



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL EFECTO DE LA ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA SOBRE LA
TEMPERATURA PERIFÉRICA BILATERAL COMO INDICADOR DE
VULNERABILIDAD AL ESTRÉS EN MUJERES QUE VIVIERON VIOLENCIA
FAMILIAR

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
JOVITA GARDUÑO ACEVES

DIRECTOR: DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO
REVISORA: MTRA. IRMA ZALDIVAR MARTÍNEZ
DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ
DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. ROZZANA SANCHEZ ARAGON

MÉXICO, D.F. 2012

PROYECTO PAPIIT IN305508-3





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres: Ofelia y Lázaro

Por su amor incondicional, por guiarme y aconsejarme para poder ser cada vez una mejor persona, por cuidarme y estar pendiente siempre de mí, por inculcarme valores y disciplina, por enseñarme a ser una guerrera y luchar por lo que quiero. Gracias por el gran ejemplo que representan para mí.

A mis hermanos: Jesús, Lázaro, Faby y Lalo

Por el apoyo y amor incondicional que me han brindado a lo largo de la vida.

A mis sobrinos: Albert, Kary, Roqui y Arturo

Por sus sonrisas y momentos divertidos

A Marcos Raúl, por compartir conmigo este proceso, por su apoyo, paciencia, solidaridad, por ser parte importante en mi vida, pero principalmente por darme su amor y amistad.

A mis amig@s: Ana Lilia, Elida, Ely Tapia, Ely Vázquez, Chio, Cris, Icela, Inés, Romy, Yeny, Emmanuel, Fabián, Isra, Marco, Miguel y Roberto

Por crecer juntos, por todas las experiencias compartidas, por su cariño y por ser mi familia adoptiva.

A Ingrid por su amistad, tiempo, dedicación y enseñanzas académicas a lo largo de este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por mi formación y por ser mi casa.

A la Fundación Vive 100% Mujer, A.C., en especial al Refugio Armonía por su colaboración para llevar a cabo esta investigación.

A las mujeres que participaron en este estudio, sin las cuales hubiera sido imposible lograrlo. Por darme la confianza para entrar en sus vidas y aprender sobre ellas.

Al Dr. Benjamín, por ser un pilar importante en mi formación académica y por sus conocimientos compartidos a lo largo de la realización de esta tesis.

A la Mtra. Irma, por su profesionalismo, apoyo y valiosas enseñanzas a lo largo de este proceso.

Al Dr. Carlos por sus invaluable aportaciones en este estudio.

Al Dr. Ariel, por sus relevantes observaciones en este trabajo.

A la Dra. Rozzana por sus comentarios y sugerencias.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
1. Violencia Familiar	6
I. Violencia y Cultura	6
II. Definición de violencia	9
III. Uso de los servicios de salud	13
IV. Repercusiones económicas de la violencia	13
V. Repercusiones en los hijos	14
VI. Magnitud del problema en México	16
VII. Violencia contra las mujeres	19
VIII. Tipos de violencia	21
IX. Impacto de la violencia en la salud física y mental	23
2. Tratamiento Psicológico	27
3. Temperatura periférica bilateral	43
I. Vulnerabilidad al estrés	45
4. Enfoque cognitivo-conductual	47
5. Escritura Emocional Autorreflexiva	48
6. Método	56
7. Resultados	76
8. Discusión	86
9. Consideraciones finales	93
10. Alcances y limitaciones	95
Referencias	97
Anexos	

RESUMEN

El propósito del estudio fue poner a prueba el impacto de la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre los cambios en la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés en 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar. Se trabajó con una muestra de seis mujeres que en el periodo de marzo de 2008 a mayo de 2009 se encontraban viviendo en un Refugio temporal del Estado de México. Inicialmente se obtuvo el perfil de vulnerabilidad al estrés a través de la medición de la temperatura periférica bilateral de cada una de las participantes. Después se intervino con la técnica de escritura emocional autorreflexiva como herramienta terapéutica psicológica. Al finalizar se obtuvo nuevamente el perfil de vulnerabilidad al estrés a través de la medición de la temperatura periférica bilateral de la piel de cada una de las participantes. Por último se contrastó la pre y post evaluación para documentar el impacto de la intervención sobre la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés. Los resultados de este estudio sugieren que esta muestra de mujeres que vivieron violencia familiar presenta vulnerabilidad al estrés en diferentes rangos y que la técnica de escritura emocional autorreflexiva probablemente contribuye a disminuir dicha vulnerabilidad, propiciando con ello una mayor autorregulación emocional y un mayor control del estrés. Sin embargo, este hallazgo no se generaliza a todos los casos de la muestra descrita.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales se ha considerado a la violencia como una forma de resolver las tensiones y los conflictos. Hace apenas unas décadas se reconoció a la violencia como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, pues impide que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y de sus libertades fundamentales (ONU, 1995; citado en Navarro & Martínez, 2007).

En un estudio de la Asociación Médica Británica se calcula que sólo 25% de los casos de violencia doméstica son denunciados a la policía. En 1995 una encuesta canadiense mostró que la violencia contra las mujeres costó 1.5 billones de dólares canadienses en productividad laboral perdida y uso de servicios médicos y comunitarios. A su vez, en 2000, en Colombia 40.4% de las mujeres de entre 25 y 29 años de edad sufrió violencia física por parte del cónyuge o de otra persona, y en Haití la misma situación representó 28.2% (OPS, 2003).

México no es la excepción (SSA, 2006; citado en Navarro, et al., 2007), los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003 (ENVIM), reportan que 1 de cada 5 mujeres vive en situación de violencia con su pareja actual, 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 ha sufrido de violencia alguna vez en su vida.

Debido a la violencia, tanto en países industrializados como en desarrollo, las mujeres de entre 15 y 44 años de edad pierden 1 de cada 5 años de vida saludable y, en el ámbito global, la carga de enfermedad que representa el maltrato a la mujer es comparable con la que representa la infección por el VIH, la tuberculosis, la sepsis neonatal, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA49.25 declara que la violencia es un problema de salud pública en todo el mundo. Por ello, las convenciones internacionales relativas al tema han señalado la magnitud del problema y la importancia de construir soluciones, entre ellas se encuentran: la Convención Acerca de la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, 1981; la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing, en 1995 y su Plataforma de Acción; la Convención Interamericana de Belém Do Pará de 1994, en Brasil; en las cuales se reconoce que el respeto a los derechos y libertades de las mujeres son indispensables para potenciar su papel y su participación plena en todos los ámbitos.

Hoy, pocos se cuestionan la necesidad de atender esta problemática; la pregunta es cómo hacerlo de manera efectiva. Las características de la violencia doméstica contra las mujeres obligan a buscar soluciones diferenciadas que tomen en cuenta sus distintos aspectos, como las dificultades para reconocerla, el riesgo aumentado de la víctima por la

cercanía física y emocional del agresor, el deterioro paulatino y continuo generado por el abuso sistemático y la multiplicidad de sus causas y consecuencias.

En este estudio se puso a prueba el impacto de la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre los cambios de temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés en 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

Se abordan en primer lugar los temas de: violencia y cultura; violencia familiar, sus repercusiones en el uso de los servicios de salud, en la economía y en los hijos; la magnitud del problema a nivel internacional y nacional; violencia contra las mujeres, sus diferentes manifestaciones y el impacto que tiene en la salud física y mental.

En segundo lugar se habla acerca de los tratamientos psicológicos que se han utilizado para esta población y sus resultados.

En tercer lugar se toca el tema de Temperatura Periférica Bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés.

En cuarto lugar se aborda la técnica de Escritura Emocional Autorreflexiva, como una herramienta terapéutica.

Así mismo, se describe el método que se llevó a cabo para la realización de este estudio, los resultados obtenidos y por último se discuten los hallazgos.

VIOLENCIA FAMILIAR

VIOLENCIA Y CULTURA

En las sociedades más tradicionales golpear a la esposa se considera en gran medida como una consecuencia del derecho del hombre a castigar físicamente a su mujer, tal como lo indican estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Camboya, India, México, Nigeria, Pakistán, Papua, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe (Schuler, 1996; Zimmerman, 1995; González, 1998; et al; citado en OPS, 2003). Las justificaciones culturales de la violencia generalmente se desprenden de las ideas tradicionales de los roles que corresponden a los hombres y a las mujeres. En muchas situaciones se espera que las mujeres cuiden del hogar, de los hijos y muestren obediencia y respeto al esposo. Si un hombre siente que su esposa no ha cumplido sus funciones o se ha propasado puede responder en forma violenta. El autor del estudio de Pakistán observa: “Pegarle a la esposa para castigarla o disciplinarla se considera cultural y religiosamente justificado”. Como se piensa que el esposo es el “dueño de la mujer es necesario mostrarle a esta quien manda para desalentar futuras transgresiones”.

Gran variedad de estudios de países tanto industrializados como en desarrollo han producido una lista notable uniforme de sucesos que desencadenan la violencia masculina en la pareja (Schuler, et al., 1996; citado en OPS, 2003) a saber:

- No obedecer al hombre;
- Contestarle mal;
- No tener la comida preparada a tiempo;
- No atender adecuadamente a los hijos o al hogar;
- Preguntarle al hombre por cuestiones de dinero o de sus enamoradas;
- Salir sin el permiso del hombre;
- Negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre y
- Sospechas, por parte del hombre, de infidelidad de la mujer.

En muchos países en desarrollo, las mujeres a menudo están de acuerdo con la idea de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas si es necesario por la fuerza. En Egipto más de 80% de las mujeres de zonas rurales comparten la opinión de que pegarle a la mujer se justifica en ciertas circunstancias (El-Zanaty, 1996; citado en OPS, 2003). Significativamente una de las razones que las mujeres citan con mayor frecuencia como causa justa de la golpiza es negarse a tener relaciones sexuales con el hombre (Rosales, 1998; David, 1998 & Bawah, 1999 citado en OPS, 2003). Como era de esperar, esta es también una de las causas que las mujeres citan con mayor frecuencia como un factor desencadenante de las golpizas (Wood, 1997; Khan, 1996 & Jenkins, 1994; citado en

OPS, 2003). Esto tiene claras consecuencias en cuanto a la capacidad de las mujeres de protegerse del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Las sociedades a menudo distinguen entre las razones “justas” e “injustas” del maltrato, y entre niveles admisibles e inadmisibles de violencia. Así, se concede a ciertos individuos, por lo general el marido o algún miembro mayor de la familia, el derecho de castigar físicamente a una mujer, dentro de determinados límites, por haber cometido ciertas transgresiones. Solo si un hombre transgrede estos límites, por ejemplo, poniéndose demasiado violento o golpeando a una mujer sin que haya una causa aceptada, pueden los demás intervenir (Schuler, 1996; González, 1998 & Heise, 1998 citado en OPS, 2003).

Esta idea de la “causa justa” se encuentra en muchos datos cualitativos sobre la violencia procedente del mundo en desarrollo. Una mujer indígena de México observaba: “Pienso que si la esposa tiene la culpa, el esposo tiene el derecho de pegarle, si yo hice algo mal, nadie debe defenderme. Pero si no hice algo malo, tengo derecho a que me defiendan” (González, 1998; citado en OPS, 2003). Los participantes en grupos de discusión llevados a cabo en el norte y el sur de la India, expresan sentimiento similares. “Si se trata de una falta grave –observo una mujer en Tamil Nadu-, el esposo tiene razón en pegarle a la esposa. ¿Por qué no? Una vaca no obedece si no es a golpes” (Jejeebhoy, 1998; citado en OPS, 2003).

Aún si la propia cultura les concede a los hombres un control sustancial del comportamiento femenino, los hombres violentos por lo común se pasan de la raya (Rosales, 1999; Jonson 1996 & Romero; 1994; citado en OPS, 2003). Las estadísticas de la encuesta nicaragüense de demografía y salud, por ejemplo, muestran que entre las mujeres que habían sido maltratadas físicamente, 32% tenían esposos que sacaban alta puntuación en una escala de rigurosidad del “control marital”, por comparación con solo 2% entre las mujeres que no habían sido maltratadas físicamente. La escala incluía diversos comportamientos por parte del esposo, entre ellos acusarla continuamente de ser infiel y limitar su contacto con la familia y los amigos (Rosales, 1999; citado en OPS, 2003).

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

La violencia es un producto de las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales, y esto explica porque hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las personas con opciones sexuales diferentes sean más vulnerables a la violencia por su propia condición. Debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad, y que se reproduce a través de la ideología y de las instituciones, estas personas se vuelven más vulnerables a los abusos de poder y, por tanto, están más expuestas a la violencia (SSA; 2004).

En 48 encuestas basadas en estudios en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de su vida. El porcentaje de las mujeres que habían sido atacadas por su pareja en los 12 meses anteriores vario de 3% o menos entre las mujeres de Australia, Canadá y Estados Unidos; a 27% entre las mujeres que alguna vez tuvieron una pareja (es decir, mujeres que alguna vez habían mantenido relaciones sexuales con un hombre) en León (Nicaragua); 38% de las mujeres casadas en la República de Corea; y 52% de las mujeres palestinas casadas en la Rivera Occidental y la Faja de Gaza. Para muchas de estas mujeres, la agresión física no era un suceso aislado sino parte de una pauta continua de comportamiento abusivo (OPS, 2003).

La investigación indica que la violencia física en las relaciones de pareja se acompaña a menudo de maltrato psíquico, y en una tercera parte a más de la mitad de los casos también hay abuso sexual (Koss, 1994; Yoshihama, 1994 & Leibrich, 1995; citado en OPS, 2003). En Japón, entre 613 mujeres que en un momento dado habían sido maltratadas, 57% habían sufrido los tres tipos de abuso: físico, psíquico y sexual. Menos de 10% de estas mujeres habían experimentado solo maltrato físico (Yoshihama, 1994; citado en OPS, 2003).

La mayoría de las mujeres que son víctimas de agresión física por lo general se ven sometidas a muchos actos de violencia con el transcurso del tiempo. En el estudio de León

(Nicaragua) 60% de las mujeres maltratadas durante el año precedente habían sido agredidas más de una vez, y 20% había experimentado violencia grave más de 6 veces. Entre las mujeres que notificaron una agresión física, 70% denunciaron maltrato grave (Ellsberg, 1999; citado en OPS, 2003). El número promedio de agresiones físicas durante el año precedente entre las mujeres que actualmente sufrían maltrato, según una encuesta efectuada en Londres Inglaterra, fue de siete (Money, 1993; citado en OPS, 2003), mientras que en los Estados Unidos, según un estudio nacional realizado en 1996, fue de tres (Tjaden, 2000; citado en OPS, 2003).

Debido a la violencia, tanto en países industrializados como en desarrollo, las mujeres de entre 15 y 44 años de edad pierden 1 de cada 5 años de vida saludable y, en el ámbito global, la carga de enfermedad que representa el maltrato a la mujer es comparable con la que representa la infección por VIH, la tuberculosis, la sepsis neonatal, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (Navarro, et al., 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia ocasiona a las mujeres afecciones, no solo en ese momento, sino también a largo plazo, como lesiones físicas, dolor crónico, depresión y comportamientos suicidas (La Jornada, 2005).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, los embarazos no deseados, los abortos, el dolor pélvico crónico, la infertilidad, las infecciones de transmisión sexual, incluidos el virus del papiloma humano y el VIH-SIDA, son algunas de las consecuencias de la violencia sexual de la que son víctimas las mujeres (Aparicio, Ayala & Bitar, 2004).

El Banco Mundial, menciona que la violencia de género propicia enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencias alimenticias y de escaso acceso a los servicios de salud, entre otras (SSA, 2004).

Las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud y felicidad de los individuos para afectar el bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación de violencia afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo. Diversos estudios han revelado que las mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y a los servicios, a la participación en la vida pública y a la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares. No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o de seguir una carrera.

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dados los efectos a largo plazo de la violencia en la salud, aquellas que han sido maltratadas tienen mayores probabilidades de ser usuarias a largo plazo de los servicios de salud, lo que acrecienta los costos de la asistencia sanitaria. Estudios realizados en los Estados Unidos, Nicaragua y Zimbabwe indican que las mujeres que han sufrido agresión física o sexual, ya sea en la niñez o en la edad adulta, usan los servicios de salud con más frecuencia que las mujeres no maltratadas (Leserman, 1996; Walker, 1999; Felitti, 1991; et al.; citado en OPS, 2003). Por término medio las víctimas de maltrato presentan más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a lo largo de sus vidas que las no maltratadas, aún después de tener en cuenta los posibles factores de confusión.

