datos al estadístico  $t$  de Student por ser la más propicia para muestras pequeñas como es el caso de nuestro estudio. El valor crítico es de una cola. En los cuadros estadísticos 3 y 4 se verán cuantificados unos datos más que corresponden a la prueba Índice Global De DUKE Para El Trastorno De Estrés Postraumático. Sólo tiene como fin verificar si el tratamiento fue efectivo o no. El análisis estadístico de estos datos es lo que nos va a permitir responder la siguiente interrogante:

¿Proporcionan los datos evidencias suficientes que indiquen que hubo efectividad del tratamiento con la técnica EMDR en el grupo experimental en comparación con el grupo control o en espera? Se utiliza un nivel de significación de 0.05.

Después de una visión general del estadístico nos daremos cuenta cual es la conclusión.

## F. CUADRO 1

### CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS (TQ)

| Pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|

Criterios:

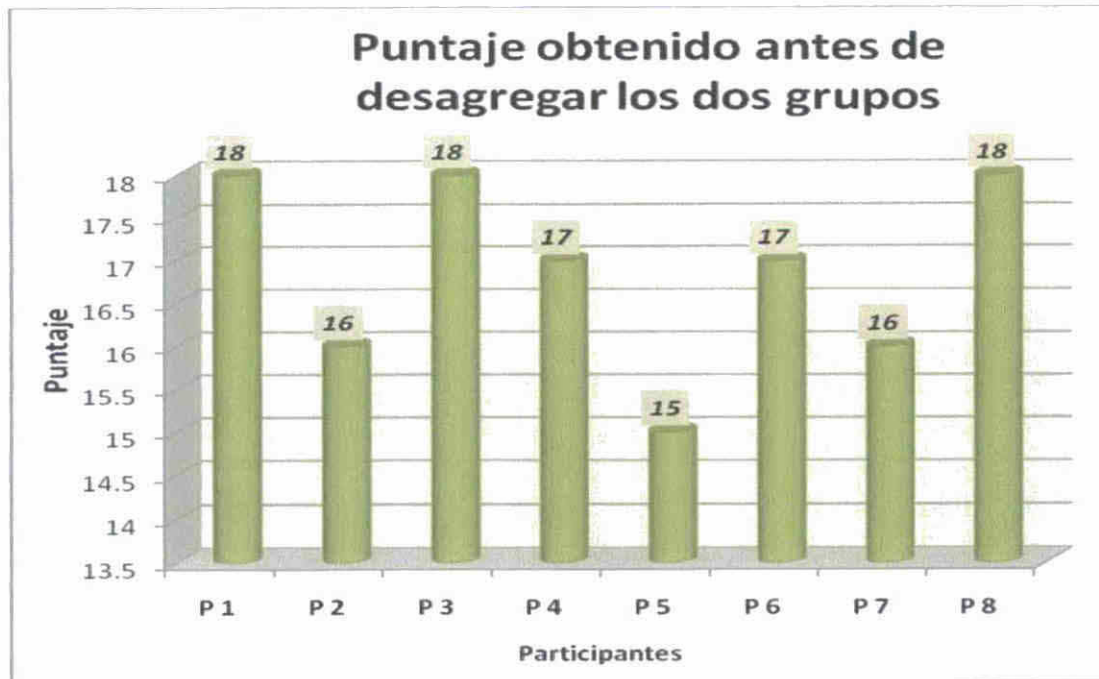
|                |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-Abuso físico | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 2-Agresión     | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 3-Violación    | + | + | + | - | - | + | + | - |

|                       |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Puntuación prueba TQ. | 18 | 16 | 18 | 17 | 15 | 17 | 16 | 18 |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|

Nota:

- + Criterio cumplido
- Criterio no cumplido

### GRÁFICA N°1



f 1 CUADRO 2

APLICACIÓN DE PRE TEST  
GRUPO EXPERIMENTAL  
PRIMERA EVALUACIÓN

| <b>Pacientes</b>                            | <b>A</b>     | <b>B</b>     | <b>C</b>     | <b>D</b>     |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Depresión</b>                            | <b>28/30</b> | <b>25/30</b> | <b>18/30</b> | <b>23/30</b> |
| <b>Autoestima</b>                           | <b>26/40</b> | <b>25/40</b> | <b>25/40</b> | <b>23/40</b> |
| <b>Inadaptación</b>                         | <b>26/30</b> | <b>25/30</b> | <b>26/30</b> | <b>26/30</b> |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>           |              |              |              |              |
| <b>1 Sobre sí mismo</b>                     | <b>14/21</b> | <b>13/21</b> | <b>14/21</b> | <b>11/21</b> |
| <b>2 Sobre el mundo</b>                     | <b>5/7</b>   | <b>6/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>5/7</b>   |
| <b>3- Autoculpabilización por el trauma</b> | <b>3/5</b>   | <b>4/5</b>   | <b>3/5</b>   | <b>5/5</b>   |

CUADRO 2

APLICACIÓN DE PRE – TEST  
GRUPO EN ESPERA O GRUPO CONTROL  
PRIMERA EVALUACIÓN

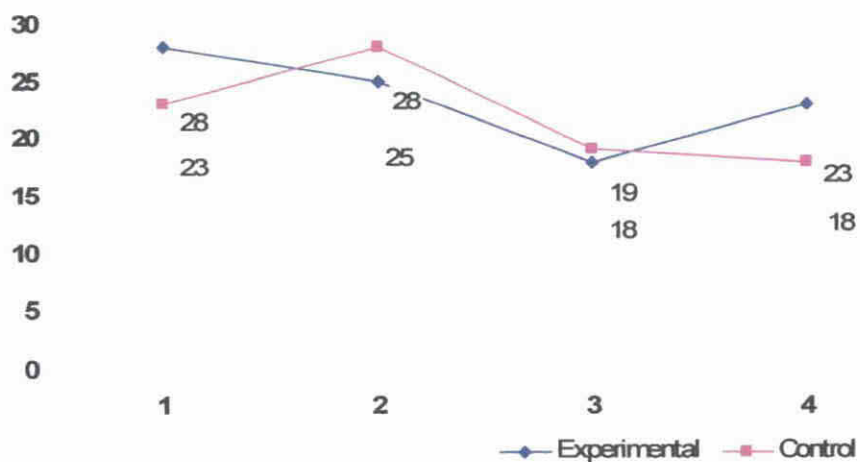
| Pacientes                            | E     | F     | G     | H     |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Depresión                            | 23/30 | 28/30 | 19/30 | 18/30 |
| Autoestima                           | 25/40 | 26/40 | 27/40 | 21/40 |
| Inadaptación                         | 27/30 | 26/30 | 25/30 | 27/30 |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>    |       |       |       |       |
| 1 Sobre si mismo                     | 15/21 | 14/21 | 16/21 | 12/21 |
| 2 Sobre el mundo                     | 5/7   | 6/7   | 5/7   | 6/7   |
| 3- Autoculpabilización por el trauma | 4/5   | 4/5   | 3/5   | 4/5   |

### CÁLCULOS CUADRO DOS, DEPRESIÓN

| Depresión | Experimental | Control |
|-----------|--------------|---------|
| 1         | 28           | 23      |
| 2         | 25           | 28      |
| 3         | 18           | 19      |
| 4         | 23           | 18      |

| <i>Estadísticas: Pre-Test para la Depresión</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|-------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                           | 23.5                | 22.0           |
| Varianza                                        | 17.7                | 20.7           |
| Observaciones                                   | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias             | 0                   |                |
| Grados de libertad                              | 6                   |                |
| Estadístico t                                   | 0.485               |                |
| P(T<=t) una cola                                | 0.323               |                |
| Valor crítico de t (una cola)                   | 1.943               |                |
| P(T<=t) dos colas                               | 0.645               |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                  | 2.447               |                |

GRÁFICA N°1. DEPRESIÓN

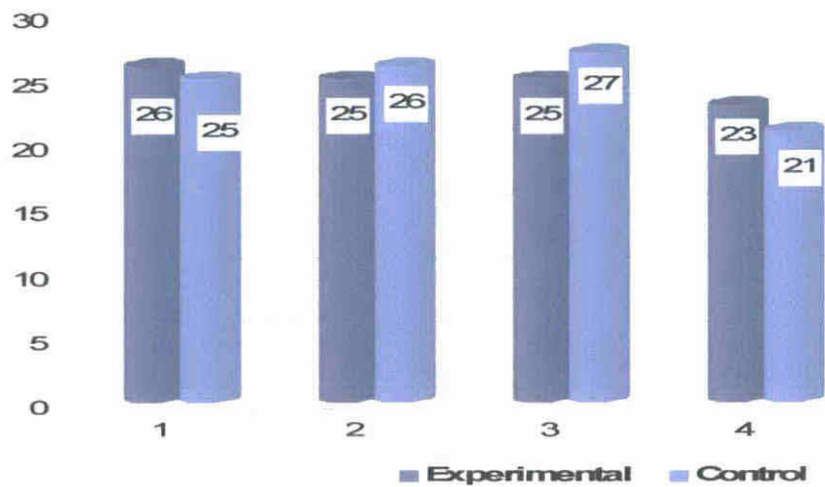


### CÁLCULOS CUADRO DOS, AUTOESTIMA

| Autoestima | Experimental | Control |
|------------|--------------|---------|
| 1          | 26           | 25      |
| 2          | 25           | 26      |
| 3          | 25           | 27      |
| 4          | 23           | 21      |

| <i>Estadísticas: Pre-Test para la Autoestima</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|--------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                            | 24.8                | 24.8           |
| Varianza                                         | 1.6                 | 6.9            |
| Observaciones                                    | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias              | 0                   |                |
| Grados de libertad                               | 4                   |                |
| Estadístico t                                    | 0                   |                |
| P(T<=t) una cola                                 | 0.5                 |                |
| Valor crítico de t (una cola)                    | 2.1                 |                |
| P(T<=t) dos colas                                | 1                   |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                   | 2.78                |                |

### GRÁFICA N°2, AUTOESTIMA

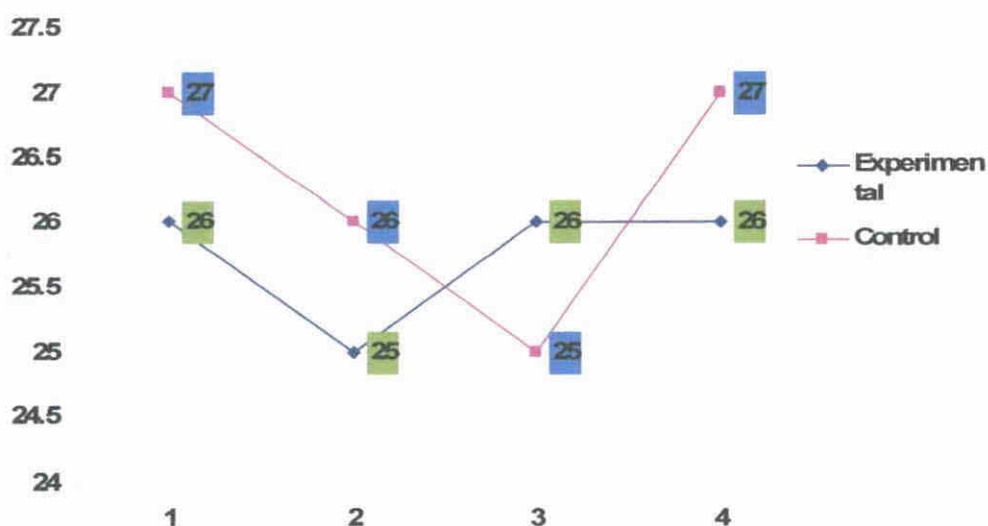


## CALCULOS CUADRO DOS, INADAPTACIÓN

| Inadaptación | Experimental | Control |
|--------------|--------------|---------|
| 1            | 26           | 27      |
| 2            | 25           | 26      |
| 3            | 26           | 25      |
| 4            | 26           | 27      |

| <i>Estadísticas: Pre-Test para la Inadaptación</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                              | 25.75               | 26.25          |
| Varianza                                           | 0.25                | 0.92           |
| Observaciones                                      | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                | 0                   |                |
| Grados de libertad                                 | 5                   |                |
| Estadístico t                                      | -0.93               |                |
| P(T<=t) una cola                                   | 0.20                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                      | 2.02                |                |
| P(T<=t) dos colas                                  | 0.40                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                     | -2.57               |                |

**GRÁFICA N°3, INADAPTACIÓN**

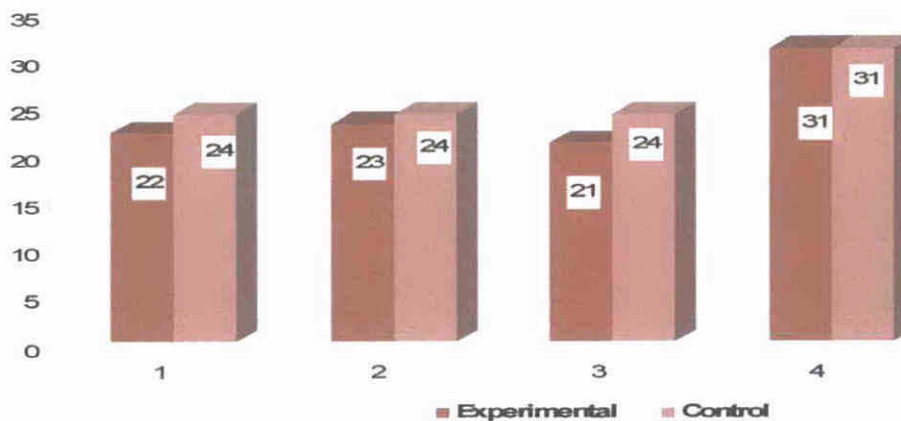


### CALCULOS CUADRO DOS, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

| Cogniciones postraumáticas: Sobre sí mismo, el mundo y autculpabilización por trauma | Experimental | Control |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1                                                                                    | 22           | 24      |
| 2                                                                                    | 23           | 24      |
| 3                                                                                    | 21           | 24      |
| 4                                                                                    | 31           | 31      |

| <i>Estadísticas: Pre-Test para las Cogniciones Postraumáticas</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                                             | 24.3                | 25.8           |
| Varianza                                                          | 20.9                | 12.3           |
| Desviación Típica                                                 | 4.6                 | 3.5            |
| Observaciones                                                     | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                               | 0                   |                |
| Grados de libertad                                                | 6                   |                |
| Estadístico t                                                     | -0.52               |                |
| P(T<=t) una cola                                                  | 0.31                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                                     | 1.94                |                |
| P(T<=t) dos colas                                                 | 0.62                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                                    | -2.45               |                |

### GRÁFICA N°4 , COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS



### **f 3 Interpretación de los resultados – Pre test.**

#### **f 3 1 Primera evaluación Conclusión de cuadro dos**

##### **Grafica 1 Depresión**

Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente no existe diferencia entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a **Depresión**. Los 4 valores de Control tienen una media de 22 y una desviación típica de 4.54606 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 23.5 y una desviación típica de 4.20317. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el valor calculado de 0.485 es mayor que el valor crítico t de una cola 1.93 se acepta la  $H_0$  y se rechaza  $H_1$ .