REPERCUSIONES ECONÓMICAS DE LA VIOLENCIA

Además de los costos humanos, la violencia impone una enorme carga económica a las sociedades desde el punto de vista de la pérdida de productividad y el mayor uso de los servicios sociales. Entre las mujeres que tomaron parte en una encuesta en Nagpur (India), por ejemplo, 13% tuvieron que renunciar al trabajo remunerado debido al maltrato, luego de perder un promedio de siete días laborales por incidente, y 11% no había podido realizar las tareas domésticas debido a un incidente de violencia (IndiaSAFE; citado en OPS, 2003).

Aunque la violencia doméstica no afecta directamente el que una mujer este empleada, si parece influir en sus ingresos y en su capacidad de conservar un trabajo (Morrison, 1999; Browne, 1999 & Lloyd; 1999; citado en OPS, 2003). En un estudio efectuado en Chicago (Estados Unidos), se encontró que las mujeres con antecedentes de haber sido víctimas de la violencia en la pareja solían haber experimentado periodos de desempleo, haber cambiado con mayor frecuencia de trabajo y haber sufrido más problemas de salud físicos y mentales que podían afectar a su desempeño laboral. También percibían ingresos inferiores y, mostraban una tendencia significativamente mayor a recibir asistencia social del Estado que las mujeres que no informaron el antecedente de la violencia por la pareja (Lloyd; 1999; citado en OPS, 2003). De igual manera en un estudio realizado en Managua (Nicaragua) las mujeres maltratadas ganaban 46% menos que las mujeres que no informaron sufrir maltrato, incluso después de controlar otros factores que podían influir en los ingresos (Morrison, 1999; citado en OPS, 2003).

REPERCUSIONES EN LOS HIJOS

Los hijos a menudo están presentes durante los altercados domésticos. En un estudio hecho en Irlanda (O’Conner, 1995; citado en OPS, 2003), 64% de las mujeres maltratadas dijeron que sus hijos presenciaban habitualmente la violencia, lo mismo declararon 50% de las mujeres maltratadas en Monterrey, México (Granados, 1996; citado en OPS, 2003).

Los hijos que presencian la violencia matrimonial presentan mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física (McCloskey, 1995; Edleson, 1999 & Jouriles, 1989; citado en OPS, 2003). En efecto estudios realizados en Estados Unidos y Canadá indican que los hijos que presencian episodios violentos entre sus padres presentan con frecuencia muchos de los mismos trastornos conductuales y psicológicos de los niños que son maltratados directamente (Edleson, 1999, Jaffe, 1990; citado en OPS, 2003).

Datos recientes indican que la violencia también puede afectar directa o indirectamente la mortalidad en la niñez (Jejeebhoy, 1998 & Asling, citado en OPS, 2003).

Un grupo de investigadores de León (Nicaragua) encontró que los hijos de mujeres, que habían sido maltratadas física y sexualmente por su pareja presentaban seis veces más probabilidades de morir antes de los 5 años de edad que los hijos de mujeres que no habían sido maltratadas. El maltrato infligido por la pareja represento hasta un tercio de las muertes entre los niños de esa región (Asling, citado en OPS, 2003). En otro estudio que se hizo en los estados Indios de Tamil, Nadu y Uttar Pradesh, se encontró que las mujeres que habían sido golpeadas mostraban una tendencia significativamente mayor que las mujeres no maltratadas a haber presentado mortalidad infantil o pérdida del embarazo: aborto provocado, aborto espontáneo o mortinato (Jejeebhoy, 1998; citado en OPS, 2003).

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MÉXICO

México no ha sido la excepción en la expresión de la violencia por género así que se están multiplicando los esfuerzos por contar con datos y estudios que permitan conocer la magnitud y características de la violencia contra la mujer, tanto por parte de las instituciones académicas y civiles, como de las gubernamentales.

Para contar con una estimación con representatividad nacional y estatal, la Secretaria de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres “ENVIM 2003”, con una muestra de 26 042 usuarias, de 15 años de edad y más, que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaria de Salud, con representatividad para las 32 entidades federativas (SSA, 2009).

Esta encuesta reportó que 1 de cada 5 mujeres vive en situación de violencia con su pareja actual, 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 han sufrido violencia alguna vez en su vida. Así mismo, se encontró que estas pueden experimentar más de un tipo de violencia de pareja, a saber, psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%.

Posteriormente se realizo otra encuesta para darle seguimiento a la ENVIM 2003, durante los meses de agosto a octubre de 2006, a mujeres de 15 años de edad y más, usuarias de los servicios de salud, y que en el momento del levantamiento de datos demandaron atención medica en unidades del primero y segundo nivel de atención de la Secretaria de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Según el porcentaje de afiliación por entidad, la encuesta es representativa de 31 Estados de la República Mexicana, pues en el Estado de Oaxaca no se colectaron datos debido a condiciones de inestabilidad social. Se conformo una muestra de 367 unidades médicas, en las cuales se aplicaron 22 318 cuestionarios a usuarias de los servicios públicos de salud de las instituciones antes mencionadas.

En la ENVIM 2006, se exploraron las diferentes formas como se expresa la violencia en la vida de las mujeres, con el propósito de caracterizar estas manifestaciones a lo largo del ciclo de la vida, con énfasis en la relación de pareja actual.

La violencia hacia las mujeres, empieza en edades tempranas en su modalidad de golpes y humillaciones. Al respecto, 29% reporto haber sido humillada por algún miembro de la familia y 33.2% golpeada; 37.6%, declaro que este tipo de violencia sucedía con frecuencia. Se estimo una prevalencia de 33.3% de violencia de pareja actual.

En la siguiente tabla se observan las prevalencias de los diferentes tipos de violencia

perpetrada en el contexto de la vida en pareja. Ver tabla 1.

Tabla 1. Tipo de violencia perpetrado por el novio, esposo, compañero, o última pareja en los doce meses previos a la entrevista. México, ENVIM, 2006

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	260 082	28.5
Física	145 055	16.5
Sexual	113 423	12.7
Económica	39 573	4.4

La violencia de las mujeres en el escenario estatal

Conocer la distribución estatal en los diferentes indicadores de violencia hacia la mujer permite identificar en dónde las prevalencias son más altas, con el fin de reforzar las estrategias para el diseño de programas y políticas públicas con base en las necesidades y condiciones específicas de población.

Las cinco entidades con mayor prevalencia en orden descendente fueron el Estado de México (45.6%); Nayarit (39.6%); Quintana Roo (39.6%); Durango (37.6%) y Yucatán (36.2%). El Estado con menor prevalencia fue Aguascalientes (22.8%).

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Al estudiar específicamente la violencia en contra de las mujeres, también llamada violencia de género suele tomarse como punto de partida la definición adoptada por Naciones Unidas:

“Es todo acto de violencia basado en el género que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o privación arbitraria de la libertad , sea que ocurra en la vida privada o en la pública” (Torres, 2001, p. 112).

Existen muy diversos términos y expresiones para referirse al problema de la violencia contra las mujeres. Después de una minuciosa revisión de la literatura existente se encontraron algunas definiciones que México reconoce y que expresan los consensos alcanzados en el ámbito internacional y que describen las múltiples dimensiones del problema:

La Asamblea General de las Naciones Unidas, menciona que “La violencia contra las mujeres es consecuencia del orden de género que se establece en la sociedad, orden socialmente construido que determina una jerarquía y poder distintos para ambos sexos. Según este orden las mujeres se encuentran en una posición subordinada frente a los

hombres, los que a su vez ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, siendo la violencia una manifestación de ese poder. Este orden es avalado y mantenido por el conjunto de la sociedad, a través de las costumbres, las leyes e instituciones. La discriminación y la violencia hacia las mujeres son aceptadas socialmente porque forman parte del sistema social establecido” (SSA, 2004, p. 12).

El Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, plantea que “La violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, a lo largo del ciclo de la vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Es también un obstáculo para la equidad y un problema de justicia. Por las graves implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, debe ser considerada una prioridad de salud pública” (SSA, 2004, p. 12).

En La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención Belén Do Para”, se menciona que “La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (SSA, 2004, p. 12).

TIPOS DE VIOLENCIA

Fawcett, Venguer, Miranda y Fernández (1999) han distinguido los siguientes tipos de violencia:

Violencia Física. Puede incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por arma, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, y negación de ayuda cuando la mujer esta enferma o herida. El abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona.

Violencia Psicológica. Puede incluir: gritos, intimidación y amenazas de daño (manejar rápida y descuidadamente), aislamiento social y físico (no dejarla salir ni hablar con otras personas), celos y posesión extrema, degradación y humillación, insultos y críticas constantes, acusar sin fundamento, culpar por todo lo que pasa, ignorar, no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, mentir y romper promesas, llevar a cabo acciones destructivas (romper muebles, platos y en general pertenencias de la mujer) y lastimar a personas cercanas o mascotas.

Violencia Sexual: incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como: intentar que la mujer tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no esta en sus cinco

sentidos o tiene miedo de negarse, lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual, criticarla o insultarla con nombres sexualmente degradantes, acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligarla a ver películas o revistas pornográficas, forzarla a observar a la pareja mientras esta tiene relaciones sexuales con otra mujer.

Violencia económica: incluye el control y el manejo del dinero, las propiedades y en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: hacer que la mujer tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio, dar menos dinero del que el hombre sabe que se necesita a pesar de contar con liquidez, inventar que no hay dinero para gastos que la mujer considera importantes, gastar sin consultar con la mujer cuando el hombre quiere algo o considera que es importante, disponer del dinero de la mujer (sueldo, herencia, etc.), que el hombre tenga a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio, privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Saucedo (2002), mencionó que la violencia doméstica impacta sobre una gran variedad de factores relacionados con la salud física y mental de las mujeres, los cuales se pueden sintetizar de la siguiente manera:

Daños físicos

Incluyen heridas que requieren costuras, huesos rotos, lesiones que requieren hospitalización, golpes que pueden ocasionar abortos, heridas internas, heridas que produzcan desfiguraciones o las dejen lisiadas, hasta el homicidio.

Agresión y coerción sexual

Además de las lesiones físicas y el trauma emocional resultado de la agresión sexual, muchas mujeres corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

Efectos psicológicos

La violencia afecta numerosos aspectos de la vida de una mujer, comenzando por su

autoestima. La mujer aprende a ser insegura y a desvalorizarse. Se siente incapaz, tonta e inadecuada. Le cuesta muchísimo encontrar y valorar sus cualidades positivas.

Por otra parte Pendzik (2000), plantea que toda la vida emocional de una mujer maltratada se encuentra alterada. El hecho de estar constantemente expuesta a la violencia engendra sentimientos muy complejos y profundos. Empezando por el estrés y el miedo (que ocupan un espacio inmenso en su realidad), pasando por la culpa y la vergüenza, hasta llegar al enojo, la ira, el resentimiento y el dolor. El manejo de las emociones constituye también un área sumamente afectada en la psicología de la mujer golpeada. Puede sentir confusión, incapacidad de concentración, trastornos en su forma de vida, sus hábitos de sueño o alimenticios y experimentar intensos sentimientos de incomunicación, timidez y depresión.

Dos aspectos importantes que deben subrayarse respecto a la mujer maltratada son: primero, que la violencia experimentada por las mujeres puede producir en ellas el desorden de estrés postraumático (EPT) y que el clima de terror en que viven afecta sus capacidades cognitivas, de tal manera que pueden desarrollar lo que se ha identificado como el Síndrome de Inhabilidad Aprendida o Síndrome de Estocolmo. Estos síndromes indican que, debido a la dinámica de violencia doméstica, las mujeres pierden parte de su capacidad para actuar ante las situaciones de riesgo y, por lo tanto, tienen menos habilidades para protegerse a sí mismas y a sus hijos. El Síndrome de Indefensión

Aprendida, el Síndrome de Estocolmo y el Síndrome de la Mujer Maltratada, se presenta en caso de violencia psicológica y física; y el Síndrome de Trauma por Violación y el Trastorno de Estrés Postraumático en los casos de violencia sexual. En todos ellos se identifican conductas, pensamientos y sentimientos que convierten el proceso de toma de decisiones en un desafío para quienes viven en contextos de violencia.

Otros efectos sobre la salud

La desvalorización sufrida por la mujer a causa del maltrato puede impactar más allá del efecto físico y psicológico. El estrés crónico causado por agresiones violentas o moderadas, pero repetidas y próximas en el tiempo, constituye a la larga, una dosis total excesiva que sobrepasa el umbral de resistencia. Este estrés lleva consigo un agotamiento psicológico y glandular progresivo que es responsable de las llamadas enfermedades de adaptación: hipertensión, diabetes, obesidad, asma, etcétera.

Kathleen y Kendall (2005), mencionan que los problemas maritales tienen un impacto significativo sobre la salud de la mujer. Ya que los aspectos negativos del matrimonio influyen directamente en la salud cardiovascular, endocrina, inmune y mecanismos neurosensoriales. Así mismo, la calidad de las relaciones maritales influye en el índice de masa corporal, presión sanguínea, depresión y enojo.

Además hay que tomar en cuenta que el estrés de vivir en una situación de violencia también tiene consecuencias fisiológicas como: dolores psicogénicos; dolores crónicos (cefaleas), desórdenes del sueño y del apetito, fatiga y disminución en la concentración, problemas gastrointestinales; dermatitis; mareos, parestesias o falta de aire y dolores de pecho atípicos; problemas ginecológicos como dispareunia y dolores pélvicos (Fawcett, et al., 1999).

La violencia doméstica está asociada con un incremento en el porcentaje de abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer. Hay una fuerte asociación entre relaciones donde hay abusos físicos y uno o más episodios de enfermedades inflamatorias pélvicas, dolor pélvico crónico y un amplio rango de síntomas ginecológicos (Heath, 2001).

Como se menciona, la violencia doméstica es un fenómeno social que afecta diferentes ámbitos de la vida de una mujer maltratada, como es el individual, familiar y social. Por lo que se han llevado a cabo intervenciones y/o tratamientos multidisciplinarios y psicológicos encaminados a cuidar y proteger la integridad física, mental y emocional de estas mujeres, favoreciendo así las demás áreas de su vida.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Principales intervenciones en el tratamiento de mujeres víctimas de violencia doméstica.

Después de una revisión de la literatura existente se encontró que hay dos vertientes para el tratamiento encaminado a las mujeres que viven violencia doméstica, una se basa en el enfoque clínico y otra en el enfoque social.

El enfoque clínico se apoya en la terapia cognitiva y en algunas técnicas clínicas que incluyen la narración de la historia para el trauma, y en la hipnoterapia. Así como en los métodos individuales que sean coherentes con los principios de la Terapia Postraumática (Paige, 1997; citado en Domínguez, et al., 2009).

Desde un enfoque social, la atención a la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género, implica reconocerla como un problema que se explica por la posición de desventaja social de las mujeres frente a los hombres. Significa tomar en cuenta las características e historias personales de mujeres que viven en situación de violencia y sus agresores, sin perder de vista el contexto social en el que ocurre la violencia (SSA, 2004).

Dale, Carroll, Gatlen, Hayes, Webb y Porges (2009), realizaron una investigación

para conocer el impacto que tiene el maltrato en la regulación autonómica y en el bienestar psicológico de mujeres que vivieron violencia.

Para la evaluación utilizaron un cuestionario demográfico y de estilo de vida (diseñado para este estudio), el Perfil del estado de ánimo (POMS; Mc Fair, et al, 1992), la Escala Tennessee de autoconcepto (TSCS: 2, Fitts & Warren, 1996) y el Inventario de afrontamiento (Carver, et al., 1989). Midieron la frecuencia cardiaca por medio de electrodos 5 minutos antes y 5 minutos después de que las participantes practicaron ejercicio físico, recorriendo una milla por medio de una bicicleta. Dentro de los resultados se encontró, que el maltrato se asocia con baja regulación vagal del corazón (respiración arrítmica sinusoidal), y que hay inhabilidad para regular el tono vagal inmediatamente después de hacer ejercicio (andar en bicicleta) lo que dificulta un estado fisiológico de calma. Así mismo, se encontró que el maltrato se asocia con estrategias de afrontamiento desadaptativas y con un autoconcepto bajo.

Kuen (2009), realizo una investigación para valorar la condición psicológica antes, durante y después de una intervención de Hipnoterapia en una Mujer que presentaba Trastorno por Estrés Postraumático a causa de violencia doméstica (Estudio de caso).Se utilizaron los siguientes instrumentos: Impacto del evento (IES, Horowitzs, et al., 1979), Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck & Steer, 1993), Inventario de ansiedad de Beck (BAI; Beck & Steer, 1993) y la Escala de desesperación de Beck (BHS; Beck & Steer, 1993).

En la medición pre-tratamiento se encontró que la experiencia traumática tuvo un impacto de moderado a severo (IES=47), depresión severa (BDI=46), ansiedad moderada (BAI=21) y desesperación severa (BHS=17).

En la medición post-tratamiento (después de 16 sesiones de hipnoterapia) se encontró un impacto menor de la experiencia traumática (IES=7, respuesta subclínica al estrés), depresión mínima (BDI=3), ansiedad mínima (BAI=1), y desesperación mínima (BHS=4). Por lo que se concluyó, que la hipnoterapia es eficiente al tratar traumas complejos, dentro de la población china, especialmente en mujeres golpeadas.

Galovski, Monson, Bruce y Resick (2009), realizaron una investigación para determinar el impacto que tiene la Terapia Cognitivo-conductual, como intervención en el Trastorno por Estrés Postraumático y sus consecuencias en la salud, principalmente en el deterioro de sueño, en mujeres que vivieron violencia sexual. Para fines de este estudio se formaron dos condiciones: 1) Proceso de terapia cognitiva y 2) Exposición prolongada.

Se utilizó el SCID-P (First et al., 1997), para medir el eje I del DSM-IV: desórdenes de ánimo, abuso de sustancias y pánico; la Escala de administración clínica de Trastorno por Estrés Postraumático (Blake et al., 1998); el Inventario de Pennebaker de languidez límbico (Pennebaker, 1982); y el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI; Boysse, et al., 1988).

En el análisis de resultados se encontró que la sintomatología del TEPT se relaciona con factores de salud y que la terapia cognitiva en comparación con la exposición prolongada, beneficia más a la salud física, por medio de la reestructuración cognitiva.

Al parecer ambas intervenciones, Terapia Cognitiva y Exposición Prolongada, reducen los efectos negativos del sueño, sin embargo con ninguna de las dos se recupero el sueño normal.

Sobel, Resick y Rabalais (2009), realizaron una investigación para comparar la cognición antes y después de un tratamiento de Terapia Cognitiva (TC), en mujeres sobrevivientes de violación. Se utilizo la Escala clínica de administración de TEPT (CAPS; Blake, et al., 1990), y la Escala de síntomas de TEPT (PSS; Foa, et al., 1993). Las cogniciones se midieron por medio de escritos, donde las participantes relataban la experiencia traumática. Se encontró que la terapia cognitiva se asocia con cambios positivos en el pensamiento y reduce distorsiones cognitivas relacionadas al trauma.

DeJonghe Es, Bogat GA, Levendoski AA y von Eye A (2008), mencionan que un tratamiento con objetivos específicos para la violencia contra la mujer es la terapia de proceso cognitivo que consiste en 12 sesiones de tratamiento para el Trastorno por Estrés Postraumático (Resick, et al., 2002; Resick, et al., 1992; citado en DeJonghe Es, et al. 2008). Consiste en escribir sobre experiencias traumáticas y el impacto que tuvo en su vida.

Estas narraciones son leídas en voz alta durante las sesiones de tratamiento y así la cognición distorsionada que desarrolla depresión, culpa e ira puede ser modificada. Este tratamiento fue específicamente desarrollado para víctimas de violación y abuso sexual, pero ha sido usado con otros individuos que han tenido otro tipo de experiencias traumáticas (por ejemplo, veteranos de guerra; Monson, et al, 2006 citado en DeJonghe Es, et al., 2008).

Holmes, et al., (2007), examinaron la relación que existe entre el procesamiento cognitivo y emocional, con los cambios en el dolor y la depresión en 25 mujeres sobrevivientes de violencia de pareja. Las participantes escribieron sobre sus experiencias más traumáticas. Se hizo una medición del dolor y de síntomas depresivos antes de la primera sesión de escritura y cuatro meses después de la última sesión. Se encontró una disminución del dolor que se asocio significativamente con un menor uso de palabras emocionales positivas y negativas. La relación entre los aspectos cognitivos y emocionales de la escritura con los cambios en los síntomas depresivos no tuvo significancia estadística. No obstante los resultados sugieren que el procesamiento emocional en la escritura narrativa predice cambios en el dolor de las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

Otero (2009), realizó una investigación para conocer los métodos de abordaje utilizados en dos centros de asistencia a mujeres en situación de violencia en el conurbado bonaerense, y comparar el beneficio de uno u otro: uno de ellos es un organismo que depende del estado y el otro una organización no gubernamental (ONG), a partir del análisis se destaca la importancia de la categoría de género como sustrato en la conceptualización de dichos métodos.

La investigación consistió en la observación y participación en los encuentros semanales de ambos talleres, realización de entrevistas grabadas, reconstrucción de relatos, observaciones en situaciones informales (la espera antes de los talleres), intercambio de mails y mensajes por teléfonos celulares.

La intervención en la ONG, fue por medio de apoyo psicológico y grupos de asistencia cerrados. La mayoría de las participantes ya habían salido de la situación de violencia y varias estaban divorciadas, el objetivo era trabajar en sus proyectos personales.

La modalidad y dinámica era por medio de ejercicios con preguntas, análisis de textos y proyección de películas para debate. Los temas se centraron en la infancia y la familia (profundizando en maternidad y crianza de los hijos). No se cuestionaron los modelos de roles asignados por el género. Se abordaron los temas de autoestima y asertividad. Se habló de una manera muy general de los derechos de las mujeres. La que tomaba la palabra con mayor frecuencia era la coordinadora, las participantes en general no

tomaban la palabra y casi nunca hablaban entre ellas en el transcurso del taller. El taller tenía una orientación psicológica (introspección) y el discurso estaba centrado en lo que sentían las mujeres (análisis subjetivo de sentimientos) y no en el análisis de situaciones concretas que estaban viviendo.

La intervención en la Comisaría de la mujer y la familia se centro en un grupo de “emergencia”: integrado por mujeres que en su mayoría aun no habían salido de la situación de violencia doméstica. El grupo era abierto. La orientación de trabajo se encuadro en la perspectiva feminista. Las mujeres llevaban revistas, recortes de diarios, noticias televisivas o de radio y libros, y este material era retomado y trabajado por la coordinadora permitiendo generar una dinámica donde se informaba acerca de leyes, representaciones sociales de la violencia y de posibles cambios. Las que más hablaban eran las participantes, el taller tenía una orientación activista. El discurso tomo en cuenta las situaciones puntuales que relataron las mujeres y se inclino a reflexionar en que medida les incumbía a todas como colectivo.

Algunos resultados observados de ambos talleres fueron que las participantes de la comisaría recuperaron y crearon lazos sociales, constituyendo nuevas redes de amistad, escucha y apoyo. Y que las participantes de la ONG, a pesar de que llevaban dos años asistiendo al taller, seguían teniendo relatos angustiantes, por ejemplo, una participante comento que “se insultaba frente al espejo y que una vez se había dado un puñetazo”. El

análisis de resultados de esta investigación sugieren que la ONG utilizó un enfoque de terapia tradicional y la institución gubernamental utilizó un enfoque de terapia feminista.

A diferencia de las terapias tradicionales que se pretenden apolíticas; las terapias feministas asumen un compromiso marcadamente político con los cambios. En tanto que las terapias tradicionales recorren los constructos intrapsíquicos para comprender el sufrimiento psíquico, las terapias feministas focalizan los factores contextuales, en especial las desigualdades y la opresión, como origen de las dificultades familiares e individuales. En tanto que las terapias tradicionales buscan la adecuación, normatización y normalización de los individuos y de las familias a los papeles tradicionalmente prescritos, las terapias feministas problematizan esos papeles y normas (Narváez & Soller, 2006; citado en Otero, 2009).

Se concluyó, que los enfoques orientados por la psicología tradicional corren el riesgo de psicopatologizar la violencia y relegarla al plano de lo subjetivo. En cambio si se utilizan las herramientas de la teoría feminista y el acercamiento metodológico que el análisis de género provee se logran procesos que privilegian la observación sobre las dinámicas de poder en los diferentes niveles de la interrelación social, se le da un nuevo significado social a la violencia contra las mujeres, por medio del cambio de representación social, lo que permite una liberación cognitiva y en muchos casos la transformación positiva de su situación.

Romero y Amar (2009), realizaron una investigación para evaluar el Proceso de Atención y Prevención Integral a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia intrafamiliar de la Casa de Justicia Barrio la Paz de Barranquilla, Colombia, periodo 2003.

Es una investigación aplicada de tipo evaluativo formativo, con análisis descriptivo de los resultados del proyecto. La investigación se desarrollo con base en un diseño no experimental sin control de variables, no se presenta ningún tipo de muestreo poblacional por lo que solo se observaron los resultados y efectos del proyecto a través de la evaluación del cumplimiento de los objetivos trazados por el mismo. La evaluación de los distintos procesos planteados en el proyecto de violencia se hizo de forma transversal. Para la verificación de los objetivos cumplidos se utilizaron las siguientes herramientas: observación, informes (análisis de informes de avance) y entrevistas. Esta investigación estudio los casos de 300 personas atendidas y sus familias bajo este modelo. Los beneficios que se encontraron del modelo fueron:

- ✓ Mejoramiento de estrategias para el desarrollo de las habilidades de comunicación e interrelación en las familias atendidas mediante capacitación en herramientas de convivencia intrafamiliar.

- ✓ Efectividad en el manejo del tiempo. A pesar de la complejidad de los casos, se pudieron dar los seguimientos adecuados, es decir, supervisar los avances y las dificultades que estos habían presentado para la víctima y su familia.

- ✓ A través del seguimiento hubo una disminución en la reincidencia de los casos de violencia intrafamiliar.

- ✓ La estrategia utilizada en el trabajo en red permitió que las instituciones de atención a la víctima de violencia familiar de la zona de influencia de la casa de justicia se encontraran localizadas en distintos barrios de las respectivas comunas, logrando que dichas instituciones se conformaran como focos de ayuda e intervención inmediata y alcanzable para estas comunidades.

Bravo (2008), realizo un análisis para dar a conocer la experiencia de intervención en un centro de acogida para mujeres y menores víctimas de violencia domestica y poder transmitir las características principales de esta población que han sido observadas en el centro y el proceso que experimentan durante su estancia en el mismo tanto a nivel externo como interno.

La metodología de intervención que utiliza este centro es de forma transversal, a través de actividades grupales y/o individuales, de una forma interdisciplinar y con diversos enfoques profesionales: psicológico, social, legal y educativo.

Los objetivos de intervención son:

1. Promover autonomía personal y responsabilidad a cada mujer, para que sea la protagonista de sus propios cambios.
2. Facilitar y apoyar decisiones y acciones destinadas a desarrollar un nuevo proyecto de vida para ellas y sus hijos.
3. Apoyar a las mujeres en el análisis de su rol como mujer y de las consecuencias de los malos tratos tanto para ellas como para sus hijas (os), dotándolas de herramientas para afrontar el futuro sin riesgos de violencia.

Algunas características que se han observado en las mujeres usuarias del servicio son: a) no tienen autonomía en la participación verbal; b) se desvalorizan; c) han sido víctimas o testigos de violencia en su familia de origen; d) se muestran agresivas contra quien les plantea preguntas (por ejemplo, las profesionales); e) se sobresaltan al oír ruidos inesperados; f) rol femenino estereotipado muy acentuado; g) sobrevaloración del rol masculino y su importancia para la familia; h) problemas de salud (hospitalizaciones, consumo excesivo de medicamentos; problemas de salud mental y del control de la fecundidad).

Los efectos de la violencia de género observados en los niños desde el centro son: a) problemas de socialización, de integración en la escuela, de concentración y de disminución del rendimiento escolar; b) síntomas de estrés postraumático; c) conductas regresivas (enuresis y ecopresis); d) síntomas depresivos; e) alteraciones del desarrollo afectivo; f) aprendizaje de modelos violentos, asumen roles parentales y protectores de la madre que no les corresponden por su edad.

Navarro, et al. (2007), realizaron un trabajo que tuvo por objeto difundir algunos elementos sobre la existencia y funcionamiento de refugios en México para mujeres en situación de violencia extrema, así como algunos resultados preliminares, producto del seguimiento realizado desde el proyecto de Profesionalización y Fortalecimiento de Refugios para Mujeres, sus Hijas e Hijos en Situación de Violencia Familiar Extrema, que realiza el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).

Los Refugios son espacios especializados, que surgen como respuesta ante la necesidad de dar seguridad y protección a las mujeres que viven violencia familiar extrema. Proporcionan servicios integrales para propiciar el empoderamiento de las mujeres bajo un enfoque de género en el marco de la promoción y pleno respeto de sus derechos humanos, con el fin de prevenir un daño mayor o consecuencias fatales. Se brindan servicios especializados y gratuitos como hospedaje, alimentación, vestido y calzado, servicio médico, asesoría jurídica, apoyo psicológico, programas reeducativos integrados,

capacitación y bolsa de trabajo. Se observa el principio de confidencialidad y la permanencia de las refugiadas en este espacio es por tres meses a menos de que persista inestabilidad física y psicológica o que la situación de riesgo continúe.

Para ingresar al Refugio se hace una valoración de la historia de violencia que ha vivido la mujer (severidad, intensidad y frecuencia de actos violentos); el antecedente de amenazas previas de muerte o tentativas de homicidio; características del agresor (en particular su peligrosidad); vulnerabilidad de la usuaria; evaluación de la red social y familiar con que cuenta; evaluaciones de las situaciones especiales de alto riesgo (embarazo); valoración psiquiatra si así lo considera el personal de salud que la refiere o recibe.

Para el análisis de este trabajo se utilizó una muestra de 24 refugios que tienen un convenio de concertación de acciones con el CNEGySR en varias entidades federativas. Las fuentes de información consultadas proceden de los reportes anuales sobre refugios que se elaboran en la dirección de Violencia Intrafamiliar, de los convenios de concertación con las organizaciones civiles y de informes técnicos que elaboraron los refugios en 2006.

Los aspectos cuantitativos generales que se obtuvieron a partir del análisis son:

- Atenciones psicológicas: se otorga terapia individual y grupal, tanto a mujeres adultas como a menores de edad. Se trabajan áreas de autoestima, confianza en sí mismas y se propicia el empoderamiento. El área informa que los tipos de violencia mayormente detectados en la población son la física, la psicoemocional, la sexual y la económica y que la población total presenta síntomas de estrés postraumático. El número de sesiones varía para cada caso.

- Atenciones legales: está dirigido a dar asesoría sobre procesos jurídicos, en el ámbito penal, civil o familiar. Es el servicio que mayor resistencia tiene para ser solicitado por las usuarias, quienes perciben que este será un proceso complicado en el que la pareja va a reaccionar con mayor violencia. Entre otros obstáculos se encuentra la falta de documentos base de la acción: actas de nacimiento, de matrimonio, IFE, etc. Entre los asuntos que se inician con mayor frecuencia están los de derecho de guarda y custodia de menores de edad, pensión alimenticia, divorcios y las querellas por violencia familiar.

- Atenciones de trabajo social: se caracteriza por las gestiones que desarrolla para brindar servicios educativos, la coordinación de servicios de salud especializados, gestión para encontrar opciones laborales y de capacitación, búsqueda de vivienda y

todos los acompañamientos a instituciones públicas o privadas que se requieran durante el proceso.

- Atenciones médicas: vigila el cuidado a la salud en la población del refugio, está incluida la atención que brindan las enfermeras quienes se encargan de la administración de medicamentos, toma de signos vitales, talleres y pláticas informativas para la promoción de salud, proveen primeros auxilios en caso de urgencias y hacen curaciones. Entre las enfermedades reportadas con mayor frecuencia están las infecciones de tipo respiratorio, trastornos digestivos y del sistema nervioso, padecimientos ginecológicos. Los motivos de consulta más frecuentes son por trastornos ginecológicos, control prenatal, traumatismos y valoraciones psiquiátricas.

En los seguimientos de casos que reportan los refugios, se señala con frecuencia que las mujeres regresan con sus parejas aun cuando la violencia siga, porque no tienen medios económicos de sobrevivir de manera independiente con sus hijos, aunado a que las mujeres que viven violencia por parte de su pareja quieren que la violencia termine, pero no siempre manifiestan querer finalizar la relación con su compañero.

Como se ha documentado a través de la revisión de la literatura existente, el impacto de la violencia domestica se ha evaluado a través de instrumentos psicológicos para medir los niveles de estrés, depresión, desesperación, alteraciones en el sueño, entre otros y sus respectivos síntomas, especialmente en mujeres que han vivido violencia sexual. Las principales intervenciones de tratamiento que han utilizado se apoyan en el cambio de representaciones sociales desde un enfoque de género y de técnicas cognitivas-conductuales.