##### **Conclusión cuadro dos**

##### **Grafica 2 Autoestima**

Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística permite aceptar la hipótesis nula

Además permite concluir que probablemente no existe diferencia entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada en relación al **Autoestima**. Los 4 valores de Control tienen una media de 24.8 y una desviación típica de 2.63 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 24.8 y una desviación típica de 1.265. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el p-valor para el t test es superior a 0.05 no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

**Conclusión cuadro dos**  
**Grafica 3 Inadaptación**

Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística permite aceptar la hipótesis nula

Además permite concluir que probablemente no existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada en relación al **Inadaptación**. Los 4 valores de Control tienen una media de 26.25 y una desviación típica de 0.96 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 25.75 y una desviación típica de 0.50. Se realiza un t-test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el p-valor para el t test es superior a 0.05 no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

## Conclusión cuadro dos

### Grafica 4 Cogniciones postraumáticas

Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente no existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada en relación a las **Cogniciones Postraumáticas sobre sí mismo, el mundo y autoculpabilización por trauma**. Los 4 valores de Control tienen una media de 24.3 y una desviación típica de 4.6 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 25.8 y una desviación típica de 3.5. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el p-valor para el t test es superior a 0.05 no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

## f4 CUADRO 3

**POST – TEST AL GRUPO EXPERIMENTAL  
UNA SEMANA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO**

| <b>Pacientes</b>                                                       | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> |
|------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Depresión                                                              | 12/30    | 10/30    | 8/30     | 10/30    |
| Autoestima                                                             | 29/40    | 27/40    | 28/40    | 29/40    |
| Inadaptación                                                           | 10/30    | 12/30    | 10/30    | 9/30     |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>                                      |          |          |          |          |
| 1 Sobre sí mismo                                                       | 3/21     | 4/21     | 4/21     | 2/21     |
| 2 Sobre el mundo                                                       | 1/7      | 1/7      | 2/7      | 1/7      |
| 3- Autoculpabilización por el trauma                                   | 2/5      | 1/5      | 2/5      | 2/5      |
| <b>Trastorno de Estrés<br/>Postraumático Índice global de<br/>DUKE</b> |          |          |          |          |
| 1 Componente intrusivo                                                 | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 2 Componente evitativo                                                 | 2/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 3- Componente hiperactivación                                          | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 4 Cambio total TEPT                                                    | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |

CUADRO 3

POST TEST AL GRUPO CONTROL O EN ESPERA  
UNA SEMANA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO  
AL GRUPO EXPERIMENTAL

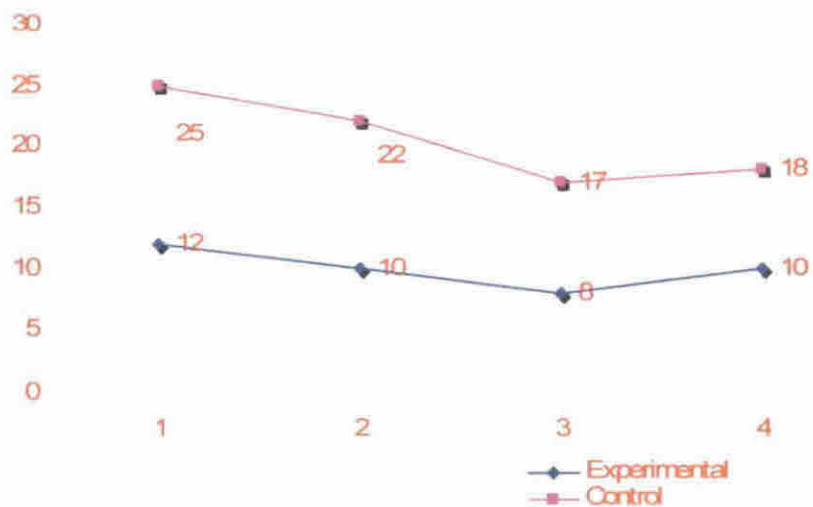
| Pacientes                                                      | E     | F     | G     | H     |
|----------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Depresión                                                      | 25/30 | 22/30 | 17/30 | 18/30 |
| Autoestima                                                     | 23/40 | 25/40 | 27/40 | 21/40 |
| Inadaptación                                                   | 25/30 | 24/30 | 23/30 | 25/30 |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>                              |       |       |       |       |
| 1 Sobre sí mismo                                               | 14/21 | 17/21 | 10/21 | 13/21 |
| 2 Sobre el mundo                                               | 6/7   | 6/7   | 5/7   | 7/7   |
| 3- Autoculpabilización por el trauma                           | 4/5   | 4/5   | 2/5   | 4/5   |
| <b>Trastorno de Estrés Postraumático Índice global de DUKE</b> |       |       |       |       |
| 1 Componente intrusivo                                         | 5/7   | 6/7   | 5/7   | 6/7   |
| 2 Componente evitativo                                         | 6/7   | 5/7   | 5/7   | 6/7   |
| 3- Componente hiperactivación                                  | 6/7   | 5/7   | 4/7   | 5/7   |
| 4- Cambio total TEPT                                           | 6/7   | 7/7   | 6/7   | 6/7   |

### CÁLCULOS CUADRO TRES, DEPRESIÓN

| Depresión | Experimental | Control |
|-----------|--------------|---------|
| 1         | 12           | 25      |
| 2         | 10           | 22      |
| 3         | 8            | 17      |
| 4         | 10           | 18      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para la Depresión</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|--------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                            | 10                  | 20.5           |
| Varianza                                         | 2.67                | 13.67          |
| Desviación Típica                                | 1.6                 | 3.7            |
| Observaciones                                    | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias              | 0                   |                |
| Grados de libertad                               | 4                   |                |
| Estadístico t                                    | -5.20               |                |
| P(T<=t) una cola                                 | 0.00                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                    | 2.13                |                |
| P(T<=t) dos colas                                | 0.01                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                   | -2.78               |                |

### GRÁFICA N°1, DEPRESIÓN

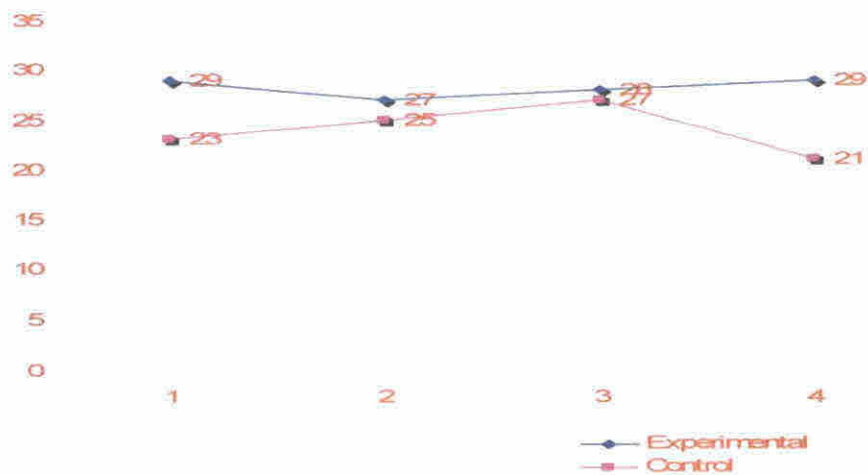


### CÁLCULOS CUADRO TRES, AUTOESTIMA

| Autoestima | Experimental | Control |
|------------|--------------|---------|
| 1          | 29           | 23      |
| 2          | 27           | 25      |
| 3          | 28           | 27      |
| 4          | 29           | 21      |

| <b>Estadísticas: Post-Test para la Autoestima</b> | <b>Experimental</b> | <b>Control</b> |
|---------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                             | 28.3                | 24.0           |
| Varianza                                          | 0.92                | 6.67           |
| Desviación Típica                                 | 1.0                 | 2.6            |
| Observaciones                                     | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias               | 0                   |                |
| Grados de libertad                                | 4                   |                |
| Estadístico t                                     | 3.09                |                |
| P(T<=t) una cola                                  | 0.02                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                     | 2.13                |                |
| P(T<=t) dos colas                                 | 0.04                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                    | 2.78                |                |

### GRÁFICA N° 2, AUTOESTIMA

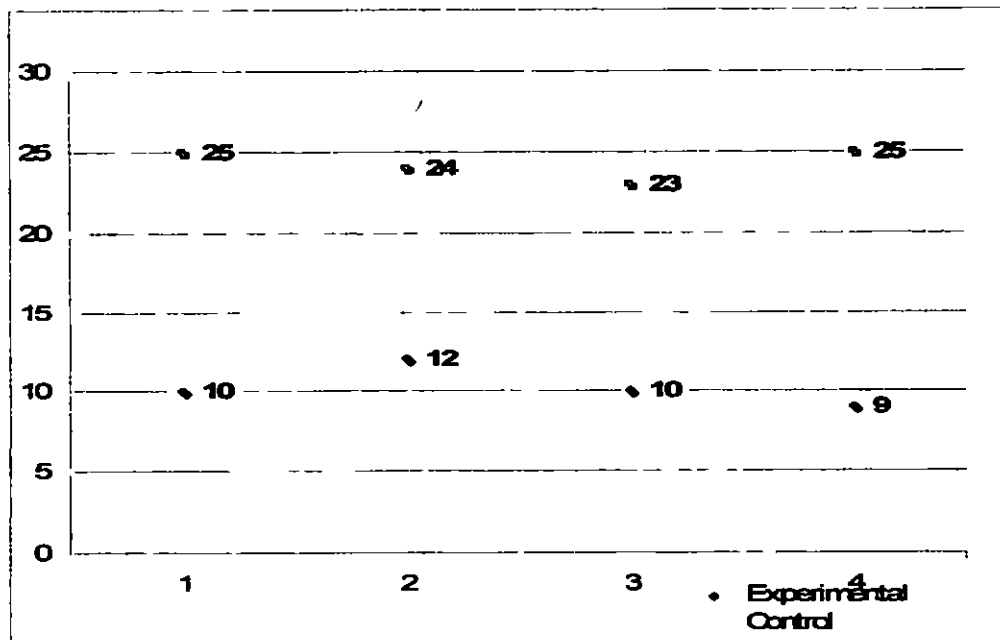


### CÁLCULOS CUADRO TRES INADAPTACIÓN

| Inadaptación | Experimental | Control |
|--------------|--------------|---------|
| 1            | 10           | 25      |
| 2            | 12           | 24      |
| 3            | 10           | 23      |
| 4            | 9            | 25      |

| <i>Estadísticas Post-Test para la Inadaptación</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                              | 10.3                | 24.3           |
| Varianza                                           | 16                  | 0.9            |
| Desviación Típica                                  | 1.3                 | 1.0            |
| Observaciones                                      | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                | 0                   |                |
| Grados de libertad                                 | 6                   |                |
| Estadístico t                                      | 17.7                |                |
| P(T<=t) una cola                                   | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (una cola)                      | 1.9                 |                |
| P(T<=t) dos colas                                  | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                     | 2.4                 |                |

### GRÁFICA N° 3 INADAPTACIÓN

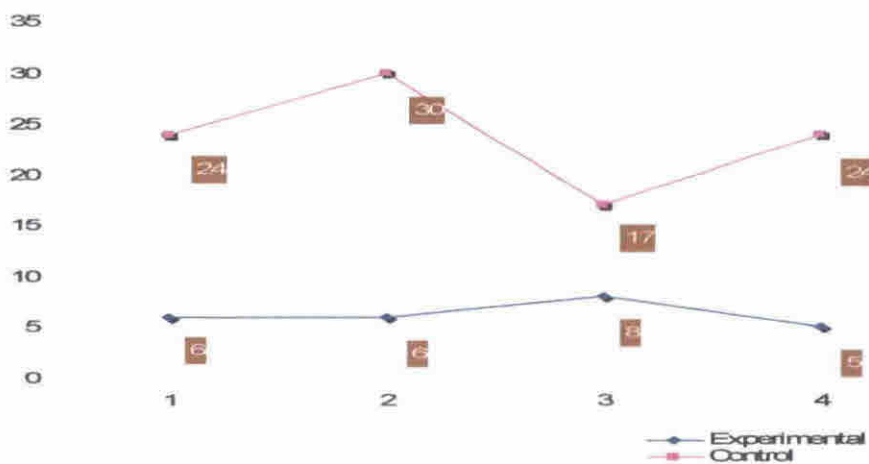


## CÁLCULOS CUADRO TRES, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

| Cogniciones postraumáticas: Sobre sí mismo, el mundo y autculpabilización por trauma | Experimental | Control |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1                                                                                    | 6            | 24      |
| 2                                                                                    | 6            | 30      |
| 3                                                                                    | 8            | 17      |
| 4                                                                                    | 5            | 24      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para Cogniciones postraumáticas</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                                          | 6.3                 | 23.8           |
| Varianza                                                       | 1.6                 | 28.3           |
| Desviación Típica                                              | 1.2                 | 6.5            |
| Observaciones                                                  | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                            | 0                   |                |
| Grados de libertad                                             | 3                   |                |
| Estadístico t                                                  | -6.41               |                |
| P(T<=t) una cola                                               | 0.00                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                                  | 2.35                |                |
| P(T<=t) dos colas                                              | 0.01                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                                 | -3.18               |                |

GRÁFICA N° 4, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

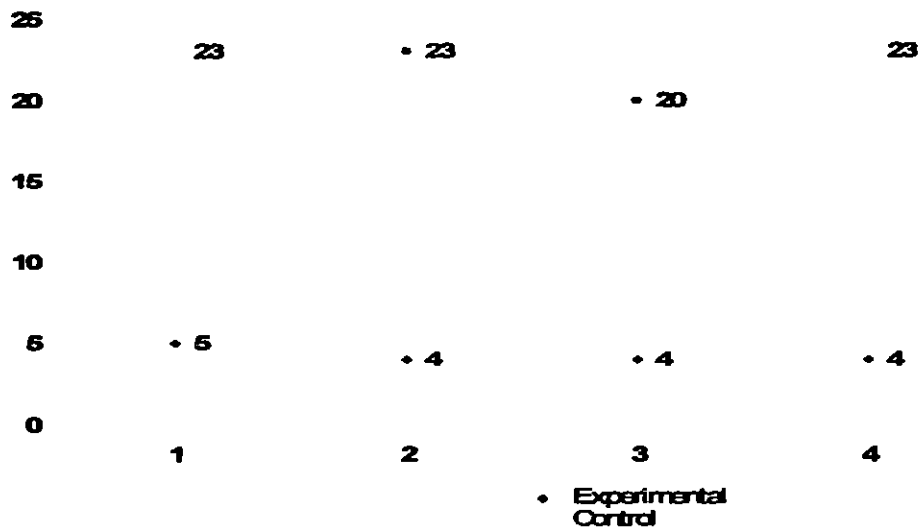


## CÁLCULOS CUADRO TRES, TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

| Trastorno de Estrés Posttraumático<br>Índice global de DUKE | Experimental | Control |
|-------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1                                                           | 5            | 23      |
| 2                                                           | 4            | 23      |
| 3                                                           | 4            | 20      |
| 4                                                           | 4            | 23      |

| <i>Estadísticas Post-Test para el Índice global de DUKE</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                                       | 4.3                 | 22.3           |
| Varianza                                                    | 0.3                 | 2.3            |
| Desviación Típica                                           | 0.6                 | 1.7            |
| Observaciones                                               | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                         | 0                   |                |
| Grados de libertad                                          | 4                   |                |
| Estadístico t                                               | 22.8                |                |
| P(T<=t) una cola                                            | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (una cola)                               | 2.1                 |                |
| P(T<=t) dos colas                                           | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                              | 2.8                 |                |