Las evaluaciones psicológicas que se han centrado tradicionalmente en los factores subjetivos (cognoscitivos, intelectuales y emocionales) pueden beneficiarse ampliamente incorporando la ejecución de mediciones y monitoreos psicofisiológicos (Domínguez, 2007), que proporcionan información del paciente sobre la relación entre los procesos emocionales, los cambios fisiológicos y los bioquímicos. Dentro de las modalidades de mediciones psicofisiológicas se encuentra la Temperatura Periférica de la Piel (Domínguez, et al., 2001).

TEMPERATURA PERIFÉRICA

Actualmente, los cambios del estado de ánimo y emocional pueden correlacionarse con marcadores psicofisiológicos. Algunos estudios realizados tanto en el campo clínico como en el laboratorio (Cacciopo, et al.,; Ekman, et al, 1994; citado en Domínguez, Olvera, Cruz & Cortés, 2001) sugieren que la ira, la tristeza, la euforia, la pesadumbre y otras emociones están asociadas con diversos cambios fisiológicos, necesarios para caracterizar a la emoción y su intensidad, por ejemplo, cuando se experimenta enojo la frecuencia cardíaca aumenta, la temperatura periférica de la piel disminuye, se acumula la saliva en la comisura de los labios y otros.

Domínguez, et al. (2001), mencionan que las variaciones de temperatura periférica de la piel están relacionadas con el aumento y disminución de la irrigación sanguínea periférica y que son indicadores confiables de los cambios emocionales, específicamente de los estados de estrés, relajación, actividad del sistema nervioso simpático y al parecer también del parasimpático.

De la misma forma Domínguez y Olvera (2005), plantean que la temperatura periférica cambia de acuerdo con nuestro estado de tranquilidad o estrés: si una persona se encuentra muy estresada, su nivel de temperatura en las extremidades sería muy bajo; y por el contrario, si su estado es de relajación, su temperatura es más alta.

Como resultado de reuniones realizadas entre 1996 y 2000 con diferentes especialistas que han utilizado como herramienta de trabajo equipos portátiles para la medición de la temperatura periférica en diferentes poblaciones, se estableció que la autorregulación emocional está asociada con la habilidad de producir deliberadamente estados de relajación y con los cambios de temperatura periférica bilateral de la piel.

Además, de acuerdo con las observaciones clínicas reportadas, se determinó que los cambios de temperatura tanto en las poblaciones sanas como en las enfermas manifiestan patrones muy diferentes que pueden estar asociados con diversos procesos cerebrales, como se indica en la siguiente tabla (Domínguez, et al., 2001). Ver tabla 2.

Tabla 2. Patrones o categorías clínicas de la temperatura periférica bilateral hasta ahora identificados:

Simetría	Similitud durante el monitoreo en los valores de las temperaturas bilaterales, lo que se puede presentar gráficamente como una línea que constituye un reflejo de la otra ubicación anatómica monitoreada. Posiblemente relacionada con actividad cerebral compleja (creatividad, solución de problemas, autorregulación) y con una mayor comunicación interhemisférica a través del cuerpo caloso.
Dominancia	Cuando la temperatura más elevada se encuentra en la mano o área dominante. Está relacionada con el control del estrés y con la coordinación visomotora.
Ganancia	Incremento de temperatura que va presentando el sujeto conforme avanza el registro tomando como punto de referencia sus valores de línea basal. Está relacionada con el proceso de producción de una relajación voluntaria, bajo ritmo cerebral y vasodilatación.
Sincronía	Cambios simultáneos en los valores que representan ambas temperaturas a través del tiempo. La temperatura sube y baja en sus valores de manera constante. Gráficamente se observa una superposición sostenida de las líneas de temperatura monitoreada. Se relaciona con un pronóstico terapéutico favorable a corto plazo.

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

La vulnerabilidad al estrés, puede suministrar de manera indirecta, la valoración de la activación (Arousal) del sistema nervioso autónomo a través de su rama simpática, este indicaría las diferentes modulaciones que un organismo puede sufrir hasta el punto de sugerir si la víctima va a poder recuperarse por sí sola o si va a requerir de ayuda profesional (Domínguez, Pennebaker & Olvera, 2009).

El perfil Psicofisiológico es un procedimiento que toma como referencia los niveles iniciales de temperatura periférica de la piel. Esto a su vez permite documentar el nivel de Arousal del organismo en diferentes condiciones: reposo (SOA), (SOC); relajación (RN) e inhibición (IA). (Domínguez, et al., 2001). Proporcionando un puntaje total que nos indica el nivel de vulnerabilidad del paciente.

Las condiciones SOA y SOC constituyen la línea base del perfil psicofisiológico e indican la actividad tónica que muestra el organismo antes de la presentación de un estímulo determinado y conocido. Es la actividad que se registra en una persona cuando no esta dando ninguna respuesta discernible. Es importante registrar y medir la actividad tónica por dos razones, en primer lugar tiene interés en si misma como medida de la actividad de sistemas fisiológicos cuando un sujeto no está respondiendo a estímulos concretos sobre todo en la clínica, en segundo lugar, del nivel previo de actividad

dependerá en muchos casos la magnitud de la respuesta a un estímulo determinado (Simón & Amenedo, 2001).

Y las condiciones RN e IA evalúan la respuesta discreta, provocada por estimulación dirigida o autodirigida (actividad fásica), esta actividad puede implicar tanto un incremento como un decremento en la frecuencia o en la amplitud de la actividad que se está registrando.

La condición RN permite estimar la capacidad deliberada (intencional) para producir cambios en la intensidad de su respuesta simpática y en cierta medida en sus habilidades para transitar de un estado de estrés a uno de serenidad en un periodo temporal reducido (2 minutos). Es uno de los recursos que de manera natural la pc puede utilizar para hacer referencia al cambio voluntario en los niveles de arousal y los estados de mayor serenidad que se pueden generar a partir de esta. La condición IA se refiere al proceso de adaptación cognitiva-emocional utilizado frecuentemente por las personas para afrontar con estresores cotidianos de diferente magnitud, duración e intensidad, consistente en el esfuerzo deliberado de alejar del foco de su consciencia (atencional) el evento relegándolo a un segundo o tercer nivel, lo que implica un esfuerzo sostenido generador de estrés adicional ya que lo que una persona hace ante un estímulo negativo, como puede ser un conflicto, contratiempo o trauma, es retirarlo de su foco de atención, ya sea guardándolo, restándole importancia o negándolo, lo que implica un esfuerzo extra, desgaste físico y

psicológico, que al mantenerse por periodos prolongados, aumenta la probabilidad de que se presenten diversas enfermedades e incluso el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos (Domínguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz & González, 2002).

Monitorear la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), tanto en reposo como cuando responde a desafíos, ha contribuido al incremento del conocimiento sobre los mecanismos etiológicos de las diferencias individuales en el proceso de salud - enfermedad y constituyen un valioso recurso para evaluar y mejorar los tratamientos. Estas mediciones psicofisiológicas se combinan con el empleo de técnicas cognitivo-conductuales de relajación y de revelación emocional (Domínguez, 2007).

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Todos nosotros luchamos con el estrés de una u otra forma y normalmente a diario. Aún así, parece claro que no siempre afrontamos el estrés - sobre todo el estrés prolongado o crónico - en un plano de igualdad; no siempre tenemos éxito con nuestros esfuerzos de afrontamiento. Esto puede ser porque no sabemos cuál es la fuente del estrés, porque no disponemos de las armas para combatir el estrés o porque no hemos aprendido como utilizar las armas de afrontamiento que están disponibles (Caballo, 1998).

De acuerdo a Domínguez y Olvera (2006), la meta de los tratamientos psicológicos del estrés se encamina a enseñar al paciente cómo familiarizarse y manejar los síntomas fisiológicos y psicológicos, así como el uso apropiado de sus habilidades para afrontar y minimizar los síntomas. Las intervenciones específicas en el contexto del estrés incluyen diferentes enfoques conductuales, como el control de la respiración, la relajación muscular y enfoques cognoscitivos como: la distracción, la reestructuración cognoscitiva, así como la escritura emocional autorreflexiva. En esta última se pondrá más énfasis ya que es una de las herramientas que se pretende explorar en este estudio.

ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

En el transcurso de la historia, la escritura ha tenido una influencia muy poderosa para expresar y comunicar los sentimientos, pensamientos y conductas de los individuos y las comunidades. La escritura ha permeado y moldeado cada esfera de la vida privada y pública en lo espiritual, comercial, político, educacional, artístico y vocacional (Domínguez, et-al., 2009).

Las aplicaciones de la escritura para fines terapéuticos parecen haber surgido de la tradición psicoterapéutica de recurrir a las terapias expresivas para aliviar malestares asociados con experiencias traumáticas (Smyth & Greenberg, 2000; citado en Domínguez, et al., 2009).

Los poetas y novelistas, por siglos han considerado a la escritura como una forma de transformar el trauma y alcanzar la curación de sí mismos y de otros.

Ira Progoff (1977) popularizó los “diarios” como un método de curación psíquica hace varias décadas, en la actualidad con frecuencia escribir se recomienda como una tarea en el contexto de varios enfoques psicoterapéuticos (citado en Domínguez, et al., 2009).

La expresión de una reseña escrita o verbal, al principio desarticulada y finalmente coherente y con gran significado personal/emocional, se presenta paralela a una importante reducción de síntomas, cambios conductuales adaptativos e incluso, cambios positivos inmunológicos (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992; citado en Domínguez, et al., 2009) después de una experiencia traumática.

En este proceso aparece un nuevo sentido de control personal, las personas transitan de verse como víctimas a concebirse como sobrevivientes o incluso como testigos, todo en un plazo reducido; pueden continuar reportando las mismas adversidades, malestares y pensamientos e imágenes invasivas, pero no tienen dificultad en tolerarlos y sentirse que ejercen control sobre ellos (Wegner & Wheatley, 1999; citado en, Domínguez, et al., 2009).

¿Por qué escribir o hablar acerca de experiencias inquietantes produce mejoría en la salud física o psicológica?

Pennebaker (1980), menciona que una respuesta importante es de tipo cognitivo: las personas piensan de distinta manera después de escribir sobre traumas. Al traducir las experiencias al lenguaje humano comienzan a organizar y a estructurar las que parecen ser infinitas facetas de los hechos apabullantes. Una vez organizados estos con frecuencia aparecen de menor entidad y más fáciles de hacer frente. Reviste especial importancia el hecho de que la escritura nos conduzca a una resolución. Aunque un suceso no tenga ningún sentido se convierte en psicológicamente completo. En resumen ya no hay ninguna razón para continuar dándole vueltas. Psicológicamente el acto de traducir pensamientos privados al lenguaje ayuda a la gente a comprender y asimilar los pensamientos de manera más eficaz.

El beneficio de escribir o hablar acerca de los traumas es doble: las personas alcanzan una comprensión de los acontecimientos, y una vez que lo han logrado ya no necesitan inhibir sus necesidades al hablar. Escribir sobre los traumas reduce la actividad fisiológica y mejora la salud. La confesión lleva a una mayor congruencia en la actividad de ondas cerebrales entre el hemisferio derecho e izquierdo.

Traducir nuestros pensamientos al lenguaje resulta psicológica y físicamente

beneficioso, se organiza y se entiende. El escribir acerca de los pensamientos y sentimientos asociados a los traumas, obliga a los sujetos a unir las múltiples facetas de acontecimientos extraordinariamente complicados. Una vez que las personas son capaces de destilar experiencias complejas a categorías más comprensibles, pueden empezar a superar el trauma. Por lo tanto, escribir organiza los traumas y el confrontar los traumas permite reorganizar y asimilar los hechos, liberando la mente para que pueda hacer frente a otras cosas.

Debido a que la escritura promueve la integración de la información, puede ayudar a solucionar problemas complejos. Si las personas escriben libremente sobre un problema complicado al que están haciendo frente pueden encontrar con más facilidad una solución. Escribir obliga a la gente a mantener su atención sobre un determinado tema durante mas tiempo de lo que hubiera mantenido si tan solo hubiese estado pensando en el. Puesto que la escritura es más lenta que el pensar cada idea ha de ser pensada más detalladamente. La escritura es también más lineal que el pensamiento puesto que obliga a transcribir

Otro fenómeno común cuando las personas escriben repetidamente acerca del mismo trauma es que se va produciendo un cambio gradual en la perspectiva.

Con el paso del tiempo los individuos que están escribiendo sobre un tema concreto

tienden a distanciarse de el más y más. Son capaces de hacer balance y considerar las causas complejas del hecho y sus propias emociones encontradas.

Quizás porque se refieren en multitud de ocasiones al trauma, las respuestas emocionales de la gente se convierten en menos extremas. En otras palabras afrontar repetidamente una experiencia inquietante permite una valoración de su significado e impacto menos cargado de emociones. La descripción del hecho gradualmente se acorta y resume, los hechos irrelevantes y las impresiones tangenciales se dejan de lado, mientras que los aspectos centrales de los traumas se recalcan y analizan. Consiguen elaborar un resumen mental de su experiencia que a menudo les resulta menos intimidante psicológicamente.

Escribir acerca de experiencias estresantes puede contribuir a producir beneficios en la salud. Por supuesto, no todos los estudios muestran efectos positivos de la escritura y no todas las personas que escriben logran beneficiarse (Domínguez, et al., 2009).

Por ejemplo, algunas personas se benefician de la escritura más que otras. Aquellos que manifiestan las mayores mejoras en salud son personas que no se sienten libres para confiar sus pensamientos y sentimientos más íntimos a otras personas. Así mismo, muchos individuos son de manera natural buenos afrontadores y no se beneficiaran del trabajo sobre la escritura (Wortman & Silver; citado en Pennebaker, 1980).

Como se mencionó, la escritura se ha utilizado desde tiempo atrás como una herramienta terapéutica que beneficia enormemente la salud física y mental de las personas que la utilizan, por lo que en algunos estudios que se han llevado a cabo se le ha utilizado como método de intervención psicológica.

Domínguez, et. al. (2006), en un estudio que llevaron a cabo con pacientes que sufren dolor, encontraron que la EEA tanto para pacientes alfabetos como analfabetos, que involucró el reporte de los estados emocionales negativos asociados con el dolor a través de un proceso gradual de jerarquización, permitió la reconceptualización del dolor, la disminución de los niveles de estrés y finalmente, la modificación de la percepción de intensidad del dolor.

Gortner, Rude y Pennebaker (2006), en un estudio que llevaron a cabo con estudiantes universitarios vulnerables a la depresión, encontraron que estudiantes menos expresivos (alta supresión con respecto al Cuestionario de Regulación Emocional), disminuyeron sus síntomas depresivos, por medio de la técnica de EEA. Comentaron que obtuvieron grandes beneficios al escribir acerca de sus sentimientos y que les ayudo a cuidar su interior, pues para ellos era difícil hablar de sus sentimientos con otras personas. Participantes más expresivos (baja supresión con respecto al Cuestionario de Regulación Emocional), comentaron que preferían hablar de sus sentimientos con otras personas (amigos o familiares) y que obtenían mayores beneficios que al utilizar la técnica de

escritura. El aumentar las sesiones de escritura a 5 semanas, no engrandecieron significativamente los beneficios de la escritura expresiva.

Lepore (1997), en un estudio que llevo a cabo con estudiantes universitarios con pensamientos intrusivos y síntomas depresivos encontró que la escritura expresiva reduce el distrés psicológico asociado con un inminente evento estresante. Reduce los síntomas depresivos, atenuando los efectos emocionales negativos de los pensamientos intrusivos, mejor dicho reduce el número de pensamientos intrusivos.

Harrist, Carlozzi, McGovern y Harrist (2007), en un estudio que llevaron a cabo con estudiantes universitarios, encontraron que hablar sobre temas positivos “objetivos y metas de vida”, puede beneficiar a poblaciones que no cuentan con sentimientos positivos en cuanto a su vida futura. Ya que es equivalente a las experiencias del mundo real donde la gente habla con otras personas acerca de los planes y metas de su vida. La discusión oral de las metas de vida puede ser implementada más fácilmente que la intervención de escritura expresiva en algunos grupos de gente que pueden ser excluidos de este tipo de intervención. Por ejemplo: pacientes en programas de rehabilitación, y adultos y/o niños con limitaciones en las habilidades y capacidades de leer y escribir, pueden beneficiarse de una serie de discusiones orales y tener una visión de un mejor futuro para si mismos.

Finalmente se puede decir que la técnica de escritura emocional autorreflexiva se considera un estilo de afrontamiento adaptativo ante situaciones que generan estrés o que

provocan algún sentimiento de malestar. Beneficiando el estado de salud de las personas que la utilizan.

METODO

JUSTIFICACIÓN

La violencia doméstica afecta numerosos aspectos de la vida de una mujer, engendrando sentimientos complejos y profundos como son el estrés y el miedo. El estrés crónico causado por agresiones violentas o moderadas pero repetidas y próximas en el tiempo, constituye a la larga una dosis total excesiva que sobrepasa el umbral de resistencia, este estrés lleva consigo un agotamiento psicológico y glandular progresivo que es responsable de enfermedades como: hipertensión, diabetes, obesidad, asma, etcétera. Así mismo, el clima de terror en que viven afecta sus capacidades cognitivas para actuar ante las situaciones de riesgo y por lo tanto tienen menos habilidades para protegerse a sí mismas y a sus hijos (Pendzik, 2000; Saucedo, 2002).

Por lo que actualmente pocos se cuestionan la necesidad de atender esta problemática; la pregunta es cómo hacerlo de manera efectiva.

Algunos estudios realizados con otras poblaciones (Lepore, 1997; Domínguez, et al., 2006; Gortner, et al., 2006; Harrist, et al., 2007), han utilizado tratamientos psicológicos del estrés, que tienen como meta enseñarle al paciente cómo anticipar y manejar los

síntomas fisiológicos y psicológicos, así como el uso apropiado de sus habilidades para afrontar y minimizar los síntomas. Las intervenciones específicas investigadas en el contexto del estrés incluyen diferentes enfoques cognoscitivos, entre los cuales se encuentra la técnica de escritura emocional autorreflexiva (Domínguez, 2001; Dale, et al., 2009). Aunado a esto, se ha demostrado que el uso de equipos de monitoreo psicofisiológico facilitan una información objetiva acerca de los estados emocionales de los evaluados (Domínguez, 2001; Dale, et al., 2009). Debido a lo anterior, en este estudio se explora ¿Cuál es el efecto que tiene la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre los cambios de temperatura periférica bilateral cómo indicador de vulnerabilidad al estrés en una muestra de 6 mujeres que vivieron violencia familiar?

OBJETIVO GENERAL

Poner a prueba el impacto de la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre los cambios en la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés en 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Monitorear los cambios en la temperatura periférica bilateral para documentar el perfil de vulnerabilidad al estrés antes de la intervención de la técnica de escritura emocional autorreflexiva de 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

2. Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva en 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

3. Monitorear los cambios en la temperatura periférica bilateral para obtener el perfil de vulnerabilidad al estrés después de la intervención de la técnica de escritura emocional autorreflexiva de 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

HIPOTESIS

H1: La técnica de escritura emocional autorreflexiva contribuye a elevar la temperatura periférica bilateral de 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar

H2: La técnica de escritura emocional autorreflexiva puede contribuir a disminuir la vulnerabilidad al estrés de 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar

VARIABLES

Variable Independiente

- Técnica de escritura emocional autorreflexiva

Variables Dependientes

- Temperatura periférica bilateral de la piel
- Vulnerabilidad al estrés

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Técnica de Escritura Emocional Autorreflexiva

Herramienta terapéutica clínica orientada a la reducción de los efectos dañinos del estrés crónico y de experiencias traumáticas en la salud y en el bienestar de las personas (Domínguez, et al., 2009).

- Temperatura Periférica Bilateral de la piel

En este estudio pondremos énfasis en la temperatura periférica bilateral ya que es un correlato que proporciona información del paciente sobre la relación entre los procesos emocionales y los cambios fisiológicos.

En la superficie corporal pueden captarse determinados tipos de señales representativas de la actividad vascular periférica (AVP). Existen dos vertientes en la medición y registro de la AVP, como son, por un lado, los fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción de las estructuras micro circulatorias en lechos vasculares periféricos, para detectar el volumen sanguíneo y el volumen del pulso; y por otro, la detección de ondas del pulso en arterias superficiales (Labrador, 1995).

La temperatura externa del cuerpo depende fundamentalmente de la circulación sanguínea periférica. La vasoconstricción de las arterias periféricas provocada por la activación del sistema nervioso simpático disminuye la temperatura de la piel. Por el contrario la vasodilatación de las mismas arterias, provocada por la inhibición del sistema nervioso simpático, aumenta la temperatura de la piel (Vila, 2000). Las variaciones de temperatura periférica de la piel son producidas por aumento y disminución de la irrigación sanguínea periférica; estos son indicadores relacionados con los cambios emocionales, específicamente de los estados de estrés y relajación y de la actividad del sistema nervioso simpático y al parecer también del parasimpático (Domínguez, et al., 2001).

- Vulnerabilidad al estrés

Cambios simpáticos que indican si la victima va a poder recuperarse por si sola o si requerirá de mucha o poca ayuda profesional (Domínguez, Esqueda, Hernández, González, Olvera & Marquéz, 2001; Domínguez, et al., 2009).

Definición operacional

La variable independiente será operacionalizada a través de los ejercicios de "Pennebaker", que son escritos que hacen referencia a experiencias personales dolorosas, traumáticas, perturbadoras y/o conflictivas, recientes o pasadas. Y se practicarán bajo cuatro ejercicios: A, B, C y D (Olvera, Domínguez, Cruz & Pennebaker, 2002; Olvera & Domínguez, 2007). Ver apartado de instrumentos en la página 63

Las variables dependientes serán operacionalizadas a través de los puntajes obtenidos en el perfil psicofisiológico del estrés, que es un procedimiento que permite determinar los niveles iniciales de las respuestas de temperatura periférica de la piel y de otros correlatos psicofisiológicos en condiciones de activación, reposo, relajación e inhibición (Domínguez, et al., 2001, 2003). Ver apartado de instrumentos en la página 64

MUESTREO

Se trata de un muestreo no probabilístico propositivo (Pick y López, 1980), ya que las participantes no fueron elegidas al azar y su colaboración fue voluntaria. La muestra del estudio estuvo conformada por 6 mujeres originarias del Estado de México que en el momento del estudio se encontraban viviendo en un refugio temporal como consecuencia de haber vivido violencia familiar extrema. Se eligió que el escenario para llevar a cabo el estudio fuera el Refugio temporal, ya que se tomó como criterio que las participantes fueran mujeres violentadas y en este lugar se tenía acceso a este tipo de población, aunado a que las autoridades administrativas del mismo dieron la oportunidad de que ahí se llevara a cabo el estudio. Al finalizar el estudio la muestra se conformó únicamente de 6 casos, debido a que eran los únicos que contaban con ambas mediciones (PRE-POST) y que habían concluido todos los ejercicios de escritura.

En cuanto a la edad de las participantes esta iba desde los 13 hasta los 45 años de edad. Una de ellas soltera, dos en unión libre y tres casadas. En promedio con tres hijos cada una (a excepción de la adolescente de 13 años que no tiene ningún hijo). Con escolaridad desde

primaria incompleta hasta bachillerato trunco y una de ellas sin escolaridad. Con un rango de vivir violencia desde 2 hasta 14 años. Todas ellas por su situación de violencia familiar y sexual extrema permanecieron viviendo tres meses en un Refugio temporal del Estado de México. A continuación se resumen las características sociodemográficas de la muestra (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la muestra

PARTICIPANTES	EDAD	EDO. CIVIL	NO. HIJOS	ESCOLARIDAD	TIEMPO QUE VIVIÓ VIOLENCIA	TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL REFUGIO
CASO 1	13	Soltera	0	1ero de secundaria	2 años	3 meses
CASO 2	25	Unión libre	3	Bachillerato trunco	4 años	3 meses
CASO 3	26	Casada	4	Sin escolaridad	9 años	3 meses
CASO 4	36	Casada	2	Bachillerato trunco	4 años	3 meses
CASO 5	37	Casada	3	Bachillerato trunco	7 años	3 meses
CASO 6	45	Unión libre	2	Primaria incompleta	14 años	3 meses

TIPO DE ESTUDIO

Es cuasiexperimental porque carece de control experimental total. Las participantes no fueron asignadas al azar y no se cuenta con un grupo control (Campbell & Stanley, 1966).

TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño Pretest-Posttest de un solo grupo (Campbell, et-al., 1966).

Este estudio se puede diagramar de la siguiente forma: O1 X O2

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

1. Técnica de Escritura Emocional Autorreflexiva. Consiste en escribir sobre alguna experiencia personal: dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva, reciente o pasada; especialmente aquella que nunca se haya hablado con nadie o se haya hablado superficialmente o en pocas ocasiones. En estos ejercicios se plasman emociones y sentimientos íntimos, así como experiencias positivas que se obtuvieron de ese suceso y las metas que se definieron a partir de ello. Esta técnica consta de cuatro ejercicios: A, B, C y D.

a) Ejercicio “A”: se escribe la experiencia personal utilizando exclusivamente la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.).

b) Ejercicio “**B**”: en este ejercicio se muestra la siguiente lista de palabras para que la utilicen en su escrito. Ver tabla 2

Tabla 2. LISTA DE PALABRAS		
Amor	Miedo	Descubrí que...
Afecto	Frustración	Analice que...
Felicidad	Odio	Al fin comprendí que...
Bienestar	Fracaso	Después de un tiempo...
Paz	Fealdad	Estoy buscando...
Armonía	Intranquilidad	Estoy cerca de...
Bonito	Insoportable	Sospecho que...
Sereno	Destruyivo	He aclarado que...
Vigoroso	Deshonesto	Por fin encontré que...
Perdón	Terrorífico	La razón de...
Amable	Intolerable	Ahora sé...
Satisfactorio	Dañino	El sentido es...
Disfrutar	Sufrimiento	Ahora esta más claro...
Tranquilidad	Quebranto	Me di cuenta de...
Esperanza	Rencor	La solución es...
	Tristeza	

c) Ejercicio “**C**”: se escribe la experiencia personal utilizando la tercera persona del singular, por ejemplo: a ella, ella pensó, ella consideró, etcétera.

d) Ejercicio “**D**”: por ultimo se plasman en el escrito las consecuencias provechosas, benéficas o útiles que ha dejado esa experiencia para su vida cotidiana y a partir de ello que metas se planteará en un futuro próximo.

2. Perfil psicofisiológico del estrés. Consta de cuatro condiciones de dos minutos cada una: sentada ojos abiertos, sentada ojos cerrados, respuesta natural de relajación e inhibición

activa. Se registra la temperatura en grados Fahrenheit cada 15 segundos durante los dos minutos de cada condición (ver anexo 1).

3. Termómetros digitales electrónicos

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de este estudio se realizaron 9 sesiones con cada una de las participantes de manera individual, las cuales se describirán a continuación. También ver cartas descriptivas (anexo 2).

Primera sesión

Se les explicó a las participantes el objetivo del estudio y se mencionó que la información que ellas proporcionarían en sus escritos sería totalmente confidencial, y que los datos obtenidos de la medición de la temperatura periférica bilateral serían usados exclusivamente para esta investigación. Así mismo, se les explicó la función del termómetro digital electrónico, haciendo hincapié en que su uso es totalmente inofensivo y que nos proporcionaría información valiosa de sus estados emocionales y fisiológicos.

Segunda sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico de acuerdo a los siguientes pasos (estos pasos se siguieron en cada sesión para colocar el termómetro):

1.1 Se limpió con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro.

1.2 Se colocaron los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente.

2. Se registró la Temperatura Periférica Bilateral (TPB) para obtener el Perfil de Vulnerabilidad al Estrés Inicial (PVEI) bajo cuatro condiciones: sentada ojos abiertos (SOA), sentada ojos cerrados (SOC), respuesta natural de relajación (RN) e inhibición activa (IA). Cada condición se registro cada 15 segundos durante dos minutos.

La instrucción general fue la siguiente: "le voy a pedir que durante las siguientes condiciones de registro permanezca sentada y sin moverse. Usted me indica cuando este lista".

Las instrucciones para cada condición fueron las siguientes:

- ❖ SOA: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos abiertos. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos.

- ❖ SOC: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos cerrados. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos.

- ❖ RN: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos se relaje de una forma natural, es decir, como usted sepa hacerlo, puede estar con los ojos abiertos o cerrados, pero no puede hablar. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le preguntó: ¿Pudo ponerse tranquila? ¿Le fue fácil o difícil? ¿En una escala del 0 al 10 que tan tranquila se pudo poner, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para ponerse tranquila?

- ❖ IA: se le preguntó ¿Conoce un oso blanco? Descríbalo por favor. (Si la descripción fue pobre, se preguntó sobre sus orejas, ojos, nariz, hocico, rabo, pelo, garras y forma de caminar). Ahora le voy a pedir que borre completamente su oso blanco, ese oso blanco (se describieron primero algunas de las características mencionadas), tampoco

se acuerde de las palabras oso blanco, puede estar con los ojos abiertos o cerrados y puede hacer lo que guste para borrar su oso blanco, menos hablar, usted me avisa cuando este lista y yo le digo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le preguntó ¿Pudo borrar el oso blanco? ¿Le fue fácil o difícil? ¿Reapareció en algún momento? ¿En una escala del 0 al 10 que tanto pudo borrar al oso blanco, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para borrarlo?

4. Una vez terminado el registro del PVEI se le proporciono a la paciente una hoja blanca y un lápiz para que escribiera sobre su experiencia personal de violencia familiar.

5. La paciente practicó por primera ocasión el ejercicio "A" de la técnica de escritura emocional autorreflexiva (EEA) durante 30 minutos aproximadamente (mientras escribía la TPB se fue registrando cada 15 segundos).

Las instrucciones que se dieron para el ejercicio "A" fueron las siguientes:

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso,

sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. Si de momento no recuerda nada, no se preocupe, espere a recordar, algo llegará.

6. Una vez concluido el ejercicio "A", se retiró el termómetro digital electrónico, con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente (este procedimiento se siguió en todas las sesiones para retirar el termómetro).

Tercera sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico para registrar la TPB cada 15 segundos mientras la paciente escribía sobre su historia personal de violencia familiar.

2. Se practicó por segunda ocasión el ejercicio "A" de la técnica de EEA.

3. Una vez concluido el ejercicio "A", se retiró el termómetro digital electrónico.

Cuarta sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico.
2. La paciente practicó por primera ocasión el ejercicio "B" de la técnica de EEA durante 30 minutos aproximadamente (mientras escribía la TPB se fue registrando cada 15 segundos).

Las instrucciones para el ejercicio "B" fueron las siguientes:

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos.

Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. En esta ocasión, le presentamos una lista de palabras, intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito. No se preocupe por la claridad de su letra ni por la ortografía o la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.

3. Una vez concluido el ejercicio "B", se retiró el termómetro digital electrónico.

Quinta sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico para registrar la TPB cada 15 segundos mientras la paciente escribía sobre su historia personal de violencia familiar.

2. Se practicó por segunda ocasión el ejercicio "B" de la técnica de EEA.

3. Una vez concluido el ejercicio "B", se retiró el termómetro digital electrónico.

Sexta sesión

1. Se colocó el termómetro electrónico digital.

2. La paciente practicó por primera ocasión el ejercicio "C" de la técnica de EEA durante 30 minutos aproximadamente (mientras escribía la TPB se fue registrando cada 15 segundos).

Las instrucciones para el ejercicio "C" fueron las siguientes:

A partir de este momento haga su escrito, evitando emplear la primera persona del singular. En esta ocasión escriba sobre sus recuerdos utilizando la tercera persona (ella sintió, ella pensó, etc.). Escriba sin hacer pausas, de manera continua y libremente sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente), que considere el más doloroso de sus recuerdos. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.

3. Una vez concluido el ejercicio "C", se retiró el termómetro digital electrónico.

Séptima sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico para registrar la TPB cada 15 segundos mientras la paciente escribía sobre su historia personal de violencia familiar.

2. Se practicó por segunda ocasión el ejercicio "C" de la técnica de EEA.

3. Una vez concluido el ejercicio "C", se retiró el termómetro digital electrónico.

Octava sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico.

2. La paciente practicó por primera ocasión el ejercicio "D" de la técnica de EEA durante 30 minutos aproximadamente (mientras escribía la TPB se fue registrando cada 15 segundos).

Las instrucciones para el ejercicio "D" fueron las siguientes:

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. En esta ocasión, escriba buscando en su experiencia todo aquello que le dejó de benéfico y que contribuyó a su crecimiento personal. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. Si de momento no recuerda nada, no se preocupe, espere a recordar, algo llegará.

3. Una vez concluido el ejercicio "D", se retiró el termómetro digital electrónico.

Novena sesión

1. Se colocó el termómetro digital electrónico.

2. Se registró la TPB para obtener el Perfil de Vulnerabilidad al Estrés Final (PVEF) bajo cuatro condiciones: sentada ojos abiertos (SOA), sentada ojos cerrados (SOC), respuesta natural de relajación (RN) e inhibición activa (IA). Cada condición se registro cada 15 segundos durante dos minutos.