### GRÁFICA N°5 TEPT



### **f 5 Una semana después del tratamiento – post –test**

#### **Conclusión cuadro tres**

#### **Grafica 1 Depresión**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Depresión para el post- test pasada una semana. Los 4 valores de control tienen una media de 20.5 y una desviación típica de 3.7 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 10.0 y una desviación típica de 2.67. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado el valor calculado estadístico t. de -5.20 es mayor al valor crítico de t de una cola de 2.13 se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . Por lo que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

#### **Conclusión cuadro tres**

#### **Grafica 2 Autoestima**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Autoestima para el Post- Test, luego de pasada una semana. Los 4 valores de Control tienen una media de 24.0 y una desviación típica de 2.6 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 28.3 y una

desviación típica de 1.0. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el valor calculado de t es de 3.09 es mayor al valor crítico de t. de 1 cola se rechaza la H<sub>0</sub> y se acepta H<sub>1</sub>. Por lo que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

### **Conclusión cuadro tres**

#### **Grafica 3 Inadaptación**

Se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>) se acepta la hipótesis alterna (H<sub>1</sub>) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a la **Inadaptación en el Post- Test, luego de pasada una semana**. Los 4 valores de Control tienen una media de 24.3 y una desviación típica de 0.9 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 10.3 y una desviación típica de 1.6. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado el valor t. calculado de 17.7 mayor al valor crítico de t. de 1 cola de 1.9 se rechaza la H<sub>0</sub> y se acepta la H<sub>1</sub>. Por lo que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

### **Conclusión cuadro tres**

#### **Grafica 4 Cogniciones postraumáticas**

Se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>) se acepta la hipótesis alterna (H<sub>1</sub>) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los

resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a las **Cogniciones Postraumáticas en el Post Test, luego de pasada una**

**semana** Los 4 valores de Control tienen una media de 23.8 y una desviación típica de 6.5 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 6.3 y una desviación típica de 1.6. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado el valor calculado del estadístico t, ha 6.41 mayor al valor crítico de 1 cola de 2.35 se rechaza la H<sub>0</sub> y se acepta la H<sub>1</sub>. Por lo que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

### **Conclusión cuadro tres**

#### **Grafica 5 TEPT**

Se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>) se acepta la hipótesis alterna (H<sub>1</sub>) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada al **Índice global de DUKE el Post Test, luego de pasada una semana (TEPT)** Los 4 valores de Control tienen una media de 22.3 y una desviación típica de 1.7 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 4.3 y una desviación típica de 0.6. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado que el valor calculado de t, es de 22.8 mayor al valor crítico de t, de 1 cola de 2.1 se rechaza la H<sub>0</sub> y se acepta la H<sub>1</sub>. Por lo que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

f 6 CUADRO 4

POS TEST AL GRUPO EXPERIMENTAL  
UN MES DESPUÉS DE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN

| <b>Pacientes</b>                                               | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> |
|----------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Depresión                                                      | 9/30     | 6/30     | 9/30     | 9/30     |
| Autoestima                                                     | 33/40    | 26/40    | 25/40    | 29/40    |
| Inadaptación                                                   | 7/30     | 9/30     | 8/30     | 5/30     |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>                              |          |          |          |          |
| 1- Sobre sí mismo                                              | 2/21     | 2/21     | 3/21     | 2/21     |
| 2 Sobre el mundo                                               | 1/7      | 1/7      | 2/7      | 1/7      |
| 3- Autoculpabilización por el trauma                           | 2/5      | 1/5      | 2/5      | 2/5      |
| <b>Trastorno de Estrés Postraumático Índice global de DUKE</b> |          |          |          |          |
| 1 Componente intrusivo                                         | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 2 Componente evitativo                                         | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 3- Componente hiperactivación                                  | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |
| 4 Cambio total TEPT                                            | 1/7      | 1/7      | 1/7      | 1/7      |

**CUADRO 4**

**POST- TEST AL GRUPO CONTROL O EN ESPERA  
UN MES DESPUÉS DE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN  
AL GRUPO EXPERIMENTAL**

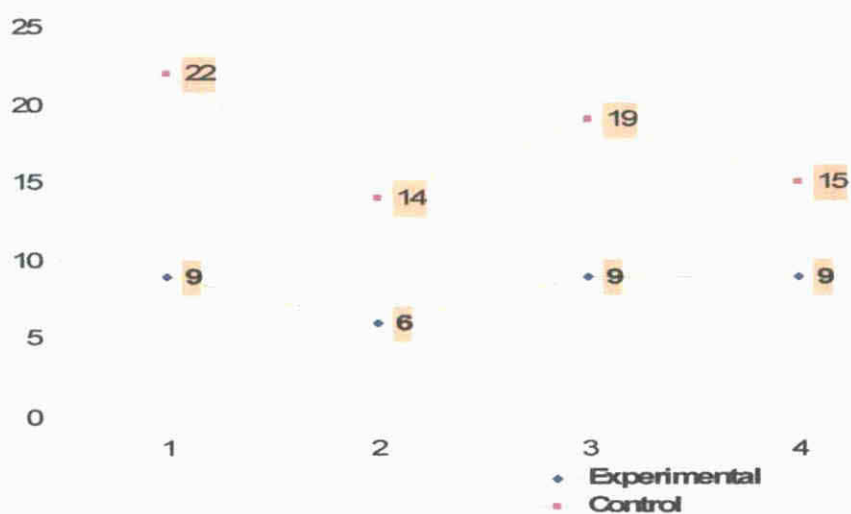
| <b>Pacientes</b>                                               | <b>E</b>     | <b>F</b>     | <b>G</b>     | <b>H</b>     |
|----------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Depresión</b>                                               | <b>22/30</b> | <b>14/30</b> | <b>19/30</b> | <b>15/30</b> |
| <b>Autoestima</b>                                              | <b>20/40</b> | <b>26/40</b> | <b>27/40</b> | <b>21/40</b> |
| <b>Inadaptación</b>                                            | <b>27/30</b> | <b>18/30</b> | <b>23/30</b> | <b>28/30</b> |
| <b>Cogniciones postraumáticas</b>                              |              |              |              |              |
| <b>1 Sobre sí mismo</b>                                        | <b>16/21</b> | <b>10/21</b> | <b>9/21</b>  | <b>13/21</b> |
| <b>2 Sobre el mundo</b>                                        | <b>6/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>5/7</b>   | <b>5/7</b>   |
| <b>3- Autoculpabilización por el trauma</b>                    | <b>4/5</b>   | <b>2/5</b>   | <b>2/5</b>   | <b>4/5</b>   |
| <b>Trastorno de Estrés Postraumático Índice global de DUKE</b> |              |              |              |              |
| <b>1 Componente intrusivo</b>                                  | <b>4/7</b>   | <b>3/7</b>   | <b>3/7</b>   | <b>6/7</b>   |
| <b>2 Componente evitativo</b>                                  | <b>6/7</b>   | <b>2/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>4/7</b>   |
| <b>3- Componente hiperactivación</b>                           | <b>6/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>5/7</b>   |
| <b>4- Cambio total TEPT</b>                                    | <b>5/7</b>   | <b>4/7</b>   | <b>5/7</b>   | <b>6/7</b>   |

### CÁLCULOS CUADRO CUATRO, DEPRESIÓN

| Depresión | Experimental | Control |
|-----------|--------------|---------|
| 1         | 9            | 22      |
| 2         | 6            | 14      |
| 3         | 9            | 19      |
| 4         | 9            | 15      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para la Depresión</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|--------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                            | 8.3                 | 17.5           |
| Desviación Típica                                | 1.5                 | 3.7            |
| Varianza                                         | 2.3                 | 13.7           |
| Observaciones                                    | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias              | 0                   |                |
| Grados de libertad                               | 4                   |                |
| Estadístico t                                    | -4.6                |                |
| P(T<=t) una cola                                 | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (una cola)                    | 2.1                 |                |
| P(T<=t) dos colas                                | 0.0                 |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                   | -2.78               |                |

### GRÁFICA N°.1, DEPRESIÓN

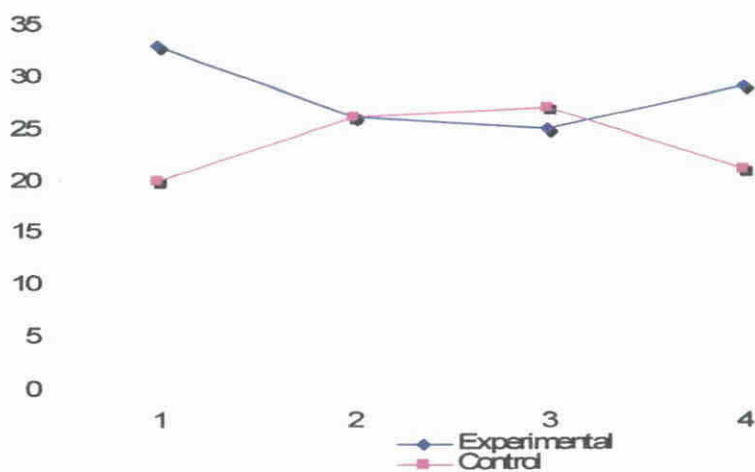


### CÁLCULOS CUADRO CUATRO, AUTOESTIMA

| Autoestima | Experimental | Control |
|------------|--------------|---------|
| 1          | 33           | 20      |
| 2          | 26           | 26      |
| 3          | 25           | 27      |
| 4          | 29           | 21      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para el Autoestima</i> | Experimental | Control |
|---------------------------------------------------|--------------|---------|
| Media                                             | 28.3         | 23.5    |
| Varianza                                          | 12.9         | 12.3    |
| Desviación Típica                                 | 2.1          | 3.2     |
| Observaciones                                     | 4            | 4       |
| Diferencia hipotética de las medias               | 0            |         |
| Grados de libertad                                | 6            |         |
| Estadístico t                                     | 1.9          |         |
| P(T<=t) una cola                                  | 0.1          |         |
| Valor crítico de t (una cola)                     | 1.9          |         |
| P(T<=t) dos colas                                 | 0.1          |         |
| Valor crítico de t (dos colas)                    | 2.4          |         |

GRÁFICA N°.2, AUTOESTIMA

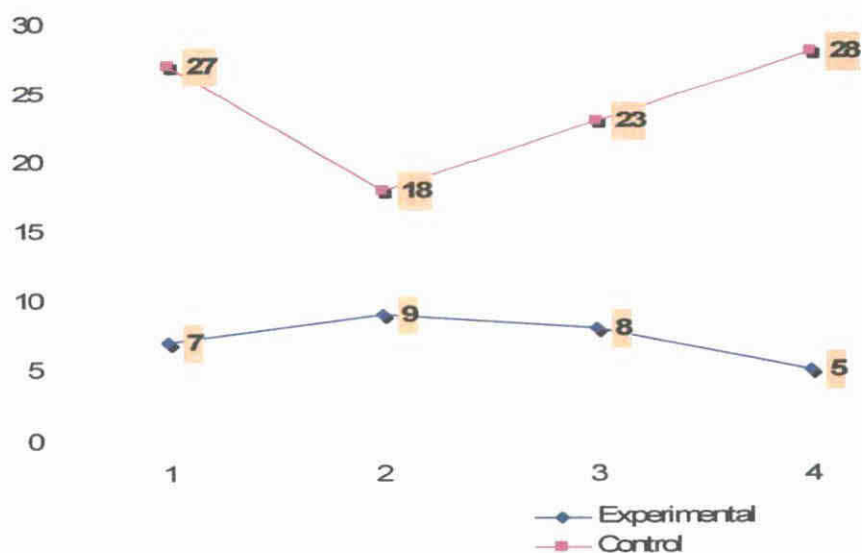


### CÁLCULOS CUADRO CUATRO, INADAPTACIÓN

| Inadaptación | Experimental | Control |
|--------------|--------------|---------|
| 1            | 7            | 27      |
| 2            | 9            | 18      |
| 3            | 8            | 23      |
| 4            | 5            | 28      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para la Inadaptación</i> | Experimental | Control |
|-----------------------------------------------------|--------------|---------|
| Media                                               | 7.3          | 24.0    |
| Desviación Típica                                   | 1.7          | 4.5     |
| Varianza                                            | 2.9          | 20.7    |
| Observaciones                                       | 4            | 4       |
| Diferencia hipotética de las medias                 | 0            |         |
| Grados de libertad                                  | 4            |         |
| Estadístico t                                       | -6.90        |         |
| P(T<=t) una cola                                    | 0.00         |         |
| Valor crítico de t (una cola)                       | 2.13         |         |
| P(T<=t) dos colas                                   | 0.00         |         |
| Valor crítico de t (dos colas)                      | -2.78        |         |

GRÁFICA N° 3, INADAPTACIÓN

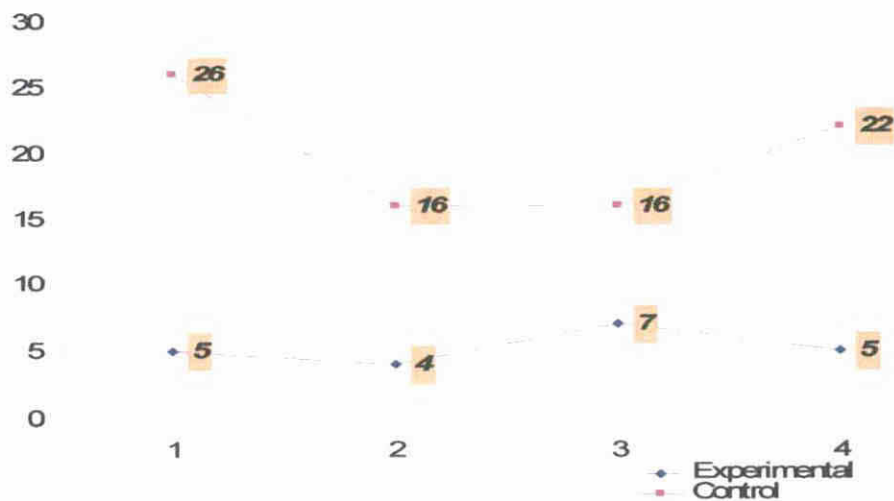


## CÁLCULOS CUADRO CUATRO, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

| Cogniciones postraumáticas: Sobre sí mismo, el mundo y autoculpabilización por trauma | Experimental | Control |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1                                                                                     | 5            | 26      |
| 2                                                                                     | 4            | 16      |
| 3                                                                                     | 7            | 16      |
| 4                                                                                     | 5            | 22      |

| <i>Estadísticas: Cogniciones postraumáticas</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|-------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                           | 5.3                 | 20.0           |
| Varianza                                        | 1.6                 | 24.0           |
| Desviación Típica                               | 1.3                 | 4.9            |
| Observaciones                                   | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias             | 0                   |                |
| Grados de libertad                              | 3                   |                |
| Estadístico t                                   | -5.83               |                |
| P(T<=t) una cola                                | 0.01                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                   | 2.35                |                |
| P(T<=t) dos colas                               | 0.01                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                  | -3.18               |                |