3. Una vez terminado el registro del PVEF se le proporcionó a la paciente una hoja blanca y un lápiz para que escribiera sobre su experiencia personal de violencia familiar.

4. Se practicó por segunda ocasión el ejercicio "D" de la técnica de EEA.

5. 3. Una vez concluido el ejercicio "D", se retiró el termómetro digital electrónico.

RESULTADOS

A través de un análisis descriptivo de la temperatura periférica bilateral se obtuvo el puntaje del Perfil de Vulnerabilidad al Estrés inicial (PRE) y final (POST), mismo que asigna a cada una de las participantes un grado de vulnerabilidad determinado.

Posteriormente se describe el impacto que tuvo la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés.

El Perfil de Vulnerabilidad al Estrés (PVE) se obtuvo al asignar valores numéricos dentro de una escala de 0 a 4 para las diversas variaciones en las categorías: dominancia, ganancia, simetría y sincronía de la temperatura periférica en las condiciones de SOA, SOC, RN e IA. Los criterios para calificar estas categorías fueron a saber:

Dominancia. Si la temperatura resultaba mayor en el lado reportado como dominante, se asignaba 1; en caso contrario 0.

Ganancia. Si la temperatura se incrementaba en el periodo de 15 segundos durante dos minutos, se adjudicaba 1 y si decrementaba 0.

Simetría. Se utilizó el siguiente criterio de acuerdo a la diferencia de temperatura entre ambas ubicaciones anatómicas: menos de 1 grado Fahrenheit, se asignó 4; menos de 2 grados Fahrenheit y más de 1 grado Fahrenheit, 3; menos de 3 grados Fahrenheit y más de 2 grados, 2; menos de 4 grados Fahrenheit y más de 3 grados Fahrenheit, 1, y más de 4 grados Fahrenheit, 0.

Sincronía. Si se reducía la diferencia de temperatura entre los dos lados durante la condición, se asignaba 2; si fue constante 1; y si la diferencia aumentaba 0.

Estos valores fueron sumados y asignados para cada una de las categorías que se podían puntuar con un mínimo de 0 y un máximo de 9 para cada condición. El puntaje total sería de 36 lo que indicaría la Vulnerabilidad del Perfil en un rango de pésimo a excelente. Donde pésimo es equivalente a un nivel mayor de vulnerabilidad al estrés que se reflejaría en los puntajes de 0 a 6 y excelente hace referencia a mínima vulnerabilidad con puntajes de 31 a 36 (Domínguez, et al. 2001). Ver tabla 1

Tabla 1

Puntaje	Rango
0-6	Pésimo
7-12	Malo
13-18	Regular
19-24	Bien
25-30	Muy bien
31-36	Excelente

Al evaluar el PVE, en las seis participantes se pudo observar que antes de la intervención los casos 3, 2 y 5 presentaron un valor que las ubicaba en un rango de “malo a regular”. No así los casos 1, 4 y 6, que en la misma evaluación se ubicaban en el rango de “bien”. Al parecer únicamente en el caso 3 el perfil estaría indicando mayor vulnerabilidad (ver tabla 2).

Tabla 2. Concentrado de los puntajes obtenidos del Perfil de Vulnerabilidad al Estrés para cada una de las participantes antes de la intervención de la técnica de escritura emocional autorreflexiva

	PRE	RANGO
CASO 3	12	Malo
CASO 2	17	Regular
CASO 5	16	Regular
CASO 1	20	Bien
CASO 4	20	Bien
CASO 6	21	Bien

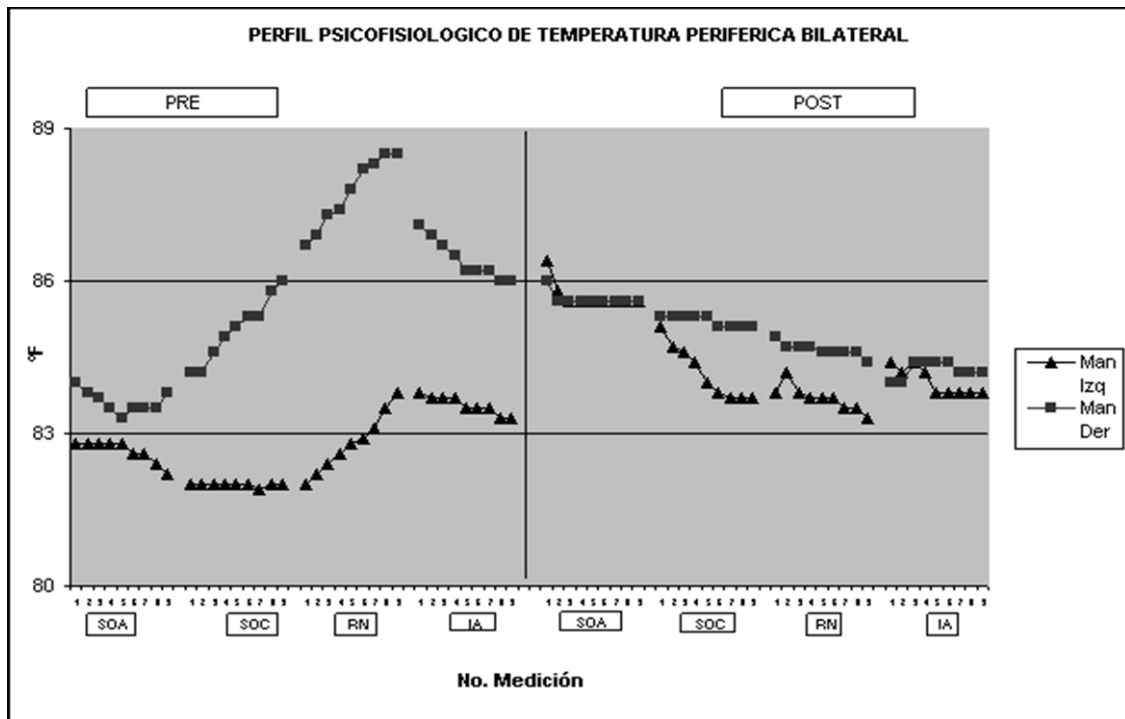
Al evaluar el PVE en las seis participantes después de la intervención se encontró que en el caso 3, la vulnerabilidad al estrés disminuyó modificando el puntaje del rango original de 12 a 21 puntos. En los casos 2 y 5 en los que inicialmente se obtuvo una evaluación de regular, se observó una mayor vulnerabilidad después de la intervención esto es: de una calificación de regular se modificó a una de mala, disminuyendo el puntaje original de 17-16 a 10-12 puntos. Por el contrario en los casos 1, 4 y 6 no se mostraron cambios en el rango de vulnerabilidad posterior a la intervención. Ver tabla 3.

Tabla 3. Concentrado de los puntajes obtenidos del Perfil de Vulnerabilidad al Estrés para cada una de las participantes después de la intervención de la técnica de escritura emocional autorreflexiva

	POST	RANGO
CASO 3	21	Bien
CASO 2	10	Malo
CASO 5	12	Malo
CASO 1	22	Bien
CASO 4	22	Bien
CASO 6	21	Bien

Al analizar los PVE y al compararlos antes (PRE) y después (POST) para conocer el impacto que tuvo la técnica de EEA sobre la temperatura periférica bilateral de la piel, se pudo observar que en el PRE del caso 3 hay una falta de simetría y sincronía que se mantuvo en todas las condiciones. A diferencia del POST en donde los parámetros de simetría y sincronía se modificaron de manera notoria lo que hizo que su puntaje aumentara de manera importante. Ver gráfica 1.

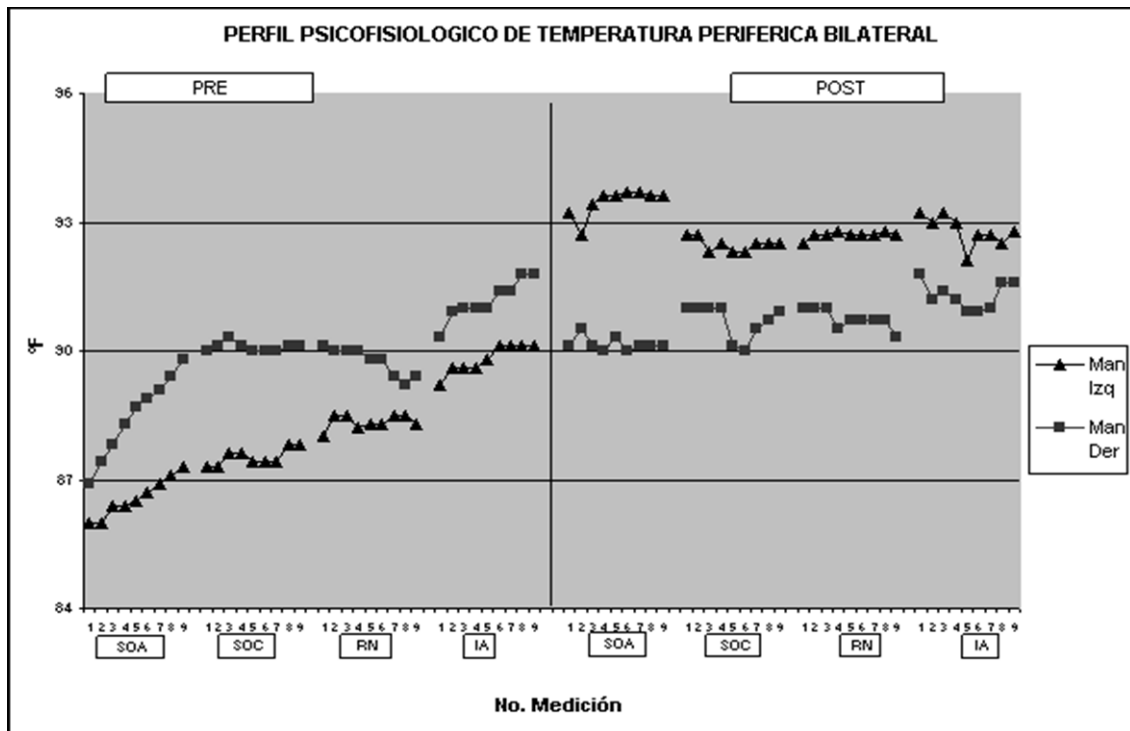
Gráfica 1. Caso 3



Mujer de 26 años de edad. Casada. Con 4 hijos. Sin escolaridad. Vivió 9 años violencia familiar.

En el caso 2 el puntaje obtenido en el PRE la ubicó dentro del rango de REGULAR, observándose una evidente falta de simetría y sincronía durante la evaluación de casi todas las condiciones, sobre todo en las dos primeras. El efecto de la EEA reflejado en el POST dejó ver que la intervención provocó cambios importantes en los parámetros de simetría, sincronía y ganancia adicional a una inversión de dominancia que se refleja en la modificación del puntaje de vulnerabilidad, haciéndolo o calificándolo como más vulnerable. Ver gráfica 2

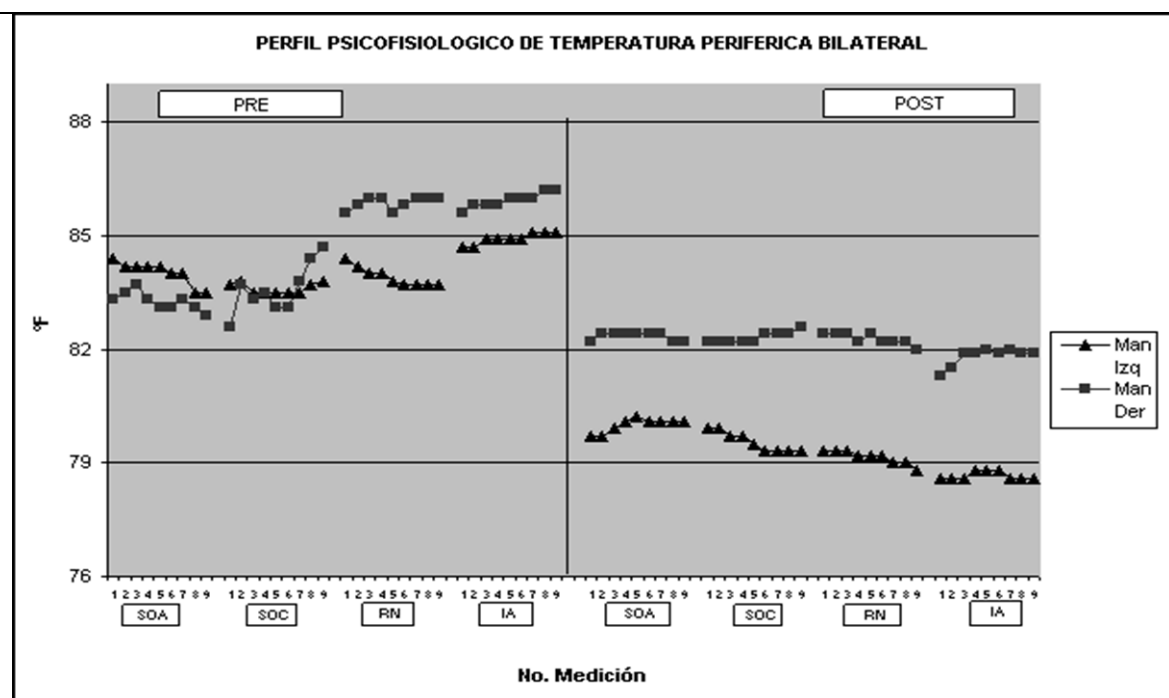
Gráfica 2. Caso 2



Mujer de 25 años de edad. Unión libre. Con 3 hijos. Bachillerato trunco. Vivió 4 años violencia familiar.

En el caso 5 en el que el puntaje obtenido antes de la intervención lo ubicó en el rango de REGULAR, se observó que en las primeras condiciones presentó dominancia invertida y una pérdida de la simetría y sincronía durante el resto de la evaluación de las condiciones RN e IA. En el POST el efecto de la EEA mostró un cambio total en el patrón de simetría y sincronía, lo que hizo que el puntaje total después de la intervención fuera menor. No obstante llama la atención el mantenimiento de la dominancia en todas las condiciones. Ver gráfica 3

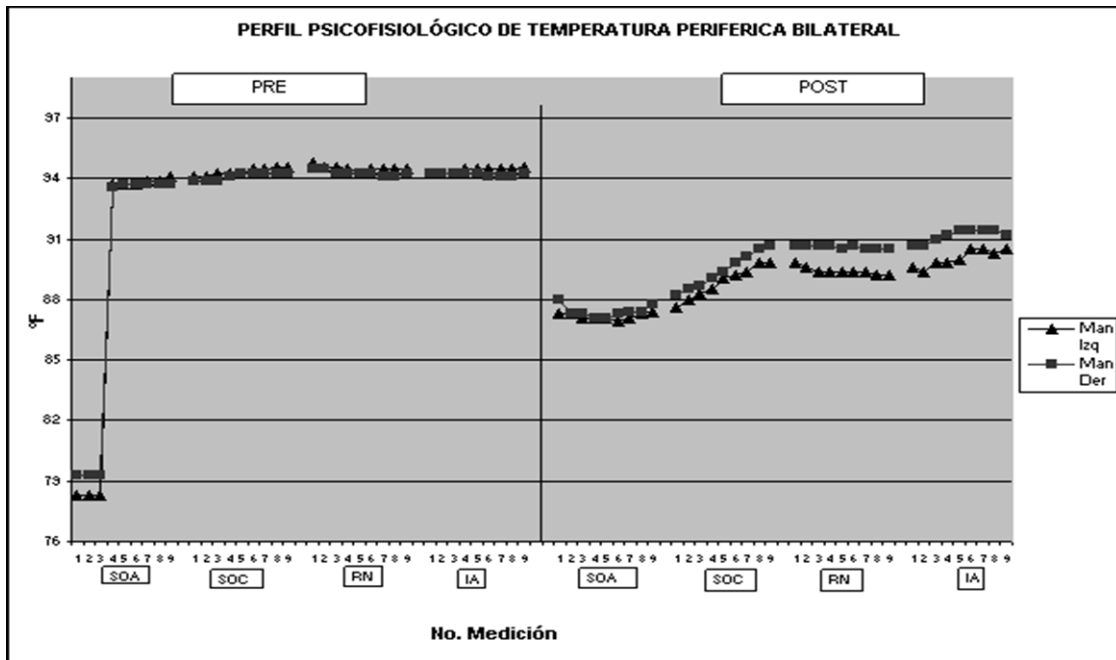
Gráfica 3. Caso 5



Mujer de 37 años de edad. Casada. Con 3 hijos. Bachillerato tunco. Vivió 7 años violencia familiar.