GRÁFICA N°4, COGNICIONES POSTRAUMATICAS

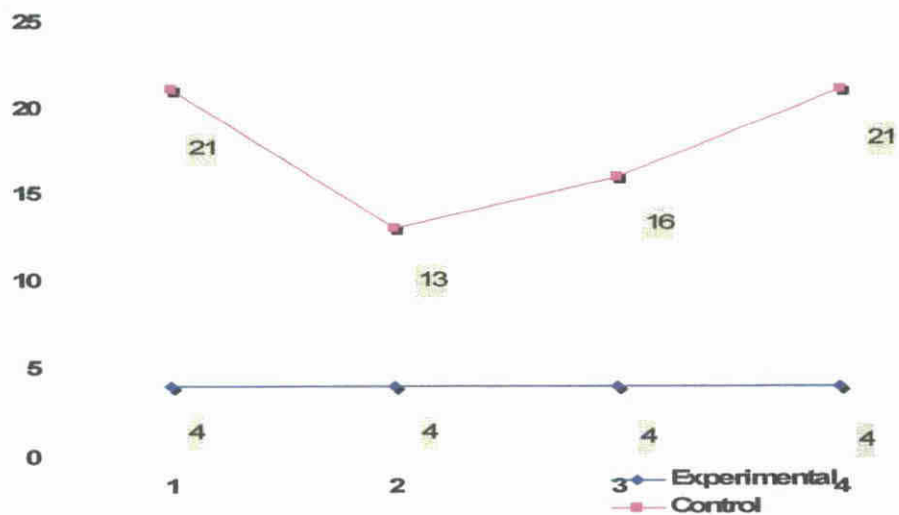


### CALCULOS CUADRO CUATRO, TEPT

| Trastorno de Estrés Postraumático.<br>Índice global de DUKE | Experimental | Control |
|-------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1                                                           | 4            | 21      |
| 2                                                           | 4            | 13      |
| 3                                                           | 4            | 16      |
| 4                                                           | 4            | 21      |

| <i>Estadísticas: Post-Test para el Índice global de DUKE</i> | <i>Experimental</i> | <i>Control</i> |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Media                                                        | 4.0                 | 17.8           |
| Desviación Típica                                            | 0.0                 | 3.9            |
| Varianza                                                     | 0.0                 | 15.6           |
| Observaciones                                                | 4                   | 4              |
| Diferencia hipotética de las medias                          | 0                   |                |
| Grados de libertad                                           | 3                   |                |
| Estadístico t                                                | -6.97               |                |
| P(T<=t) una cola                                             | 0.00                |                |
| Valor crítico de t (una cola)                                | 2.35                |                |
| P(T<=t) dos colas                                            | 0.01                |                |
| Valor crítico de t (dos colas)                               | -3.18               |                |

GRÁFICA N°5, TEPT



## **f 7 Un mes después de la última evaluación del tratamiento**

### **Conclusión cuadro cuatro**

#### **Grafica 1 Depresión**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Depresión para el post test un mes después. Los 4 valores de Control tienen una media de 17.5 y una desviación típica de 3.7 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 8.3 y una desviación típica de 1.5. Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras. Dado el valor calculado a t de 4.6 mayor al valor crítico t. de una cola de 2.1 se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . Por lo que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación.

### **Conclusión cuadro cuatro**

#### **Gráfica 2 Autoestima**

Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística permite aceptar la hipótesis nula. Además permite concluir que probablemente no existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Autoestima para el post- test un mes después. Los 4 valores de Control tienen una media de 23.5 y una desviación típica de 3.2 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 28.3 y una desviación típica de 2.1. Se realiza un t test para

comparar las medias de las dos muestras Dado el valor calculado de  $t$  de 1.9 mayor que el valor crítico de  $t$  de una cola de 1.9 se acepta la  $H_0$  y se rechaza  $H_1$  Por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación

#### **Conclusión cuadro cuatro**

##### **Grafica 3 Inadaptación**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Inadaptación para el post test un mes después Los 4 valores de Control tienen una media de 24.0 y una desviación típica de 4.5 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 7.3 y una desviación típica de 1.7 Se realiza un  $t$  test para comparar las medias de las dos muestras Dado que el valor calculado de  $t$  6.90 es mayor que el valor crítico de  $t$  de una cola de 2.13 se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  Por lo que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación

#### **Conclusión cuadro cuatro**

##### **Grafico 4 Cogniciones postraumáticas**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada a Cogniciones Postraumáticas para el post- test un mes después Los 4 valores de Control tienen una media de 20.0 y una desviación típica de 4.9 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 5.3 y una desviación típica de 1.3 Se

realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras Dado que el valor calculado de t. de 5.83 es mayor al valor crítico de una cola de 2.35 se rechaza H0 y se acepta H1 Por lo que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación

### **Conclusión cuadro cuatro**

#### **Grafico 5 TEPT**

Se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>) se acepta la hipótesis alterna (H<sub>1</sub>) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

La evidencia estadística no permite aceptar la hipótesis nula Además permite concluir que probablemente existe diferencia significativa entre los resultados de los puntajes promedios en los casos del grupo experimental y el grupo control en la prueba aplicada al Índice Global de DUKE para el post test un mes después (TEPT) Los 4 valores de Control tienen una media de 17.8 y una desviación típica de 3.9 mientras que los 4 valores de Experimental tienen una media de 4.0 y una desviación típica de 0.0 Se realiza un t test para comparar las medias de las dos muestras Dado que el valor calculado de t. es de -6.97 mayor al valor crítico de t. de 1 cola se rechaza la H0 y se acepta H1 Por lo que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias al 5% de nivel de significación

El cuadro uno arroja los resultados de los pacientes seleccionados según el Cuestionario Para Experiencias Traumáticas (TQ) Aquí se percibe gráficamente cual es la situación del trastorno en cada paciente ya que esta escala se evalúa sobre 20

El cuadro dos muestra estadísticamente la situación de cada paciente del grupo experimental y del grupo control o en espera antes de que el grupo experimental recibiese el tratamiento Se puede percibir que no hay diferencia significativa entre la hipótesis nula y la hipótesis alterna Se acepta la hipótesis nula como desafiante para la aplicación del tratamiento

El cuadro tres muestra estadísticamente la evaluación hecha al grupo experimental y al grupo control o en espera una semana después de aplicado el tratamiento al grupo experimental. Se puede percibir los efectos del tratamiento pues se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna dando por ello a entender que una semana después de haber sido aplicado el tratamiento el resultado ha sido positivo y de superación para los pacientes del grupo experimental.

El cuadro cuatro muestra estadísticamente la evaluación hecha al grupo experimental y al grupo control o en espera un mes después de la última evaluación. Aquí las cosas han variado a nivel de hipótesis ya que el estadístico acepta la hipótesis nula y rechaza la hipótesis alterna a nivel de la variable autoestima. Observando bien los datos que proporciona la Escala de Autoestima de Rosenberg se puede ver que se evalúa sobre 40 y a mayor número mayor autoestima por lo que tanto en el grupo experimental como en el grupo control o en espera la autoestima no se percibe a nivel tan bajo. Solo que con el tratamiento en la evaluación que se hizo una semana después el grupo experimental había mejorado su autoestima en relación al grupo control. Lo que pasa en la última evaluación es que el grupo experimental sube su puntuación en el paciente 1, lo bajó un mínimo en el 2, 3 y en el 4 lo mantiene. El grupo control o en espera baja en el paciente 1, sube un mínimo en el paciente 2 y se mantiene en el paciente 3 y 4 en relación a la evaluación que se hizo en la primera semana después que se había aplicado el tratamiento.

Esta decisión estadística de aceptación de la hipótesis nula a nivel de autoestima muestra como la intromisión de variables extrañas pueden hacer cambiar un estado anímico en un momento y este puede influir en a la hora de dar una respuesta. Variables extrañas que por ser una investigación cuasi-experimental escapan al estricto control.

Lo cierto es que a nivel global tanto el gráfico 5 del cuadro 3 como el gráfico 5 del cuadro 4 donde se mide el cambio total del Trastorno de Estrés Postraumático corroboran la efectividad del tratamiento con la técnica EMDR a pacientes víctimas de la violencia doméstica por Estrés Postraumático. Por lo tanto hay evidencia suficiente por la cual se sustenta la efectividad del tratamiento por ello se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

## CONCLUSIONES

La violencia doméstica es un mal que se agrava en los últimos años dejando secuelas que repercuten a nivel personal familiar y social como es el caso del Trastorno de Estrés Postraumático. Por ello este trabajo investigativo más que buscar datos se adentró en la problemática desde una propuesta terapéutica en este caso al género femenino ya que es por ahora el más afectado tanto a nivel nacional como internacional en la categoría de víctimas de la violencia.

La propuesta terapéutica EMDR que fue la utilizada en este trabajo es una ayuda a la reconstrucción de la personalidad que se ha visto detenida por el Trastorno de Estrés Postraumático donde puedo decir y así lo demuestran las estadísticas se percibe cierto cambio y mejoría. El tema está en que muchas veces la persona afectada en este caso las mujeres con las que se trabajó tienen condiciones sociales tan desfavorables como falta de vivienda baja escolaridad falta de ingresos y una serie de factores que las mantienen vulnerables y hacen difícil la estabilidad de una superación.

La propuesta terapéutica EMDR a nivel grupal parece no dejar claro la sostenibilidad de la autoestima manifestada estadísticamente en los cuadros 3 gráfico 2 y en los cuadros 4 gráfico 2. Si se observa detalladamente la fluctuación se da en unos pacientes que suben y otros que bajan situación que hace ver lo difícil que es medir los estados emocionales porque a una prueba se responde desde el estado de ánimo con que de amanezca más en pacientes que todavía viven en condiciones sociales totalmente desfavorables.

Reconstruir la autoestima y lograr cierta sostenibilidad de seguro que requiere mucho más de cuatro sesiones de terapia que fue las que fueron empleadas en el tratamiento.

En general los resultados de la investigación son alentadores para continuar aplicando la técnica EMDR en pacientes con Estrés Postraumáticos por violencia doméstica flagelo que necesita de propuestas alternativas para salir de él.

## RECOMENDACIONES

- 1 **Aplicar el tratamiento EMDR como terapia de grupo para comparar los resultados con los resultados obtenidos en esta investigación que fue comparación de grupo pero con terapia individualizada**
- 2 **Hacer la comparación paciente por paciente del grupo experimental y ver estadísticamente de acuerdo a la historia clínica cual ha tenido mejor evolución con el tratamiento para hacer un planteamiento investigativo en base a la repetición o semejanzas de variables que desde la historia clínica favorecen y desfavorecen el tratamiento**
- 3 **Aplicar el tratamiento a otras víctimas de la violencia doméstica que padezcan el Trastorno de Estrés Postraumático como varones adolescentes tanto femeninos como masculinos y comparar con este estudio para ver en que población muestra ser más eficaz el tratamiento**
- 4 **En vista que hubo fluctuaciones en la variable autoestima es necesario un mayor control de las variables extrañas es decir contacto de la víctima con el agresor o con cualquier otra situación que sea desfavorable**
- 5 **Trabajar EMDR con familias que no necesariamente padezcan problemas de violencia pero sí de experiencias negativas y que llevan al conjunto o a uno de sus miembros a vivir inadaptado con baja autoestima con depresión o toda una sintomatología que no permite la realización de la sana convivencia**
- 6 **Alargar el tratamiento de acuerdo a la historia clínica de cada paciente ya que aunque todos padezcan de Estrés Postraumático por violencia doméstica la historia clínica tiene canales muy diferentes**

## BIBLIOGRAFÍA

ALCALE SÁNCHEZ M El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar Valencia Año 2000

AZCARATE MENGUAL MARIA ANTONIA "Trastorno de Estrés Postraumático daño cerebral secundario a la violencia" Año 2007

ARAZI DIANA Y OTROS EMDRÍA Latinoamericana Trauma y EMDR un abordaje terapéutico Año 2004

BERNARDEZ A "Violencia de género y sociedad una cuestión de poder" Recopilación de ponencias de la Universidad de Verano de El Escorial Año 2001

CASAGRANDE C La mujer custodiada en historia de las mujeres La edad media Madrid Año 1992

CORSI J "Violencia masculina en la pareja Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención" Paidós Buenos Aires Año 1995

DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) Año 2005 tercera reimpresión

ECHEBURUA Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer un estudio descriptivo, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica vol 2 1997

EDELSON J "Violencia doméstica, la mujer golpeada y la familia" Granica Buenos Aires 1997

GARCIA B JULIO Y OTROS Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica Año 2003

GONZALEZ CLARA IV informe nacional Situación de la mujer en Panamá, Ministerio De Desarrollo Social Año 2000-2007

GRAND DAVID Curación emocional a máxima velocidad El poder de EMDR Buenos Aires 2006

GROSMAN P CECILIA "Violencia En La Familia Aspectos Sociales Psicológicos y Jurídicos" Buenos Aires 1992

IZQUIERDO M J Cuando los amores matan Ediciones Libertarias  
Barcelona Año 2000

JACOBSON N Hombres que agraden a sus mujeres Paidós Barcelona Año  
2001

KAZDIN ALAN E Métodos de Investigación en Psicología Clínica Tercera  
Edición Prentice Hall México 2001

LORENTE ACOSTA M Mi mando me pega la normal Agresión a la mujer  
realidades y mitos Edit Ares y Mares Barcelona Año 2001

LABRADOR FRANCISO JAVIER Y OTROS Mujeres víctimas de la violencia  
Programa de actuación Manuales Prácticas de Tratamiento Ediciones Pirámide  
Madrid 2004

MARTIN ESPINO J "Violencia sobre la mujer en el grupo familiar" Colex  
Madrid Año 1999

OCHOTORENA J "Trastorno por estrés postraumático Ed Siglo XXI Año 1995

PEREZ DEL CAMPO NORIEGA ANA MARÍA Una cuestión incomprendida el  
maltrato de la mujer" Año 1995

PSIQUIATRIA COM 2002 El conflicto internalizado y trastorno por estrés  
postraumático

SHAPIRO FRANCINE EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por medio  
de movimientos oculares) Año 2004

SHAPIRO FRANCINE Manual de entrenamiento y manual clínico primera y  
segunda parte Año 2004

Revista Electrónica de PortalesMedicos com Revista indexada en LATINDEX  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América  
Latina el Caribe España y Portugal en los apartados de Medicina y Enfermería

## DIRECCIONES DE EMDR EN INTERNET

1- Página mantenida por Hope Morrow con información del EPT y de EMDR  
[http / home earthlink net/ hopeful/ trauma htm](http://home.earthlink.net/~hopefull/trauma.htm)

2- Página mantenida por David Baldwin con información de ETP y EMDR  
[http //www trauma -pages Com/](http://www.trauma-pages.com/)

3-Página mantenida por Mark Grant con información de EMDR y el tratamiento del dolor crónico  
[http//www ozemail com au/-markgra](http://www.ozemail.com.au/~markgra)

4- [www emdr com](http://www.emdr.com) secciones Efficacy/ Research y trauuma Research

5- [http //es wikipedia org/wiki/EMDR](http://es.wikipedia.org/wiki/EMDR)

# **ANEXOS**

**ANEXO**  
**1**  
**HISTORIAS CLÍNICAS**

## **HISTORIAS CLINICAS GRUPO EXPERIMENTAL**

### **Paciente A 1**

Edad 33 años

Estado Civil Casada

Hijos Dos hijos

Profesión Profesora de español

Trabajo Profesora de español en un colegio secundario

Religión Católica

La paciente A procede de una familia a la que ella denomina muy unida donde de niña y adolescente siempre vivió un ambiente agradable y afectivo. Estando de estudiante en la universidad conoce al que luego sería su esposo, queda embarazada y deciden vivir juntos. Después de un tiempo de estar juntos él se va haciendo extremadamente celoso, le grita, la maltrata físicamente y la desvalora dándose así un continuo maltrato verbal.

A principio del año 2009 las cosas empeoran, él la vive amenazando de muerte, la golpea, la insulta, ella pone la denuncia que terminó en una fianza de distanciamiento, pero él la sigue acechando y persiguiendo. Ella cuenta que esta situación la ha llevado a no tener amigos/as, es una mujer solitaria, ella casi no se conoce así misma, en comparación con la mujer alegre que era. Cuenta que si ella llegaba a la casa conversando y cariñosa, le acusaba que estaba así para cubrirse porque venía de estar con otro, si ella no conversaba mucho era

porque estaba pensando en el otro. Ella se siente con mucho miedo, siente que su autoestima está por el piso, le han pasado ideas suicidas por la cabeza, pues se siente fracasada y que no vale para nada, pues él la sigue llamando por teléfono y le grita vulgaridades.

La paciente A ha sufrido maltrato físico, agresión, violación, de los cuales mantiene vivos recuerdos que la llevan a vivir con mucho miedo, espanto, vergüenza, dice tener pesadillas, nerviosismo, problemas de concentración, sudoración, temblor, imágenes recurrentes del suceso, evita hacer algo que le recuerde el suceso. También manifiesta malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerden un aspecto del acontecimiento, percibe su futuro limitado, pues piensa no formar una familia nunca más, se siente desapegada e incapaz de amar. También dice tener sobresaltos y momentos de desconexión de la realidad. Con esto su situación laboral se ha visto afectada y sus relaciones sociales, ya que se queda todo el tiempo que puede sin salir de su casa.

En la actualidad, la paciente vive en casa con su madre, con sus dos hijos, guarda buen recuerdo del padre, quien murió, y cuenta con el apoyo de sus tíos y de su única hermana.

La paciente es capaz de responder a técnicas de autocontrol y relajación, cuenta con buena red de apoyo social, no está embarazada, sufre de asma, siente que ha tenido logros en la vida, pues hizo su carrera y estando de estudiante, ganó un concurso sobre promoción de lectura y eso la llevó a viajar fuera del país. Hace el esfuerzo de jugar con sus hijos, les lee cuentos de aventuras, ven televisión juntos y juega con ellos al béisbol.

La paciente tiene por ritual rezar siempre todas las mañanas, el salmo 27 y 91, en cuanto a su salud física, no presenta dificultades cardíacas, neurológicas, ni abuso de ninguna sustancia, no padece de epilepsia ni de problema en los ojos. Si alguna vez de ideas suicidas y olvidos significativos. Está disponible para la sesión de 90 minutos.

En el ciclo de la violencia en su fase reconciliatoria ella ve como ganancia secundarias las salidas él era muy atento los invitaba a comer fuera a ella sus hijos y su madre La paciente algunas veces siente que oye la voz de él siente mucha tensión en su cuerpo y muchas veces ve las cosas como si fueran un sueño No toma medicamentos por el momento

La paciente no ha sido atendida psicológica ni psiquiátricamente en ninguna ocasión

### Primera sesión del paciente A 1

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar seguro</b>                 | La casa de sus padres hay alegría tranquilidad y estabilidad Lo siente en su pecho Hay sonidos de pájaros y pericos olor suave a vainilla La temperatura es fresca son las 10 de la mañana y todo es amarillo azul y verde<br>Palabras que lo definen confianza y fortaleza                      |
| <b>Metáfora</b>                     | La del tren                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Blanco del evento traumático</b> | Llega a la casa un poco tarde está su esposo se quita la correa alza la mano para pegarle se quita la zapatilla le pega su hijo en medio llorando pidiendo a su padre que no lo haga ella ve a su hijo llorando ella está hincada el se quita la segunda zapatilla y le pega mientras la insulta |
| <b>Cogniciones negativas</b>        | Soy impotente despreciable débil merezco morir soy malvada                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Cogniciones positivas</b>        | Merezco ser amada escuchada comprendida ser feliz ser protegida                                                                                                                                                                                                                                  |

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| <b>Emoción</b>                | Tristeza melancolía   |
| <b>Escala VOC</b>             | Creencias positivas   |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 1 _____ 2 _____ 7     |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 1 _____ 6 _____ 7     |
| <b>Escala SUDS</b>            | Nivel de perturbación |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 0 _____ 8 _____ 10    |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 0 _____ 1 _____ 10    |

Ante la pregunta ¿Qué te impide llegar a cero en la escala de perturbación? La paciente contestó que le venía otra escena traumática a la cabeza. Por motivo de tiempo se usó la metáfora del baul donde el paciente deja en un baul con candado en el consultorio del terapeuta el nuevo blanco para trabajarla en la próxima sesión.

### **Segunda sesión paciente A 1**

La paciente A había dejado en el baul el nuevo foco a trabajar. Al regreso dice no ver eso que surgió en aquel momento como problema ya lo mira y siente que no le afecta. Por lo que decide trabajar otro blanco. Después de repasar la primera sesión en las fases de 1 a 7.

En el repaso de la sesión la paciente manifestó sentirse bien por lo que el nivel de perturbación bajó a cero y las creencias positivas subieron a 7 pues la paciente ha empezado como futuro a plantearse una nueva carrera y se siente con optimismo porque a pesar de sus sufrimientos se ha dado cuenta que ha sido capaz de tener logros.

|                                     |                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanco del evento traumático</b> | La paciente llega a su casa unos minutos tarde porque una actividad en la escuela donde ella trabajaba se retrasó. En su casa su pareja se va |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | alterando porque cree que ella estaba con otro hombre ella mira a su hijo su hijo se mete tratando de calmarlo él les amenaza sale hacia a la cocina para coger un cuchillo ella sale corriendo con su hijo y su madre por una calle Recuerda aquella calle la cual no ha quendo recorrer jamás Esa noche tuvo que dormir fuera de casa Recuerda como su corazón palpitaba |
| <b>Cogniciones negativas</b>  | Soy mentirosa hice algo malo soy culpable no debí haberme quedado soy incomprendida                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Cogniciones positivas</b>  | Merezco ser escuchada merezco vivir hice lo mejor que pude soy fuerte                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Emoción</b>                | Enojo rabia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Escala VOC</b>             | Creencias positivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Inicio de tratamiento</i>  | 1_2_____7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Final de tratamiento</i>   | 1_____7_7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Escala SUDS</b>            | Nivel de perturbacion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 0_____8_____10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 0_0_____10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Concluida la sesión la paciente se plantea como tarea recorrer el camino que nunca ha recorrido para ver que emociones se despiertan en su caminar

### **Tercera sesión paciente A 1**

Se inició con el repaso de la cesión desde el punto 1 al 7 La paciente manifestó haber hecho el camino que se habia propuesto como tarea para observar sus emociones Dijo haber recordado pero haberse sentido tranquila

Se hicieron dos cesiones de movimiento ocular para acentuar más sus cogniciones positivas

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanco del evento traumático</b> | La paciente está en la parada de bus cuando oye una voz detrás de ella Esta voz la asocia a la voz del ex marido en un momento en que le grita Siente como su cuerpo se eriza y se pone pesado tiene la sensación como si estuviera llenándose de alergia |
| <b>Cogniciones negativas</b>        | Estoy dañada para siempre no confío en mi misma                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cogniciones positivas</b>        | Merezco sentirme mejor soy valiosa merezco estar tranquila                                                                                                                                                                                                |
| <b>Emoción</b>                      | Tristeza rabia                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Escala VOC</b>                   | Creencias positivas                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Inicio de tratamiento</i>        | 1_2_____7                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Final del tratamiento</i>        | 1_____7_7                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Escala SUDS</b>                  | Nivel de perturbación                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Inicio del tratamiento</i>       | 0_____8_____10                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Final del tratamiento</i>        | 0_0_____10                                                                                                                                                                                                                                                |

**Cuarta sesión paciente A 1**

Se inició con el repaso de la sesión anterior desde el punto 1 hasta el 7 para reforzar las cogniciones positivas. La paciente manifestó sentirse satisfecha.

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Blanco del evento traumático</b></p>                                                                                                                                                 | <p>La paciente tiene pesadillas recurrentes en la que oye que el teléfono suena ella se pone a temblar luego aparece la imagen de un hombre con un cuchillo la tira al suelo y ella despierta muy asustada y llorando</p> |
| <p><b>Cogniciones negativas</b></p>                                                                                                                                                        | <p>Soy un fracaso soy irrecuperable soy alguien que nadie quiere</p>                                                                                                                                                      |
| <p><b>Cogniciones positivas</b></p>                                                                                                                                                        | <p>Merezco dormir en paz soy capaz de salir de esto merezco sanarme</p>                                                                                                                                                   |
| <p><b>Emociones</b></p>                                                                                                                                                                    | <p>Enojo odio tristeza</p>                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>Escala VOC</b><br/> <i>Inicio del tratamiento</i><br/> <i>Final del tratamiento</i><br/> <b>Escala SUDS</b><br/> <i>Inicio del tratamiento</i><br/> <i>Final del tratamiento</i></p> | <p>Creencias positivas<br/> 1__2_____7<br/> 1_____7__7<br/> Nivel de perturbación<br/> 0_____9__10<br/> 0_0_____10</p>                                                                                                    |

## **Paciente B 2**

Edad 35 años

Estado civil Soltera

Hijos 5 Hijos

Profesión Estudia la Licenciatura en Educación Primaria

Trabaja Secretaria en un Colegio

Religión Evangélica

A los 15 años de edad se une a quien fuera su primer marido y tienen dos hijos Este y su familia la maltrataron física y verbalmente Le quitaron los dos niños que hasta el día de hoy ella no los ha vuelto a ver Uno tiene 19 años y la otra 15 La razón por los que se los quitaron fue por las condiciones en que estaban Ella no tenía trabajo era joven no tenía donde vivir y se sentía sin ningún apoyo

Cuando tenía 21 años de edad la paciente se une nuevamente a otro señor tienen una hija este le da buen trato pero viven en una situación de extrema pobreza él trabajaba pero no quería salir del sitio donde estaban Ella decidió separarse La niña se quedó con él pero mantienen buenas relaciones

En el año 1997 conoce a otro señor con quien formaliza una relación que ha durado 11 años Con este señor tiene dos hijos el primero él casi negaba que fuera hijo suyo empezó una situación de celos y maltrato denigración insultos quería que viviera encerrada que no se relacionara con nadie ella empezó a hacerle caso en algunas cosas empezó a vivir una vida de tensión que se le hacía insoportable El la abandona cuando la segunda niña tenía 2 años él se va con otra pues le hace saber que ella no sirve para nada

Ella estudia termina su sexto año ingresa a la universidad el se opone la persigue hasta la universidad la ceba la insulta lo hizo en la universidad donde le gritó palabras obscenas como zorra y puta La ha maltratado físicamente con golpes en todas las partes del cuerpo que no son visibles

haciéndoles grandes hematomas Ella tiene mucho miedo ha tenido que mentirle por miedo El la amenaza de muerte y la acusa de maltrato a los niños le dice basura que ella debe tratarlo como un príncipe pues el ha sido una salvación para ella El la llama gorda y nunca la presentaba a sus amistades la llama al trabajo sólo para insultarla Le obliga a tener relaciones sexuales donde ella se siente abusada

La paciente B cuenta que a los 17 años intentaron abusarla y que la salvó un señor Esto ella nunca lo ha podido olvidar

De niña recibió maltrato de su madrastra fue ingresada al hogar Malambo porque su padre por trabajar no las podía cuidar

A los 23 años tuvo intento de suicidio debido a los maltratos que recibía Tuvo ingresada recibió atención psiquiátrica por depresión y luego tuvo en terapia situación que le ayudó mucho

En estos momentos está separada y vive alquilada con sus dos hijos en una casa

La paciente está en capacidad de empezar con el tratamiento pues esta disponible para los 90 minutos de la sesión No sufre de epilepsias no presenta malestar en la vista ni daño cerebral neurológico y cardiaco Tampoco esta embarazada ni consume anfetaminas ni cocaína La paciente tiene como experiencias de éxito el haber culminado sus estudios secundarios y el estar estudiando en la universidad

Ultimamente ha sentido que la llaman por su nombre muchas veces siente que hay una sombra a su lado duerme con la luz encendida muchas pesadillas sueños se siente más chica que grande Sueña que la persiguen para matarla tiene sueños donde ve que las cosas pasan como en una película Tiene problemas de concentración se siente nerviosa y asustada los problemas le producen imágenes recurrentes y dolorosas y recuerdos recurrentes de los sucesos de maltrato Los recuerdos le producen ansiedad tristeza enfado irritabilidad y temor

Tiene la experiencia que cuando se ve en el espejo hay otra persona que la mira y le habla diciéndole que ella tiene la culpa de lo que está pasando. No presenta ideas suicidas.

La red de apoyo social la tiene en hogar malambo en una hermana y su padre.