En el caso 1 antes de la intervención la paciente obtuvo un puntaje que la colocaba en el rango de BIEN en el que es evidente un patrón (TPB) de simetría, sincronía y dominancia, aunque sin ganancia. Totalmente diferente al patrón que se observa en el POST, en donde para todas las condiciones se mostró simetría, sincronía, dominancia y ganancia. En este caso es interesante resaltar que si bien se mantuvo en el mismo rango de Vulnerabilidad, los dos puntos que incremento en el POST mostraron un patrón de temperatura cualitativamente diferente. Ver Grafica 4.

Gráfica 4. Caso 1

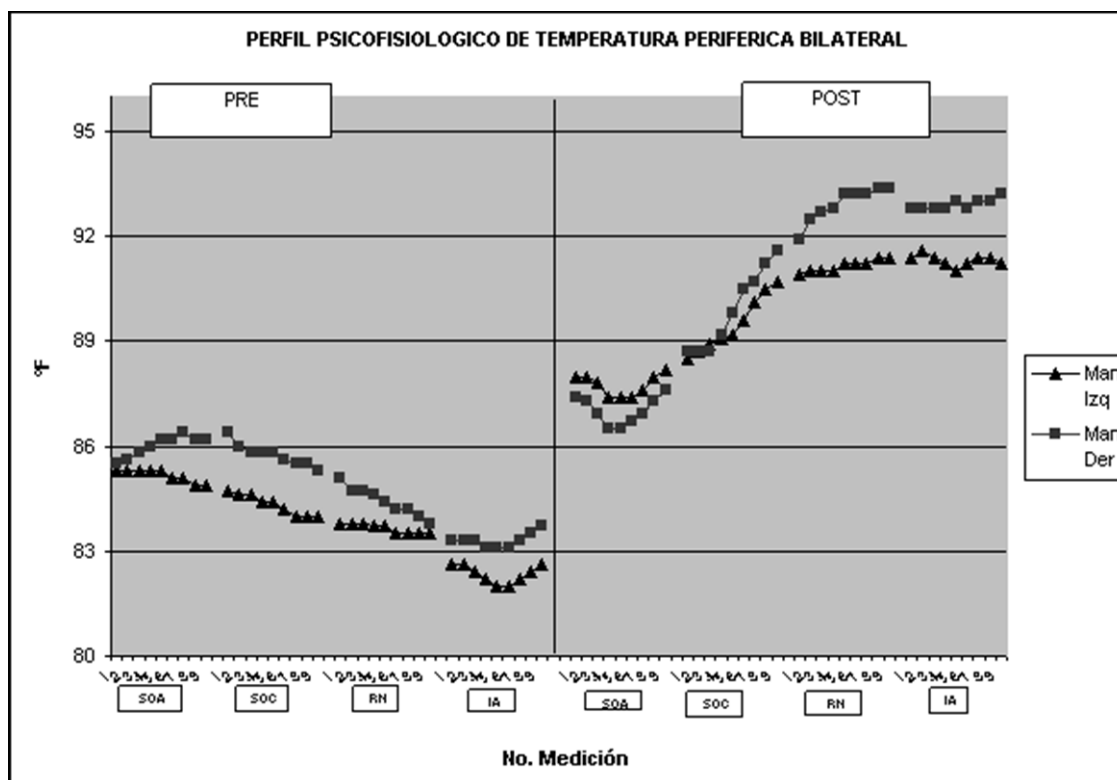


Mujer de 13 años de edad. Soltera. Con 0 hijos. 1ero de secundaria. Vivió 2 años violencia familiar.

En el caso 4 al comparar los PVE antes (PRE) y después (POST) de la intervención EEA, se observó que en el primero, el puntaje obtenido la colocó en el rango de BIEN en donde se observa sincronía, simetría, dominancia aunque es evidente el patrón perdida de temperatura, en contraste con el patrón de TPB en el POST éste se acompañó de sincronía, simetría, dominancia y ganancia. Al igual que en el caso anterior, al final de la intervención es importante señalar, que si bien el rango donde cae el puntaje de vulnerabilidad es el mismo, los dos puntos adicionales y que diferencian el PRE del POST, cualitativamente

nos mostró un patrón de TPB totalmente diferente. Ver Gráfica 5.

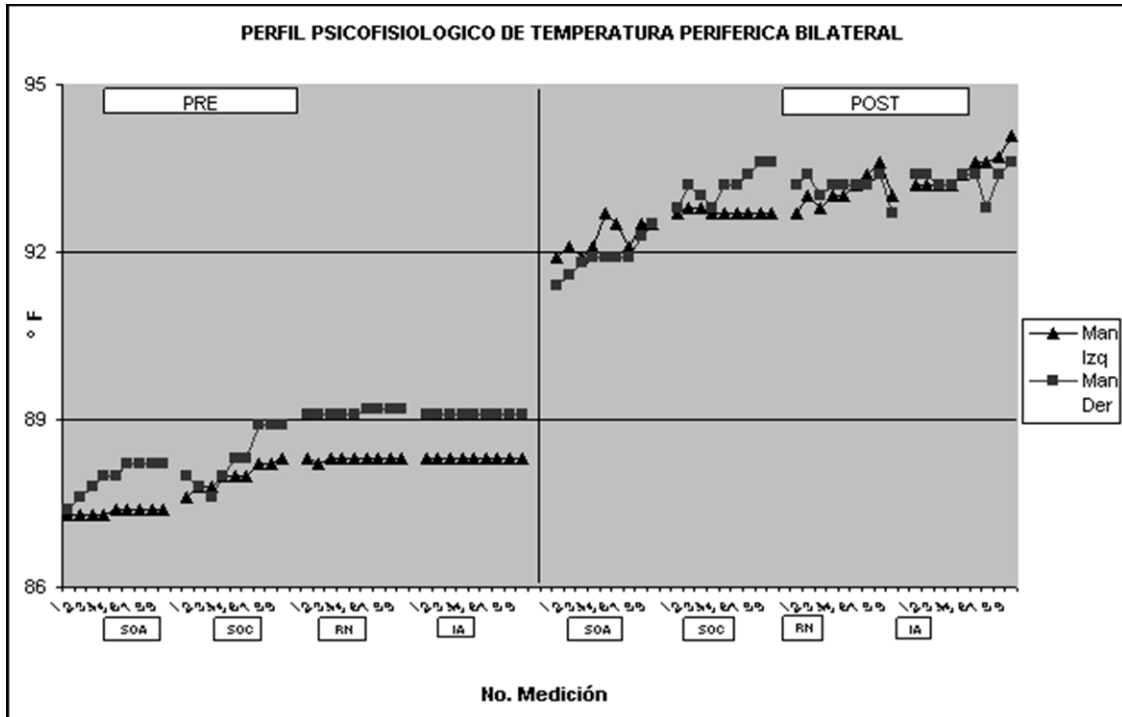
Gráfica 5. Caso 4



Mujer de 36 años de edad. Casada. Con 2 hijos. Bachillerato trunco. Vivió 4 años violencia familiar.

En el caso 6 al comparar los PVE el puntaje obtenido en el PRE la colocó en el rango de BIEN (21) no obstante en la TPB se observó falta de simetría, sincronía y ganancia, manteniéndose la dominancia en todas las condiciones. A diferencia de lo que se observó posterior a la intervención con la EEA, aquí se observó sincronía, simetría, dominancia y ganancia. En este caso el puntaje de vulnerabilidad no se modificó, pero cualitativamente es evidente la diferencia entre la TPB. Ver Gráfica 6.

Gráfica 6. Caso 6



Mujer de 45 años de edad. Unión libre. Con 2 hijos. Primaria incompleta. Vivió 14 años violencia familiar.

DISCUSION

Este estudio tuvo como objetivo principal poner a prueba el impacto de la técnica de escritura emocional autorreflexiva sobre la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés en 6 mujeres del Estado de México que vivieron violencia familiar.

La evaluación del Perfil de Vulnerabilidad al Estrés inicial que se obtuvo a través de la medición de la temperatura periférica bilateral, indica que las 6 participantes de este estudio presentan vulnerabilidad al estrés en distintos rangos: malo, regular y bien.

Algunos hallazgos relacionados con esta evaluación se documentan en los trabajos de Domínguez, et al. (2001), dichos investigadores han reportado de manera sistemática, que pacientes con temperaturas no simétricas, con poca o nula variabilidad, sin dominancia y sin ganancia corresponden a un rango de PVE del rango de Malo, mismo que caracteriza a personas con incapacidad para producir una respuesta de relajación, con mayor desgaste psicofisiológico y proclividad para mantener y desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, lo cual repercute y deteriora su salud física y psicológica, y sus relaciones familiares, sociales y laborales.

El rango Regular describe a personas con una respuesta de relajación natural afectada, que para alcanzar un control del estrés se esfuerzan deliberadamente para retirar de su foco de atención estímulos negativos. Lo que implica un esfuerzo sostenido generador de estrés adicional y que al mantenerse por períodos prolongados aumenta la probabilidad de que se presenten diversas enfermedades e incluso el desarrollo de padecimientos crónicos-degenerativos (Domínguez, et al., 2002).

El rango Bien se atribuye a personas con dificultad para relajarse voluntariamente, sin embargo, cuando están bajo estrés recurren a estilos de afrontamiento cognoscitivos, que les permiten alcanzar una meta de manera satisfactoria (Domínguez, et al., 2001).

En la investigación que nos ocupa, los hallazgos reportados en relación al PVE para el rango Malo (Domínguez, et al., 2001) se confirman a medida que las pacientes transitaron por las diferentes condiciones. La evaluación de la actividad espontánea o tónica indica que el organismo mantiene niveles elevados de activación fisiológica. Mientras que en la actividad física que se documenta a través de la relajación natural, indica falta de recursos para la solución de problemas y de autorregulación emocional. Al no existir este recurso de manera natural, principalmente cuando se encuentra ante un estímulo inocuo (dejar de evocar una imagen) es evidente el compromiso que este comportamiento tiene para la salud.

En los casos donde el resultado del PVE colocó a las participantes en el rango Regular. La evaluación de la actividad espontánea o tónica mostró que el organismo mantiene moderados niveles de activación fisiológica. La evaluación de la actividad fásica a través de la relajación natural, indica que aunque se encuentran afectados sus recursos de relajación voluntaria, hacen un esfuerzo físico y mental para lograr una autorregulación emocional ante la presencia de un estímulo inocuo (dejar de evocar una imagen), en estos casos se observa el uso predominante de recursos de distracción para evitar pensar en las situaciones que provocan molestia, enojo o dolor emocional, lo que a largo plazo puede comprometer su estado de salud (Domínguez, et al., 2002).

Por último, en el rango Bien la evaluación de la actividad espontánea o tónica, sugiere que el organismo logra mantener bajos niveles de *arousal*, sin embargo, al evaluar la respuesta natural de relajación se observa dificultad para lograrlo. No obstante, cuenta con habilidades cognitivas que le permiten una reestructuración de la situación de violencia vivida generalizando la respuesta a otras situaciones que provoquen algún conflicto o malestar emocional. Adicionalmente las habilidades de solución de problemas que se detectan favorecerán a largo plazo el control del estrés.

Otro objetivo de esta investigación fue evaluar los Perfiles de Vulnerabilidad al Estrés que se obtuvieron después de la intervención. En el caso 3, la EEA propicio una mayor autorregulación emocional (Domínguez, et al., 2001). Logrando adquirir recursos de

relajación natural, principalmente ante la presencia de un estímulo inocuo (IA) lo que permitió aumentar su TPB y posiblemente disminuir sus niveles de vulnerabilidad al estrés.

Los casos 1, 4 y 6 muestran cambios cualitativos después de haber practicado los ejercicios de escritura obteniendo mayor variabilidad fisiológica, que es un componente de los procesos fisiológicos y emocionales sanos (Domínguez, et al., 2001). Así mismo, ante la presentación de un estímulo inocuo (IA) adquirieron recursos de relajación natural que les permite una mayor autorregulación emocional.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Domínguez, et al. (2001), quienes mencionan que poblaciones que presentan características de simetría, sincronía, dominancia y ganancia tienen la capacidad de autorregular sus emociones, lo que les permite mantener buenas relaciones en diferentes ámbitos y una mejor ejecución, ya que la autorregulación emocional se asocia con la habilidad de producir relajación.

Los casos 2 y 5 después de la intervención de EEA disminuyeron su TPB lo que probablemente aumentó sus niveles de vulnerabilidad al estrés, lo que clínicamente significaría que la exposición a la técnica provocó una disminución de la “capacidad de control emocional” percibida (Domínguez, et al., 2005). Probablemente el aumento en los niveles de vulnerabilidad al estrés en ambos casos se debió, a que antes de la intervención

utilizaban como mecanismo de defensa la IA para evadir su situación de violencia y de esta manera protegerse de los efectos negativos que en un primer momento se tienen al enfrentar una situación difícil. Sin embargo, después de la intervención y de haber plasmado en una hoja de papel y por repetidas ocasiones su historia personal de maltrato, se removieron e hicieron presentes pensamientos, sentimientos y emociones que a causa del proceso de IA se mantenían guardados, y que una vez expuestos generaron malestar emocional provocando a la vez cambios en la respuesta de actividad fisiológica observados en el PVE.

Como lo mencionan otros estudios escribir acerca de sentimientos asociados con experiencias traumáticas es doloroso e inmediatamente después de escribir se puede sentir tristeza o depresión. Generalmente estos sentimientos negativos desaparecen transcurridos mas o menos una hora y rara vez pueden llegar a durar hasta uno o dos días (Pennebaker, 1980).

Los hallazgos de este estudio sugieren que la técnica de Escritura Emocional Autorreflexiva tuvo un impacto positivo sobre la temperatura periférica bilateral de la piel como indicador de vulnerabilidad al estrés en 4 de 6 mujeres del Estado de México que vivieron violencia familiar. Ya que al analizar los datos se puede constatar que en el caso 3 después de practicar la técnica de EEA aumentó la temperatura periférica bilateral lo que sugiere que disminuyeron sus niveles de vulnerabilidad al estrés. Así mismo, en los casos 1, 4 y 6 se obtuvieron cambios positivos a nivel cualitativo después de la intervención como:

la adquisición de una respuesta voluntaria de relajación logrando una mayor autorregulación emocional y solución de problemas (Domínguez, et al., 2001), lo que posiblemente beneficio su estado de salud.

El escribir por repetidas ocasiones sobre experiencias dolorosas o traumáticas beneficia a la reestructuración cognoscitiva. Es decir, en el momento de plasmar en una hoja de papel los pensamientos y sentimientos más íntimos, profundos y dolorosos con respecto al maltrato sufrido, se logra hacer una elaboración de los hechos que ayuda a asimilar y aceptar lo ocurrido. Así mismo, al organizar, estructurar y comprender la situación traumática se puede dar un nuevo significado a la historia personal de violencia, rescatando el mayor aprendizaje y lo benéfico que dejó, transitando de un estado de víctimas a uno de sobrevivientes, ayudando a fijarse nuevas metas y objetivos en su vida personal y familiar, lo que a su vez beneficia su salud física, mental y emocional. (Pennebaker, 1980).

Estos resultados son consistentes con otros estudios que han utilizado a la escritura como parte del tratamiento psicológico en mujeres que han vivido violencia familiar. En los cuales se encontró que esta técnica se asocia con cambios positivos en el pensamiento reduciendo distorsiones cognitivas relacionadas al trauma (Sobel, et al., 2009) y que la cognición distorsionada que desarrolla depresión, culpa e ira puede ser modificada (DeJonghe Es, et al., 2008). El procesamiento emocional en la escritura narrativa predice

cambios en el dolor de las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja (Holmes, et al., 2007).

De la misma manera, se ha encontrado en otros estudios que la EEA permite la reconceptualización del dolor, la disminución de los niveles de estrés y la modificación de la percepción de la intensidad del dolor (Domínguez, et al., 2006), ayudando a disminuir síntomas depresivos (Gortner, et al., 2006), reducir el distrés psicológico asociado con un inminente evento estresante y reducir el número de pensamientos intrusivos (Lepore, 1997).

Los hallazgos de esta investigación también son consistentes con otros estudios (Domínguez, et al., 2005), que han demostrado con evaluaciones médicas y psicológicas que la EEA produce un impacto profundo en el funcionamiento emocional de los pacientes, ya que aquellos que logran elevar la variabilidad de la frecuencia cardiaca, pueden disminuir el dominio simpático y empezar a elevar la actividad parasimpática.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden concluir los siguientes aspectos para la muestra utilizada en este estudio:

A partir del análisis descriptivo de la temperatura periférica bilateral de la piel, se puede observar que 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar presentan vulnerabilidad al estrés en distintos niveles, desde muy vulnerables hasta menos vulnerables.