**Primera sesión paciente B 2**

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar seguro</b>                                     | Es un lugar lejano hay una casa una habitación hay gallinas hay un olor a hierba recién cortada sopla una brisa fuerte son como las tres de la tarde hace fresco y todo es color crema y rosa. Palabras que lo definen Paz y tranquilidad. |
| <b>Metáfora</b>                                         | La de la nube                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Blanco de evento traumático</b><br><b>Fotografía</b> | Hay un camino oscuro un hombre la agarra la tira sobre el suelo empieza a reírse y a gritarle está sobre ella tratando de arrancarle la ropa ella gnta llega otra persona le quita al hombre de encima ella no para de llorar.             |
| <b>Cognición negativa</b>                               | No puedo confiar en nadie soy débil.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Cognición positiva</b>                               | Hice lo mejor que pude soy fuerte.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Emoción</b>                                          | Decepción tristeza.                                                                                                                                                                                                                        |

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| <b>Escala VOC</b>             | Creencias positivas   |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 1 _____ 3 _____ 7     |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 1 _____ 7_7           |
| <b>Escala SUDS</b>            | Nivel de perturbación |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 0 _____ 7 _____ 10    |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 0_0 _____ 10          |

La paciente hizo un buen proceso aunque si fue necesario trabajar con la metáfora pues empezó a llorar sintió como su frente se turbaba El uso de la metáfora permitio continuar con el tratamiento

### **Segunda sesión paciente B 2**

Se dio inicio con un repaso de la primera sesión desde el punto 1 hasta el 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                           |                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanco del evento</b>  | La paciente cada vez que entra al cuarto y la luz está apagada le viene a la memoria la imagen de cuando su marido entró al cuarto apagó la luz la tiró sobre el suelo la abuso sexualmente le rompió la nariz y le gritaba degenerada |
| <b>Cognición negativa</b> | No merezco vivir soy tan desgraciada soy débil                                                                                                                                                                                         |
| <b>Cognición positiva</b> | Soy buena puedo luchar puedo salir adelante                                                                                                                                                                                            |
| <b>Emoción</b>            | Tristeza odio                                                                                                                                                                                                                          |

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| <b>Escala VOC</b>             | Creencias positivas   |
| <i>Inicio del tratamiento</i> | 1_1_____7             |
| <i>Final del tratamiento</i>  | 1_____6_7             |
| <b>Escala SUDS</b>            | Nivel de perturbación |
| <i>Inicio de tratamiento</i>  | 0_____9_10            |
| <i>Final de tratamiento</i>   | 0_1_____10            |

La paciente no llegó a cero en la escala SUDS Porque dice esperar llegar a la casa para ver realmente si el llegar y encontrarse el cuarto a oscuras le produce realmente lo mismo Es válida la propuesta

### **Tercera sesión paciente B 2**

Se empezó con un repaso de la sesión anterior desde el punto 1 hasta el punto 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                             |                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanco del evento</b>    | La paciente tiene pesadillas casi siempre donde ve ha un hombre con un cuchillo que la busca para matarla Ella despierta siempre llorando y muy cansada y alterada siente que su corazón palpita muy veloz |
| <b>Cogniciones negativa</b> | Soy un caso perdido soy poco valiosa soy un desastre                                                                                                                                                       |
| <b>Cognación positiva</b>   | Todo terminó estoy a salvo merezco vivir puedo cuidarme                                                                                                                                                    |
| <b>Emociones</b>            | Temor Pánico Inquietud                                                                                                                                                                                     |

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Escala VOC</b>            | Creencias positivas   |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 1__3_____7            |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 1_____7_7             |
| <b>Escala SUDS</b>           | Nivel de perturbación |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 0_____8__10           |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 0__2_____10           |

La paciente no bajó a cero porque teníamos que esperar una semana para ver si en la realidad las pesadillas disminuían. Era necesario dejarlo allí.

#### **Cuarta sesión paciente B 2**

Se inició con un repaso de la sesión anterior desde el punto 1 hasta el 7. La paciente dice haber bajado a cero porque tomaba pastillas para dormir y las había dejado, pues las pesadillas desaparecieron.

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanco del evento</b>     | La paciente llega al trabajo si encuentra a su jefa en la oficina antes que ella empieza con sudoraciones en las manos su cuerpo se eriza dice que tartamudea cuando saluda y recuerda una vez que llegó a su casa el marido estaba en la sala se levantó le arrancó la ropa la echó afuera desnuda |
| <b>Cogniciones negativa</b>  | Estoy dañada para toda la vida soy un fracaso                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Cogniciones positivas</b> | Lo puedo manejar puedo tener control soy segura                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Emociones</b>             | Amenaza temor ansiedad                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Escala VOC</b>            | Creencias positivas   |
| <i>Inició de tratamiento</i> | 1__2_____7            |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 1_____6_7             |
| <b>Escala SUDS</b>           | Nivel de perturbación |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 0_____9_10            |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 0__1_____10           |

La paciente no llegó a cero en la Escala SUDS porque dice que necesitaba ir a la realidad Propuesta válida

### **Paciente C 3**

Edad 44 años

Estado civil Casada

Hijos Dos adoptados

Profesión Instructora en cerámica y manualidades

Trabaja Instructora en un centro de promoción

Religión Evangélica

La paciente cuenta que de niña recuerda tener una buena experiencia de su padre más no de su madre pues ella dice haber sido gordita desde niña que comía bastante y que su madre por esto le pegaba mucho La paciente que es de tez morena cuenta que ella era la más oscura de su casa y que siempre se sintió rechazada por su madre cosa que ella achaca a su color

Cuando ella tenía 13 años emigra desde su provincia a vivir con una hermana que estaba casada y que vivía en la capital El esposo de la hermana era entrenador de boxeo a ella siempre le gustó el boxeo su cuñado se convirtió en su entrenador todo iba bien pero esto empezó a no gustar a su hermana y un día le tiró la ropa a la calle Quedó en la calle no conocía a nadie

no tenía a nadie quería seguir estudiando y no tenía manera Dormía en la calle comía de la basura tomaba agua en las bombas de gasolina la abusaron en la calle intentó buscar trabajo en los almacenes y la corrían la echaban de los restaurantes a los cuales iba para llevarse en una bolsa el pan que sobraba en la mesa (Cuando contaba esto lloraba mucho) Recuerda y tiene viva imagen de las veces que le echaron agua

Estando en esta situación a los 16 años de edad vuelve al gimnasio donde volvió a encontrarse con gente que conocía estos le compraron comida ropa ella volvió a sus entrenamientos pero ya sentía que esto no le gustaba aunque tuvo varias peleas por necesidad En el gimnasio a esta edad conoce a un señor de 25 años que era hermano de un boxeador este la trató bien se la llevó a vivir a su casa ella se quedó embarazada Estando embarazada una de sus hermanas la encontró y acusó al señor de abuso y violación el señor cayó preso estuvo poco tiempo Ella niega todavía que el señor abusó de ella y que la violó a lo que ella dice Todo fue mentira de mi hermana Ella perdió el bebé le dijeron que nació muerto ella nunca lo vio Salida del hospital nuevamente se vuelve a unir a su marido y es entonces cuando empieza a maltratarla Toda la familia de su marido se dedicaba a la prostitución Tiene vivo el recuerdo de cuando su suegra se le acerca y le dice que ella tiene que contribuir con algo a la casa que en esa casa todos trabajan La madre de su esposo ejercía la prostitución las hijas y otras nueras Era una especie de empresa Los maridos las llevaban iba a una provincia fuera de la capital los maridos esperaban en la esquina y ellas les llevaban el dinero Muchas veces los maridos se metían a los lugares y cobraban por adelantado Ella recuerda que empezó a ganar menos dinero del acostumbrado y que su marido la golpeaba la insultaba le ponía metas de dinero Recuerda como su marido la amarró por las piernas y la tuvo amarrada todo un día y que la abusaba cada vez que quería le disparó en una pierna le dio una puñalada donde tuvieron que operarla y le rompió el tabique de la nariz Una vez estando en una pensión ejerciendo la prostitución recuerda que un señor le dijo No voy a tener relaciones contigo tengo una hija de tu

edad y siento que eres tu Si quieres tener mucho dinero te enseñaré otra manera Esta es la manera que encuentra para dejar a su marido Se mete en el mundo de la droga lleva paquetes carga mucho dinero viaja busca a su madre ella dice que se siente querida por su familia Hoy dice que sólo quería tener dinero para sentirse querida por su madre pues esta era la única manera No estando satisfecha con este mundo de la droga quiere salir de él y se conoce con un señor y en 22 días de haberse conocido se casaron

Ella recoge un sobrino pequeño que una hermana tiene pero que no puede criar por la situación económica en la que vive También su hermana menor tiene una niña que abandona en el hospital La niña tiene VIH nadie la quería ella decide llevársela y hoy la tiene como su hija Ella habla que esos dos son sus hijos

El marido adora a sus hijos era un hombre que en principio la trataba muy bien le pidió que dejara ese mundo de la droga ella tuvo mucha confianza con él Pero luego él cambió no trabaja la maltrata le dice que ella no sirve para nada Le ha golpeado físicamente una vez

Dice haber salido el mundo del comercio de la droga le entretiene su trabajo siente que ayuda a mucha gente esta creando un grupo de trabajo manual para mujeres con VIH

Cuando cuenta esta historia la paciente llora mucho

La paciente está disponible para las sesiones de 90 minutos cada una y en el tiempo que le corresponde La paciente dice no tener epilepsia problemas cardiacos y daño cerebral alguno Tiene su red de apoyo social en malambo sus hijos y amistades religiosas A los 16 años tuvo intento de suicidio a los 18 envenenamiento con pastillas Algunos momentos tiene ideas suicidas pero sabe que no lo hará por sus hijos Hay veces como que siente que no fuera ella siente que está flotando ha oído alguna vez que la llaman por su nombre No ha sido tratada psicológicamente se le olvidan mucho las cosas consumió marihuana a 17 y 18 años Tiene sueños y pesadillas frecuentes dice ser muy

nerviosa y sufrir de mucho insomnio Hay momentos en que ve los acontecimientos de su vida como si fuera una película

No sufre de dolor en los ojos no está embarazada no consume cocaína ni anfetaminas aunque sí valeriana para poder dormir algo

La paciente como recurso interno positivo ha logrado salir adelante con su trabajo de restauradora e instructora en manualidades Cuida de sus dos hijos ayuda en una institución benéfica

Tiene como parte de su entretenimiento el coleccionar peluches

### Primera sesión paciente C-3

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar seguro</b>       | Esta sentada a la orilla del mar mirando como las olas vienen y van sopla una brisa suave siente tranquilidad en su pecho hace fresco son como las 5 00PM y todo es color azul verde La palabra que lo define es tranquilidad                                        |
| <b>Metáfora</b>           | La nube                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Foco del evento</b>    | Trae a su memoria la siguiente imagen El marido la lleva a un centro aquello estaba oscuro el marido habla con un señor y luego el marido le dice que tiene que hacer todo lo que el señor le diga Aquel día obligada a mantener relaciones con 6 hombres diferentes |
| <b>Cognición negativa</b> | No valgo nada no sirvo para nada tendría que haber hecho algo soy un fracaso                                                                                                                                                                                         |

|                              |                                                      |
|------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Cognición positiva</b>    | Merezco cosas buenas merezco ser amada merezco vivir |
| <b>Emoción</b>               | Angustia ansiedad Dolor vergüenza                    |
| <b>Escala VOC</b>            | Creencias positivas                                  |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 1_2 _____ 7                                          |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 1 _____ 7_7                                          |
| <b>Escala SUDS</b>           | Nivel de perturbación                                |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 0 _____ 9_10                                         |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 0_0 _____ 10                                         |

### Segunda sesión paciente C 3

Se dio inicio haciendo el repaso desde el punto uno hasta el punto 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                   |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco del evento traumático</b> | La paciente trae a su memoria la imagen de cómo su pareja la amarro y abusó de ella luego la golpeo y ella se ve sangrando por la nariz |
| <b>Cogniciones negativas</b>      | No valgo nada soy tonta merezco morir                                                                                                   |
| <b>Cogniciones positivas</b>      | Merezco vivir merezco cosas buenas soy valiosa                                                                                          |
| <b>Emoción</b>                    | Amenaza temor angustia                                                                                                                  |
| <b>Escala VOC</b>                 | Creencias positivas                                                                                                                     |
| <i>Inicio de tratamiento</i>      | 1_3 _____ 7                                                                                                                             |
| <i>Final de tratamiento</i>       | 1 _____ 7_7                                                                                                                             |
| <b>Escala SUDS</b>                | Nivel de perturbación                                                                                                                   |
| <i>Inicio de tratamiento</i>      | 0 _____ 9_10                                                                                                                            |
| <i>Final de tratamiento</i>       | 0_0 _____ 10                                                                                                                            |

### Tercera sesión paciente C-3

Se dio inicio a la sesión con el repaso de la sesión anterior desde el punto 1 hasta el 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco del evento traumático</b> | La paciente trae a la memoria una imagen en la que un día en el ejercicio de la prostitución no le había ido bien a nivel económico su esposo la empuja la insulta le dice que la va a matar ella corre y él le dispara en un pie |
| <b>Cogniciones negativas</b>      | Fue mi culpa estoy en peligro soy un fracaso                                                                                                                                                                                      |
| <b>Cogniciones positivas</b>      | Merezco vivir merezco cosas buenas merezco ser amada                                                                                                                                                                              |
| <b>Emoción</b>                    | Amenaza Pavor Cobardía dolor                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Escala VOC</b>                 | Creencias positivas                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Inicio de tratamiento</i>      | 1__2_____7                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Final de tratamiento</i>       | 1_____6__7                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Escala SUDS</b>                | Nivel de perturbación                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Inicio de tratamiento</i>      | 0_____8__10                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Final de tratamiento</i>       | 0_1_____10                                                                                                                                                                                                                        |

La paciente no bajó a cero en la escala SUDS porque le parece que siente cierto temor al ver u oír hablar de revolver Esto se entiende como un miedo ecológico

**Cuarta sesión paciente C-3**

Se retomó la sesión anterior desde el punto 1 hasta el punto 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Blanco del evento traumático</b></p>                                                                                                                                             | <p>La paciente trae a la memoria la imagen de su marido mirándola de arriba hacia abajo mueve la cabeza en señal de desaprobación y pega a insultarla puta perra gorda y que no sirve para nada Luego la tira y le da una patada</p> |
| <p><b>Cogniciones negativas</b></p>                                                                                                                                                    | <p>Merezco morir no tengo fuerza tendría que haber hecho algo</p>                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Cogniciones positivas</b></p>                                                                                                                                                    | <p>Si sirvo soy valiosa soy fuerte</p>                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Emociones</b></p>                                                                                                                                                                | <p>Temor humillación amargura</p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Escala VOC</b><br/> <i>Inicio de tratamiento</i><br/> <i>Final de tratamiento</i><br/> <b>Escala SUDS</b><br/> <i>Inicio de tratamiento</i><br/> <i>Final de tratamiento</i></p> | <p>Creencias positivas<br/>           1 _____ 3 _____ 7<br/>           1 _____ 7_7<br/>           Nivel de perturbación<br/>           0 _____ 7 _____ 10<br/>           0_0 _____ 10</p>                                            |

## **Paciente D**

Edad 41 años

Estado civil Soltera

Hijos Tres hijos

Profesión Ninguna Segundo año de estudios secundarios

Trabajo No trabaja

Religión Evangélica

La paciente recuerda con lágrimas en los ojos ver a su madre en la cama antes de morir. La madre los repartió ella tenía 9 años y le tocó irse con una tía. Esta tía la maltrataba la cogió de empleada para sus hijos casi no le daba tiempo de ir a la escuela. La tía le decía que no servía para nada que siempre le iba a ir mal en la vida que nunca se iba a casar que el marido que tuviera la iba a golpear. Esto la llevó a sentir odio hacia su tía a no ir a la escuela y cuando tenía 20 años se fue de la casa a vivir con una amiga. El cuñado de su amiga quiso abusar de ella. Teniendo 21 años conoce a su primera pareja. El marido empezó a celarla luego a golpearla a insultarla le dejó cicatrices que son visibles en sus brazos. Muchas veces la dejaba durmiendo por fuera la sacaba desnuda y le pegaba fuera. En esta situación quedó embarazada le llegó el tiempo de dar a luz pero le dijeron que su hijo nació muerto. Fue a reclamar el cadáver pero nunca se lo dieron (la paciente llora contando este momento). Con esta pareja la paciente tiene una hija que vive.

La paciente se separa de su primera pareja y se une a una segunda pareja cuando apenas tenía dos meses de separada. Se une a este cuenta ella por temor a volver con su primera pareja pues ella siente que no puede estar sola. Con esta pareja tiene dos hijos esta pareja intenta abusar de la niña de su primer matrimonio. Abusa de ella la golpea físicamente. Esta pareja es 6 años menor que ella. Ella decide separarse del maltratador hace tres meses.

La paciente manifiesta insomnios sueños recurrentes de estarse cayendo de un alto edificio y culebras que la persiguen. Tiene *flashbacks* siente algunas

veces que la llaman y dice que cuando oye a sus vecinos discutiendo pues sabe que el vecino golpea a su esposa ella siente que todo se revuelve dentro de ella siente odio y miedo dándose un cambio repentino en todo su cuerpo y en su actuar

La paciente está disponible para las sesiones de 90 minutos y el tiempo requerido

La paciente no es epiléptica no manifiesta ningun daño cerebral neurológico ni cardiaco no toma medicamento no consume ninguna droga no presenta dolor en los ojos Si presenta fortaleza yoica en cuanto ha luchado por sus hijos aunque tiene muy pobre recursos externos como red de apoyo social La paciente no presenta ideas ni intenciones suicidas aunque si siente pocos deseos de vivir y a veces dolores de cabezas con olvido frecuente de las cosas

La paciente nunca ha sido atendida psicológica ni psiquiátricamente

#### **Primera sesión paciente D-4**

Con la paciente hubo que construir un lugar seguro ya que sentia no tener nada Para construir el lugar seguro se exploró que le gustaría experimentar desde donde con la ayuda del terapeuta

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar seguro</b>               | A la paciente le gusta la playa entonces su lugar seguro está junto a la playa donde se encuentra sentada y escucha los sonidos de las olas del mar hace una temperatura agradable todo está calentito mira como el sol brilla al ocultase y todo se pone color naranja |
| <b>Metáfora</b>                   | La nube                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Foco del evento traumático</b> | La paciente trae a la memoria un momento cuando ella tenía 12 años la tía la mandó hacer una sopa                                                                                                                                                                       |

|                              |                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | ella no sabía bien hacerla Le echó mucha agua la sopa no quedó bien Por esto tía la cogió por el cabello la golpeo la insultó Ella se ve llorando con mucho miedo suplicándole a la tía que no le pegue más |
| <b>Cogniciones negativas</b> | No valgo para nada soy torpe soy inútil                                                                                                                                                                     |
| <b>Cogniciones positivas</b> | Hice lo mejor que pude merezco cosas buenas                                                                                                                                                                 |
| <b>Emociones</b>             | Temor desprecio ira                                                                                                                                                                                         |
| <b>Escala VOC</b>            | Creencias positivas                                                                                                                                                                                         |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 1_2_____7                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 1_____7_7                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Escala SUDS</b>           | Nivel de perturbación                                                                                                                                                                                       |
| <i>Inicio de tratamiento</i> | 0_____8_____10                                                                                                                                                                                              |
| <i>Final de tratamiento</i>  | 0_0_____10                                                                                                                                                                                                  |

#### Segunda sesión paciente D-4

Se retomo la sesión anterior desde el punto 1 hasta el 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                   |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco del evento traumático</b> | La paciente trae a la memoria un hecho en el que su primer mando llega a la casa iba tomado la agarra por el cuello le rasga la ropa la deja desnuda la insulta llamándole puta y la deja por fuera de la casa |
| <b>Cogniciones negativas</b>      | Hice algo malo soy un fracaso merezco morir                                                                                                                                                                    |
| <b>Cogniciones positivas</b>      | Merezco cosas buenas merezco vivir                                                                                                                                                                             |
| <b>Emociones</b>                  | Dolor sufrimiento miedo                                                                                                                                                                                        |
| <b>Escala VOC</b>                 | Creencias positivas                                                                                                                                                                                            |

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Inicio de tratamiento</b> | 1_2_____7             |
| <b>Final de tratamiento</b>  | 1_____7_7             |
| <b>Escala SUDS</b>           | Nivel de perturbación |
| <b>Inicio de tratamiento</b> | 0_____9_10            |
| <b>Final de tratamiento</b>  | 0_0_____10            |

### Tercera sesión paciente D-4

Se retomó la sesión anterior desde el punto 1 hasta el punto 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                   |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foco del evento traumático</b> | La paciente revive la imagen de cuando su marido la golpea con una correa con la hebilla le hace heridas y ella empieza a sangrar Todo porque la comida no estaba terminada cuando él llegó |
| <b>Cogniciones negativas</b>      | Hice algo malo soy débil no valgo nada                                                                                                                                                      |
| <b>Cogniciones positivas</b>      | Si sirvo soy valiosa                                                                                                                                                                        |
| <b>Emociones</b>                  | Desprecio Miedo soledad                                                                                                                                                                     |
| <b>Escala VOC</b>                 | Creencias positivas                                                                                                                                                                         |
| <b>Inicio de tratamiento</b>      | 1_3_____7                                                                                                                                                                                   |
| <b>Final de tratamiento</b>       | 1_____7_7                                                                                                                                                                                   |
| <b>Escala SUDS</b>                | Nivel de perturbación                                                                                                                                                                       |
| <b>Inicio de tratamiento</b>      | 0_____7_10                                                                                                                                                                                  |
| <b>Final de tratamiento</b>       | 0_0_____10                                                                                                                                                                                  |

**Cuarta sesión paciente D-4**

Se retomo la sesión anterior desde el punto 1 hasta el 7 para reforzar las cogniciones positivas

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Foco del evento traumático</b></p>                                                                                                                                               | <p>La paciente quiere trabajar una pesadilla en la que despertó llorando. Siente que alguien llega hasta su cama, ella está en un edificio, la agarra por los pies, le ata las manos y le cierra la boca, la amenaza con tirarla desde el edificio, abajo hay serpientes que son venenosas y que se revuelven con un ruido que a ella le produce escalofríos.</p> |
| <p><b>Cogniciones negativas</b></p>                                                                                                                                                    | <p>Estoy todavía en peligro, no puedo confiar en nadie, hice algo malo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Cogniciones positivas</b></p>                                                                                                                                                    | <p>Merezco vivir, merezco ser amada, puedo confiar en mí.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Emociones</b></p>                                                                                                                                                                | <p>Pánico, sufrimiento, aflicción.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Escala VOC</b><br/> <i>Inicio de tratamiento</i><br/> <i>Final de tratamiento</i><br/> <b>Escala SUDS</b><br/> <i>Inicio de tratamiento</i><br/> <i>Final de tratamiento</i></p> | <p>Creencias positivas<br/> 1_2_____7<br/> 1_____7_7<br/> Nivel de perturbación<br/> 0_____8___10<br/> 0_0_____10</p>                                                                                                                                                                                                                                             |

**ANEXO  
2  
CARTAS DE SOLICITUD**

Panamá 15 de abril de 2009

**Sor IDIAN REISS F**

Representante Legal

Hogar san José de Malambo

E S D

Respetada Hermana

Actualmente me encuentro realizando una investigación de estudios superior a nivel de Maestría en Psicología Clínica. Conocedor de la sensibilidad del trabajo que realiza la institución que usted dignamente dirige solicito respetosamente me permita colaborar ofreciendo la aplicación de un tratamiento de psicoterapia breve (técnica EMDR) que tendrá como objetivo superar los efectos del Estrés Post Traumáticos en las mujeres víctimas de la violencia doméstica.  
Esperando contar con su colaboración

  
SALVADOR BARBA G  
PSICÓLOGO





**ANEXO**  
**3**  
**CONTRATO Y PRUEBAS**

FICHA DE CONTRATO  
PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR VIOLENCIA  
DOMÉSTICA  
TECNICA EMDR

Yo \_\_\_\_\_ con cedula  
\_\_\_\_\_ denominada paciente \_\_\_\_\_ acepto libre  
y voluntariamente ser atendida por Estrés Posttraumatico por violencia  
doméstica con la Técnica EMDR por el Licenciado Salvador Barba Gómez en  
calidad de terapeuta La duración del tratamiento serán cuatro cesiones de 90  
minutos cada una con una evaluación de pre test y post test que tendra lugar  
una semana despues de concluido el tratamiento y un mes despues de la  
primera evaluación

Como paciente libre y voluntaria puedo retirarme del tratamiento en el  
momento que desee

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMATICAS (TQ)

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que estan fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podran ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrian ser sucesos que representarian una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico: amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo, la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad, ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo **NO**. Si los ha experimentado rodee con un círculo **SI** e indique que edad tenia en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuanto tiempo duro el acontecimiento (p.ej. 10 min, 8 hrs, 3 dias, 2 semanas o 4 años).

| Acontecimiento | edad                        | Duración en tiempo   |
|----------------|-----------------------------|----------------------|
|                | Cuando ocurrió<br>El suceso | Minutos, horas, etc. |

|                                                                            |  |       |
|----------------------------------------------------------------------------|--|-------|
| 1 Accidente de coche, tren o avión                                         |  | NO SI |
| 2 Accidente industrial o de trabajo                                        |  | NO SI |
| 3 Pérdida del hogar por incendio                                           |  | NO SI |
| 4 Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por inundaciones         |  | NO SI |
| 5 Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por un tornado u huracán |  | NO SI |
| 6 Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por terremoto            |  | NO SI |
| 7 Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo           |  | NO SI |
| 8 Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo             |  | NO SI |
| 9 Estar próximo a ahogarse                                                 |  | NO SI |
| 10 Abuso físico                                                            |  | NO SI |
| 11 Sufrir graves quemaduras                                                |  | NO SI |
| 12 Ser tomado como rehén                                                   |  | NO SI |
| 13 Combate                                                                 |  | NO SI |
| 14 Agresión                                                                |  | NO SI |
| 15 Violación                                                               |  | NO SI |
| 16 Incesto                                                                 |  | NO SI |
| 17 Secuestro                                                               |  | NO SI |
| 18 Otras situación (especificar)                                           |  | NO SI |

**NOTA** si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores no necesita responder las preguntas que estan a continuacion Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora

**ACONTECIMIENTO** \_\_\_\_\_

|                                                                                 |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 ¿Estaba preparado para el suceso?                                             | NO SI |
| 2 El acontecimiento ¿supuso miedo espanto vergüenza asco o disgusto para usted? |       |
| En caso afirmativo por favor subraye la/s palabra/s apropiad <sup>1</sup> s     | NO SI |
| 3 ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?                             | NO SI |
| 4 ¿Pensó que su vida estaba en peligro?                                         | NO SI |
| 5 ¿Estuvo sólo durante algun momento de esa situación?                          | NO SI |
| 6 ¿Tenia la sensación de que podia hacer algo para detener la situación?        | NO SI |
| 7 ¿Se ha sentido diferente de otras personas debido al acontecimiento?          | NO SI |
| 8 ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?                 | NO SI |
| 9 En caso negativo ¿sintio alguna vez que le gustaria hacerlo?                  | NO SI |

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado algunas personas a veces presentan sintomas desagradables Cada síntoma se describe a continuacion Por favor indique si ha nota o no alguno de ellos en cualquier momento despues del suceso

|                                                                                                                                       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema                                                                      | NO SI |
| 2 Actuar como si estuviera otra vez en la misma situacion                                                                             | NO SI |
| 3 Estar nervioso o facilmente asustado                                                                                                | NO SI |
| 4 Sentir como si tuviera que permanecer en guardia                                                                                    | NO SI |
| 5 Dificultad para dormir                                                                                                              | NO SI |
| 6 Problemas de concentracion                                                                                                          | NO SI |
| 7 Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño                                               | NO SI |
| 8 Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenian importancia para usted                                               | NO SI |
| 9 Sentirse avergonzado de estar todavia vivo tras el acontecimiento                                                                   | NO SI |
| 10 Evitar hacer algo que le recuerde el suceso                                                                                        | NO SI |
| 11 Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso                                                                         | NO SI |
| 12 Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso                                                                        | NO SI |
| 13 Los recuerdos le producen ansiedad tristeza enfado irritabilidad o temor                                                           | NO SI |
| 14 No poder recordar una parte importante del suceso                                                                                  | NO SI |
| 15 Sentir pesimismo sobre el futuro pero no lo sentia antes del suceso                                                                | NO SI |
| 16 Sentirse más irritable o facilmente molesto o tuvo ataques de enfado que no Tenía antes del suceso                                 | NO SI |
| 17 Experimentar sintomas físicos cuando se expone a un recuerdo Sudoración temblor palpitaciones náuseas respiración acelerada mareos | NO SI |
| 18 Sentirse distanciado o alejado de la gente                                                                                         | NO SI |
| ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de sintomas Causados por el acontecimiento?                                     | NO SI |
| ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?                                                       | NO SI |

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones A continuación se expresaran varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados  
Delante de cada frase marque con una cruz o un gancho la que refleje su situación actual

### 1 Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdadero sufrimiento
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no la puedo quitar

### 2 Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada esto no tiene remedio

### 3 Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona( padre madre marido esposa hijo profesional etc )
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado/a
- Veo mi vida llena de fracasos

### 4 - Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo/a
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

### 5- Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento practicamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso canalla) y despreciable
- No me siento culpable

### **6- Sentimientos de castigo**

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado/a
- No pienso que este siendo castigado/a
- Siento que me están castigando o me castigan
- Quiero que me castiguen

### **7 Odio así mismo**

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí

### **8- Autoacusación**

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

### **9- Impulsos suicidas**

- Tengo pensamientos de hacerme daño pero no llegaría hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

### **10 Periodos de llanto**

- No lloro mas de lo habitual
- Antes podía llorar ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente No puedo evitarlo
- Ahora lloro mas de lo normal

### **11 Irritabilidad**

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado/a todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

### **12 Aislamiento social**

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás ya apenas tengo sentimientos hacia ellos

**13 – Indecisión**

- Ahora estoy inseguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

**14 Imagen corporal**

- Estoy preocupado porque me veo más viejo/a y desmejorado
- Me siento feo/a y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

**15 Capacidad laboral**

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacia antes

**16- Trastornos del sueño**

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo mas de 5 horas
- No logro dormir mas de 3 o 4 horas seguidas

**17- Cansancio**

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso mas de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

**18 Pérdida de apetito**

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

**19 Pérdida de peso**

- No he perdido peso ultimamente
- He perdido mas de 2 5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7 5 kg

**20- Hipocondría**

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de como me encuentro

**21 Libido**

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído/a por el sexualmente
- No he anotado ningún cambio en mi atracción por el sexo

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Rosemberg 1965

Nombre \_\_\_\_\_

N

Terapeuta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Por favor conteste a los siguientes items poniendo un gancho o una cruz en la letra que considera tiene la respuesta correcta

- A Muy de acuerdo
- B De acuerdo
- C En desacuerdo
- D Muy en desacuerdo

|                                                                                      | A | B | C | D |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que los demas |   |   |   |   |
| 2 Estoy convencido de que tengo cualidades buenas                                    |   |   |   |   |
| 3 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la Mayoria de la gente                  |   |   |   |   |
| 4 Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a                                        |   |   |   |   |
| 5 En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a                                        |   |   |   |   |
| 6 Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a                              |   |   |   |   |
| 7 En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a                              |   |   |   |   |
| 8 Me gustaria poder sentir mas respeto por mi mismo                                  |   |   |   |   |
| 9 Hay veces que pienso que realmente soy un inutil                                   |   |   |   |   |
| 10 A veces creo que no soy buena persona                                             |   |   |   |   |

# ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Adaptada de Echeburua Corral y Fernandez Montalvo 2000)

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                     |           |      |          |       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------|-------|-----------|
| Rodee con un circulo el numero que mejor describa su situacion actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le senalan a continuacion                  |           |      |          |       |           |
| <b>TRABAJO Y/O ESTUDIOS</b>                                                                                                                                         |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado                                                          |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| <b>VIDA SOCIAL</b>                                                                                                                                                  |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada                                           |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| <b>TIEMPO LIBRE</b>                                                                                                                                                 |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mis actividades habituales en los ratos libres (salidas cenas excursiones viajes práctica deportiva, etc ) se han visto afectadas |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| <b>RELACION DE PAREJA</b>                                                                                                                                           |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada                                                      |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| <b>VIDA FAMILIAR</b>                                                                                                                                                |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mi relacion familiar en general se ha visto afectada                                                                              |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
| <b>ESCALA GLOBAL</b>                                                                                                                                                |           |      |          |       |           |
| A causa de mis problemas actuales mi vida normal en general se ha visto afectada                                                                                    |           |      |          |       |           |
| 0                                                                                                                                                                   | 1         | 2    | 3        | 4     | 5         |
| Nada                                                                                                                                                                | Casi Nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |

## INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

Foa Ehlers Clark, Tolin y Orsillo (1999)

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Marque con una x el número más representativo. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- 1 Estoy Totalmente en Desacuerdo
- 2 Estoy Muy en Desacuerdo
- 3 Estoy Levemente en Desacuerdo
- 4 Me es Indiferente
- 5 Estoy Levemente de Acuerdo
- 6 Estoy Muy de Acuerdo
- 7 Estoy Totalmente de Acuerdo

|                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 No confío en que hare las cosas bien                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 Soy una persona débil                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 No sere capaz de controlar mi ira y hare algo terrible                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 No puedo controlar ni siquiera la más minima molestia o enojo                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 No se puede confiar en las personas                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 Tengo que estar alerta todo el tiempo                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 Me siento muerta interiormente                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 No puedes saber quién te hará daño                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 Soy una persona incompetente                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 No sere capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 Si pienso en el suceso no sere capaz de controlarlo                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 El suceso me ocurrio por la clase de persona que soy                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

|                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 El mundo es un lugar peligroso                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 Permanentemente he cambiado a peor                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 Me siento como un objeto no como una persona                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 Otras personas no hubieran caído en esta situación                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 No puedo confiar en otras personas                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 Me siento apartada y aislada de otros                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 No tengo futuro                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26 No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27 Las personas no son lo que parecen                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28 Mi vida ha sido destrozada por el trauma                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29 Como persona hay algo equivocado en mí                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30 Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una Perdedora                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31 Algo en mí hace que las cosas me sucedan                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32 No sere capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso y caeré en el aislamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33 Me siento como si no me conociera nada en absoluto                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34 Nunca puedes saber cuando sucedera algo horrible                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35 No puedo confiar en mí misma                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36 Nunca más puede sucederme nada bueno                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Traducción de Paulina Paz Ríos con González y Francisco Javier Labrador Encinas  
 Inventario modificado para ser utilizado con población femenina

## ÍNDICE GLOBAL DE DUKE PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Estime el cambio en cada componente del TEPT del paciente ¿En qué medida ha variado su TEPT comparado con la situación del paciente al comienzo del tratamiento?

Marque el numero apropiado en cada ítem

- 1 Muchísimo mejor
- 2 Mucho mejor
- 3 Algo mejor
- 4 Sin cambio
- 5 Algo peor
- 6 Mucho peor
- 7 Muchísimo peor

|                                                                                                                                     |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Componente intrusivo</b><br>(sueños pesadillas pensamientos recuerdos<br>imágenes reviviscencias molestias por los<br>Recuerdos) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>Componente evitativo/paralizante</b><br>(Pensamientos situaciones retracción<br>distanciamiento paralización amnesia)            | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>Componente de hiperactivación</b><br>(respuesta de sobresalto estar en el límite<br>concentración sueño irritabilidad)           | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>Cambio total en el TEPT</b>                                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 |

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**IMAGEN** ¿Que imagen **representa esa experiencia** difícil? o Cual imagen representa **la peor parte** de esa experiencia? Si *no hay imagen* ¿Que surge cuando piensas en ese incidente?

**CREENCIA NEGATIVA** Cuando traes a la memoria esa imagen de esa experiencia perturbadora ¿Que piensas **sobre ti misma AHORA** en **sentido negativo** ver lista de Creencias

**CREENCIA POSITIVA** Cuando trae a la memoria esa imagen ¿Que quisieras creer sobre ti misma AHORA en sentido positivo?

VOC En una escala del 1 al 7 donde 1 SE SIENTE completamente falso y 7 completamente verdadero **AL RECORDAR la IMAGEN** cuan **verdadera SIENTES** ahora esas palabras positivas (C+) \_\_\_\_\_

VOC 1 2 3 4 5 6 7

EMOCIONES Cuando aparece en su mente esa experiencia perturbadora y las palabras negativas (C-) \_\_\_\_\_ Que **emoción** sientes AHORA? **E** \_\_\_\_\_

**SUDS** En una escala del 0 – 10 donde 0 es ningun malestar/molestia y 10 lo maximo que puedes sentir ¿cuanto **MALESTAR** sientes AHORA?

SUD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LOCALIZACION ¿En donde sientes esa molestia en su cuerpo?

**DESENSIBILIZACIÓN** Vuelve a esa **Imagen** y la **C-** \_\_\_\_\_ Nota esa **E** \_\_\_\_\_ y donde la sientes \_\_\_\_\_ Ahora sigue mis dedos sigue los sonidos o nota los taps

RESPIRA ¿que surge? Que notas? Que viene? Bien sigue observando (M O)

Si hay una **ABREACCION** Eso es son cosas del pasado Deja que surja lo que tiene que surgir RESPIRA ¿que surge?

Bien sigue observando Sigue mis dedos deja que surja lo q tiene que surgir  
RESPIRA ¿que surge? Que nota? Que viene?

Bien **Volvamos a la IMAGEN inicial**, a la **Creencia (-)** y a esa **Emocion** o malestar En una escala de SUD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Bien sigue mis dedos deja que surja lo que tenga que surgir RESPIRA ¿que notas?  
Que observaste? Que surge?

Muy Bien Seguimos con eso (M O ) Ahora RESPIRA ¿que surge? Que observas?

Bien **Volvamos a la IMAGEN inicial** SUD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Bien seguimos RESPIRA ¿que surge? Que notas? Que viene?

SUD final 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Que te impide llegar a 0? en la mente todo es posible Hablale que te gustaria decirle? Que te contestaria hoy? Puedes perdonar?

**INSTALACIÓN** Todavia son valida las palabras C+ \_\_\_\_\_ Quieres agregar otras?  
Bien **Fijándote en esa experiencia inicial y en las palabras (C+)** \_\_\_\_\_ En una escala de 1 7  
cuan verdadera SIENTES esas palabras ahora?

VOC 1 2 3 4 5 6 7

Bien sigue con esa frase VOC final 1 2 3 4 5 6 7 Vamos a fortalecerlo!

**CHEQUEO CORPORAL** Ahora **cierra los ojos**, centrate en la **IMAGEN** y en la **Creencia POSITIVA+** \_\_\_\_\_ examina todo tu cuerpo Dime en donde sientes algo

Bien desensibilizar o Reforzar S+ Vuelve a cerrar tus ojos sientes esa sensacion?

**VISUALIZACIÓN del FUTURO** Me gustarja que te imaginaras como la persona que quieres ser En un Estado Ideal sintiendote C+ visualizate alegre capaz seguro feliz manejando situaciones de la mejor manera Como es esa imagen?

**7 CIERRE** El reprocesamiento que hemos realizado hoy puede continuar en la semana Puedes describir pensamientos recuerdos sueños Recuerda tu Lugar Seguro

**8 SEGUIMIENTO** Bueno como te fue nuevos recuerdos? Sensaciones? La **E** era en la escala de 0 – 10 donde esta esa Perturbacion ahora? Bien quieres trabajar en eso? Recuerdas tus palabras (C ) que piensas de eso? Y como esta tu cuerpo? Mira yo note que cuando procesabamos surgio quieres trabajar en eso? Recuerdas la senal de pare?

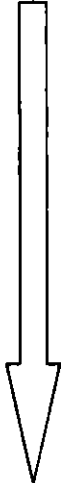


**ANEXO**  
**4**  
**TRABAJO EN CASA**  
**FICHA DE REPASO**

BITÁCORA DE REGISTRO  
TAREA PARA LA CASA

Se da a cada paciente una ficha de trabajo para la casa y un CD con musica de relajación

| Registro      | Día |
|---------------|-----|
| Disparador    |     |
| Imagen        |     |
| Creencia      |     |
| Emoción       |     |
| Sensación     |     |
| Acción        |     |
| Salud         |     |
| Interpersonal |     |

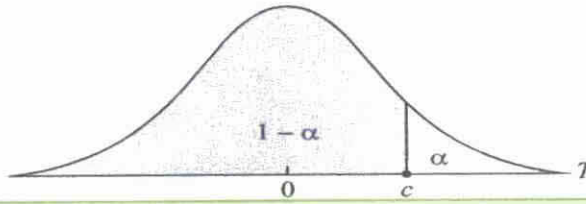
**FICHA DE TRABAJO  
DESPUÉS DE CADA SESIÓN  
REPASO DE LAS FASES 1 A 7**

| <b>PASADO</b>                                                                                         | <b>PRESENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FUTURO</b>                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                                                            |                       |
| <p>Nuevos recuerdos que surgen</p> <p>Anotar los peores recuerdos</p> <p>Revisar la última sesión</p> | <p>¿Datos disociativos?</p> <p>¿Incongruencias?</p> <p>¿Otros trastornos?</p> <p>Ver si existen bloqueos emocionales</p> <p>¿Resistencias?</p> <p>¿Ganancias secundarias?</p> <p>¿Choques sistémicos?</p> <p>Cambios de conductas</p> <p>Otros síntomas</p> | <p>Averiguar si el objetivo terapéutico se ha modificado</p> <p>El cliente expresa su futuro deseado</p> |

**ANEXO  
5  
MATERIAL ESTADÍSTICO**

**TABLA DE LA DISTRIBUCION t-Student**

La tabla da áreas  $1 - \alpha$  y valores  $c = t_{1-\alpha, r}$ , donde,  $P[T \leq c] = 1 - \alpha$ , y donde  $T$  tiene distribución t-Student con  $r$  grados de libertad., para una cola para dos colas es  $\alpha/2$



| r   | 1 - alpha |       |       |       |       |        |        |        |
|-----|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
|     | 0.75      | 0.80  | 0.85  | 0.90  | 0.95  | 0.975  | 0.99   | 0.995  |
| 1   | 1.000     | 1.376 | 1.963 | 3.078 | 6.314 | 12.706 | 31.821 | 63.657 |
| 2   | 0.816     | 1.061 | 1.386 | 1.886 | 2.920 | 4.303  | 6.965  | 9.925  |
| 3   | 0.765     | 0.978 | 1.250 | 1.638 | 2.353 | 3.182  | 4.541  | 5.841  |
| 4   | 0.741     | 0.941 | 1.190 | 1.533 | 2.132 | 2.776  | 3.747  | 4.604  |
| 5   | 0.727     | 0.920 | 1.156 | 1.476 | 2.015 | 2.571  | 3.365  | 4.032  |
| 6   | 0.718     | 0.906 | 1.134 | 1.440 | 1.943 | 2.447  | 3.143  | 3.707  |
| 7   | 0.711     | 0.896 | 1.119 | 1.415 | 1.895 | 2.365  | 2.998  | 3.499  |
| 8   | 0.706     | 0.889 | 1.108 | 1.397 | 1.860 | 2.306  | 2.896  | 3.355  |
| 9   | 0.703     | 0.883 | 1.100 | 1.383 | 1.833 | 2.262  | 2.821  | 3.250  |
| 10  | 0.700     | 0.879 | 1.093 | 1.372 | 1.812 | 2.228  | 2.764  | 3.169  |
| 11  | 0.697     | 0.876 | 1.088 | 1.363 | 1.796 | 2.201  | 2.718  | 3.106  |
| 12  | 0.695     | 0.873 | 1.083 | 1.356 | 1.782 | 2.179  | 2.681  | 3.055  |
| 13  | 0.694     | 0.870 | 1.079 | 1.350 | 1.771 | 2.160  | 2.650  | 3.012  |
| 14  | 0.692     | 0.868 | 1.076 | 1.345 | 1.761 | 2.145  | 2.624  | 2.977  |
| 15  | 0.691     | 0.866 | 1.074 | 1.341 | 1.753 | 2.131  | 2.602  | 2.947  |
| 16  | 0.690     | 0.865 | 1.071 | 1.337 | 1.746 | 2.120  | 2.583  | 2.921  |
| 17  | 0.689     | 0.863 | 1.069 | 1.333 | 1.740 | 2.110  | 2.567  | 2.898  |
| 18  | 0.688     | 0.862 | 1.067 | 1.330 | 1.734 | 2.101  | 2.552  | 2.878  |
| 19  | 0.688     | 0.861 | 1.066 | 1.328 | 1.729 | 2.093  | 2.539  | 2.861  |
| 20  | 0.687     | 0.860 | 1.064 | 1.325 | 1.725 | 2.086  | 2.528  | 2.845  |
| 21  | 0.686     | 0.859 | 1.063 | 1.323 | 1.721 | 2.080  | 2.518  | 2.831  |
| 22  | 0.686     | 0.858 | 1.061 | 1.321 | 1.717 | 2.074  | 2.508  | 2.819  |
| 23  | 0.685     | 0.858 | 1.060 | 1.319 | 1.714 | 2.069  | 2.500  | 2.807  |
| 24  | 0.685     | 0.857 | 1.059 | 1.318 | 1.711 | 2.064  | 2.492  | 2.797  |
| 25  | 0.684     | 0.856 | 1.058 | 1.316 | 1.708 | 2.060  | 2.485  | 2.787  |
| 26  | 0.684     | 0.856 | 1.058 | 1.315 | 1.706 | 2.056  | 2.479  | 2.779  |
| 27  | 0.684     | 0.855 | 1.057 | 1.314 | 1.703 | 2.052  | 2.473  | 2.771  |
| 28  | 0.683     | 0.855 | 1.056 | 1.313 | 1.701 | 2.048  | 2.467  | 2.763  |
| 29  | 0.683     | 0.854 | 1.055 | 1.311 | 1.699 | 2.045  | 2.462  | 2.756  |
| 30  | 0.683     | 0.854 | 1.055 | 1.310 | 1.697 | 2.042  | 2.457  | 2.750  |
| 40  | 0.681     | 0.851 | 1.050 | 1.303 | 1.684 | 2.021  | 2.423  | 2.704  |
| 60  | 0.679     | 0.848 | 1.046 | 1.296 | 1.671 | 2.000  | 2.390  | 2.660  |
| 120 | 0.677     | 0.845 | 1.041 | 1.289 | 1.658 | 1.980  | 2.358  | 2.617  |
| ∞   | 0.674     | 0.842 | 1.036 | 1.282 | 1.645 | 1.960  | 2.326  | 2.576  |