Se encuentra también que la técnica de escritura emocional autorreflexiva tiene un impacto positivo sobre los cambios de temperatura periférica bilateral contribuyendo probablemente a disminuir la vulnerabilidad al estrés.

Sin embargo, esta técnica no beneficia a todas las mujeres de la misma manera, ya que en dos de ellas se observa un impacto negativo sobre los cambios en la temperatura periférica bilateral lo que probablemente contribuye a un aumento en la vulnerabilidad al estrés.

A partir de los resultados encontrados surge la necesidad de profundizar más en el tema, para poder conocer con exactitud cuáles son los niveles de vulnerabilidad al estrés que tienen las mujeres que han vivido algún tipo de violencia familiar ya sea sexual, económica, psicológica o física. Y de esta manera poder contribuir con intervenciones encaminadas a revertir los efectos negativos del estrés sobre la salud, entre las posibles intervenciones se encuentra la técnica de escritura emocional autorreflexiva.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los objetivos del presente estudio se cumplieron pues fue posible comparar los perfiles de vulnerabilidad al estrés que se obtuvieron antes y después de utilizar la técnica de escritura emocional autorreflexiva, lo que permitió conocer el impacto que tiene dicha técnica sobre los cambios en la temperatura periférica bilateral como indicador de vulnerabilidad al estrés en 6 mujeres residentes en el Estado de México que vivieron violencia familiar.

Sin embargo, este estudio fue cuasiexperimental y no se controlaron variables que son importantes para profundizar en este tema como son: las redes de apoyo social, los estilos de afrontamiento y la situación personal que vivía cada una de las mujeres durante su estancia en el refugio (por ejemplo: legal, económica, laboral, médica, etc.).

Así mismo, al no existir un grupo control no se tiene la certeza de que los cambios en la temperatura periférica bilateral hayan sido provocados por la intervención de la técnica de escritura emocional autorreflexiva o por otro tipo de variables externas.

Al haber sido una muestra no probabilística no se pueden generalizar los resultados a la demás población.

Se sugiere para futuras investigaciones utilizar más de una medición psicofisiológica para tener mayor control sobre la variable dependiente. También sería importante retomar los escritos de cada una de las participantes para realizar un análisis cualitativo, que permita rescatar información sobre la percepción y valoración que tiene cada una de ellas sobre su experiencia de violencia familiar, así como observar si a partir de la práctica de estos ejercicios se produce un cambio de tipo cognitivo que pueda estar relacionado con la vulnerabilidad al estrés.

REFERENCIAS

Aparicio, R., Ayala, O., Bitar, T. (2004). *Hablando se entiende la gente. Guía breve de atención a mujeres víctimas de violencia familiar*. Oaxaca, Oaxaca: Grupo de estudios sobre la mujer, Rosario Castellanos.

Bravo, C. (2008). Menores víctimas de violencia de género: experiencia de intervención en un centro de acogida para familias víctimas de violencia de género. *Intervención Psicosocial*, 17 (3), 337-351.

Caballo, E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (Volumen 2). Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.

Campbell, D., Stanley, J. (1966). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social* (1a ed.). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.

Dale, L., Carroll, L., Gate, G., Hayes, J., Webb, K., Purges, S. (2009). Abuse History is related to Autonomic Regulation to Mild Exercise and Psychological Wellbeing. *Psychophysiol Biofeedback*, 34, 299-308.

DeJonghe Es, Bogat GA, Levendoski AA, von Eye A (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *J Posgrad Med*, 54, 294-300.

Domínguez, T. (2007). Analgesia hipnótica en el dolor crónico. *Revista Iberoamericana del dolor*, 2 (4), 24-30.

Domínguez, T., Esqueda, M., Hernández, T., González, S., Olvera, L. y Márquez, R. (2001). Psychophysiological Monitoring, Natural Disasters, and Post-Traumatic Stress. *Biofeedback*, 29 (2), 12-17. Recuperado de <http://www.aapb.org>

Domínguez, T., Olvera, L. (2005). *Dolor y sufrimiento humano: técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*. México: Trillas.

Domínguez, T., Olvera, L. (2006). Estados emocionales negativos dolor crónico y estrés.

Revista Ciencias. 67-75.

Domínguez, T., Olvera, L. (2003). Patrones de temperatura periférica y control psicológico

del dolor crónico. *Suma Psicológica. 10(1)*, 81-117.

Dominguez, T., Olvera, L., Cruz, M., Cortés, S. (2001). Monitoreo no invasivo de la

temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico. *Revista*

de psicología y salud. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad

veracruzana, 11 (2), 61-71.

Dominguez, T., Pennebaker, J., Olvera, L. (2009). *Estrés postraumático (EPT)*. México:

Trillas.

Domínguez, T., Ramírez, Z. y Mateos, S. (2006). Manejo psicológico del dolor en el

paciente pediátrico Post-operado. *Atlas de Psicología de la Salud. PSICOM.*

Domínguez, T., Valderrama, I., Olvera, L., Pérez, R., Cruz, M., González, S. (2002).

Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés. México: Plaza y Valdés.

Fawcett, G., Venguer, T., Miranda, I., Fernández, F. (1999). *Los servicios de salud ante la violencia doméstica.* México: IMIFAP.

Galovski, T., Monson, C., Bruce, S., Resick, P. (2009). Does Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD Improve Perceived Health Sleep Impairment?. *Journal of Traumatic Stress, 22* (3), 197-204.

Gómez, M. (2005, 15 de feb.). La violencia de pareja afecta a 20% de mujeres en México.

La Jornada. Recuperado de [http:// www.jornada.unam.mx](http://www.jornada.unam.mx)

Gortner, E., Rude, S., Pennebaker, J. (2006). Benefits of Expressive Writing in Lowering Rumination and Depressive Symptoms. *Behavior Therapy, 37*, 292-303.

Harrist, S., Carlozzi, B., McGovern, A., Harrist, A. (2007). Benefits of expressive writing and expressive talking about life goals. *Research in Personality*, 41, 923-930.

Heath, I. (2001). Domestic Violence as a Women's Health Issue. *Women's Health Issues*, 11 (4), 376-381.

Holmes, D., Alpers, G., Ismailji, T., Classen, C., Wales, T., Cheasty, V., Miller, A., Koopman, C. (2007), Cognitive and Emotional Processing in Narratives of Women Abused by Intimate Partners. *Violence Against Women*, 13, 1192-1205.

Kathleen, A., Kendall, T. (2005). Caught in the Middle: Stress in the Lives of Young Adult Women. *Handbook of women stress, and trauma* (33-49). New York: Brunner-Routledge.

Kuen, K. (2009). Phase-Orientated Hipnotherapy for Complex PTSD in Battered Women: An Overview and Case Studies From Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(1), 49-59.

Labrador, F. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lepore, S. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 73 (5), 1030-1037.

Navarro, M., Martínez, M. (2007). Los Refugios para Mujeres que viven Violencia Familiar extrema: alternativa de protección y atención. *Género y Salud en Cifras*, 5 (3), 74-84.

Olvera, L., y Domínguez, T. (2007). Inteligencia emocional en el ámbito académico. Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx>.

Olvera, L., Domínguez, T., Cruz, M., y Pennebaker (2002). Evaluación de la escritura emocional autorreflexiva en estudiantes de ingeniería del Instituto Politécnico Nacional. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 7 (1), 71-92.

Organización Panamericana de la salud (2003). La violencia en la pareja. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 97 -131.

Otero, I. (2009). Mujeres y violencia. El género como herramienta para la intervención. *Política y Cultura*, (32), 105-126.

Pendzik, S., Sosa, M., Díaz, M. (2000). *Manual de técnicas de apoyo para el trabajo con mujeres maltratadas*. México: Colectivo Feminista de Xalapa, A.C.

Pennebaker, J. (1980). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza Editorial.

Pick, S. y López, M. L. (1980). *Cómo investigar en las ciencias sociales*. México: Trillas.

Romero, M., Amar, A. (2009). Modelo de Atención Integral a Mujeres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Intrafamiliar llevado a cabo en centros de atención de la Ciudad de Barranquilla, Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 17(1), 26-61.

Saucedo, G. (2002). *Violencia Doméstica: Modelo de Intervención en Unidades de Salud. Capacitación para atención a mujeres maltratadas, I*. México: En los talleres del Solar, Servicios editoriales, S.A. de C.V.

Secretaria de Salud (2009). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2006 (ENVIM). Primera Edición 2009. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.

Secretaria de Salud (2004). Modelo Integrado Para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual Operativo. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.

Simón, M., Amenedo, E. (2001). *Manual de Psicofisiología Clínica*. Madrid Pirámide. Pp.

51

Sobel, A., Resick, P., Rabalais, A. (2009). The Effect of Cognitive Processing Therapy on Cognitions: Impact Statement Coding. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (3), 205-211.

Torres, F. (2001). *La violencia en casa*. México, DF: Paidós.

Vila, C y Castelar. (2000). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Pirámide

ANEXO 1

NOMBRE: _____ DOMINANCIA: _____

Le voy a pedir que durante las siguientes condiciones de registro permanezca sentada sin moverse. Usted me indica cuando este lista.

SENTADA OJOS ABIERTOS (SOA)

Le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos abiertos.

Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos.

TIEMPO (30 SEG.)	TEMP. IZQUIERDA	TEMP. DERECHA
0		
15		
30		
45		
60		
75		
90		
105		
120		

SENTADA OJOS CERRADOS (SOC)

TIEMPO (30 SEG.)	TEMP. IZQUIERDA	TEMP. DERECHA
0		
15		
30		
45		
60		
75		
90		
105		
120		

RESPUESTA NATURAL DE RELAJACIÓN

TIEMPO (30 SEG.)	TEMP. IZQUIERDA	TEMP. DERECHA
0		
15		
30		
45		
60		
75		
90		
105		
120		

PREGUNTAS	OBSERVACIONES
¿Pudo ponerse tranquila?	
¿Fue fácil o difícil?	
¿En que grado se puso tranquila donde 0 es nada y 10 totalmente?	
¿Qué hizo para ponerse tranquila?	

INHIBICIÓN ACTIVA

¿Conoce un oso blanco? Descríbalo por favor. (Si la descripción es pobre, preguntar sobre sus orejas, ojos, nariz, hocico, rabo, pelo, garras y forma de caminar). Ahora le voy a pedir que borre completamente su oso blanco, ese oso blanco (se describen primero alguna de las características mencionadas), tampoco se acuerde de las palabras oso blanco, puede estar con los ojos abiertos o cerrados y puede hacer lo que gusta para borrar su oso blanco, menos hablar, usted me avisa cuando este lista y yo le digo cuando terminemos.

TIEMPO (30 SEG.)	TEMP. IZQUIERDA	TEMP. DERECHA
0		
15		
30		
45		
60		
75		
90		
105		
120		

PREGUNTAS	OBSERVACIONES
¿Pudo borrar el oso blanco?	
¿Reapareció en algún momento?	
¿Fue fácil o difícil?	
¿En que grado lo borro donde 0 es nada y 10 totalmente?	
¿Qué hizo para borrar el oso blanco?	

ANEXO 2

CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

OBJETIVO: Explicar en qué consiste el proyecto de investigación. Dar a conocer el funcionamiento y los beneficios del termómetro electrónico digital y de la técnica de escritura emocional autorreflexiva.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Objetivo del proyecto	20 minutos	Presentación de la dinámica de trabajo	En esta actividad se presenta el objetivo general del estudio, la metodología de trabajo, el número de sesiones (se realizarán 9 sesiones con cada una de las participantes de manera individual)		Consultorio del Refugio temporal
Instrumentos de trabajo	20 minutos	Presentación de los instrumentos de trabajo	<p>Se dará a conocer el termómetro electrónico digital y su funcionamiento.</p> <p>Se dará a conocer en qué consiste la técnica de escritura emocional autorreflexiva y sus beneficios.</p> <p>Se mencionará que la información proporcionada en los escritos será totalmente confidencial y que los datos obtenidos de la medición de la temperatura periférica bilateral serán usados exclusivamente para esta investigación.</p> <p>Por último se preguntará si desean participar de manera voluntaria.</p>	Termómetro electrónico digital.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 2. PERFIL DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS INICIAL

OBJETIVO: Registrar la temperatura periférica bilateral (TPB) para obtener el perfil de vulnerabilidad al estrés inicial (PVEI). Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos (estos pasos se seguirán en cada sesión para colocar el termómetro): <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas del alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Perfil de vulnerabilidad al estrés inicial	20 minutos	Registrar la TPB para obtener el PVEI.	La TPB se registra bajo cuatro condiciones: sentada ojos abiertos (SOA), sentada ojos cerrados (SOC), respuesta natural de relajación (RN) e inhibición activa (IA). Cada condición se registra cada 15 segundos durante dos minutos. La instrucción general será la siguiente “le voy a pedir que durante las siguientes condiciones de registro permanezca sentada y sin moverse. Usted me indica cuando este lista. Las instrucciones para cada condición serán las siguientes: SOA: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos abiertos. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos. SOC: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos cerrados. Usted me avisa cuando este liste y yo cuando terminemos. RN: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos se relaje de una forma natural, es decir, como usted sepa hacerlo, puede estar con los ojos abiertos o cerrados, pero no puede hablar. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le pregunta: ¿Pudo ponerse tranquila? ¿Le fue fácil o difícil? ¿En una escala del 0 al 10 que tan tranquila se pudo poner, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para ponerse tranquila?	Hojas de formato de registro de temperatura (anexo 1). Bolígrafos Termómetro	Consultorio del Refugio temporal

			<p>IA: se le pregunta ¿conoce un oso blanco? Descríbalo por favor. (Si la descripción es pobre, se pregunta sobre sus orejas, ojos, nariz, hocico, rabo, pelo, garras y forma de caminar). Ahora le voy a pedir que borre completamente su oso blanco, ese oso blanco (se describen primero algunas de las características mencionadas), tampoco se acuerde de las palabras oso blanco, puede estar con los ojos abiertos o cerrados y puede hacer lo que guste para borrar su oso blanco, menos hablar, usted me avisa cuando este lista y yo le digo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le pregunta ¿Pudo borrar el oso blanco? ¿Le fue fácil o difícil? ¿Reapareció en algún momento? ¿En una escala del 0 al 10 que tanto pudo borrar el oso blanco, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para borrarlo?</p> <p>Una vez terminado el registro de PVEI se le proporciona a la paciente una hoja blanca y un lápiz para que escriba sobre su experiencia personal de violencia familiar.</p>		
Ejercicio "A"	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	<p>Las instrucciones que se darán para el ejercicio "A" serán las siguientes:</p> <p>A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primer persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. Si de momento no recuerda nada, no se preocupe, espere a recordar, algo llegará.</p>	-Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro al concluir el ejercicio "A".	Una vez concluido el ejercicio "A" se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente (este procedimiento se seguirá en todas las sesiones para retirar el termómetro).	Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 3. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio "A"	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio "A" serán las siguientes: A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio "A" se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 4. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio “B”	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio “B” serán las siguientes: A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. En esta ocasión, le presentamos una lista de palabras, intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio “B” se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 5. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio "B"	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio "B" serán las siguientes: A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. En esta ocasión, le presentamos una lista de palabras, intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio "B" se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 6. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio “C”	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio “C” serán las siguientes: A partir de este momento haga su escrito, evitando emplear la primera persona del singular. En esta ocasión escriba sobre sus recuerdos utilizando la tercera persona (ella sintió, ella pensó, etc.). Escriba sin hacer pausas, de manera continua y libremente sobre su historia de violencia familiar. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio “C” se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 7. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio "C"	30 minutos	Fomentar la escritura en los participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio "C" serán las siguientes: A partir de este momento haga su escrito, evitando emplear la primera persona del singular. En esta ocasión escriba sobre sus recuerdos utilizando la tercera persona (ella sintió, ella pensó, etc.). Escriba sin hacer pausas, de manera continua y libremente sobre su historia de violencia familiar. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática. De preferencia escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio "C" se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 8. TÉCNICA DE ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA

OBJETIVO: Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva y monitorear los cambios que se presentan en la temperatura periférica bilateral durante los escritos.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar los sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas de alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Ejercicio “D”	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	Las instrucciones que se darán para el ejercicio “D” serán las siguientes: A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. En esta ocasión, escriba buscando en su experiencia todo aquello que le dejó de benéfico y que contribuyó a su crecimiento personal. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática.	Hojas blancas. -Bolígrafos -Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro digital electrónico	Una vez concluido el ejercicio “D” se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	-Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal

SESIÓN 9. PERFIL DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS INICIAL

OBJETIVO: Registrar la temperatura periférica bilateral (TPB) para obtener el perfil de vulnerabilidad al estrés final (PVEF). Favorecer el aprendizaje y la utilización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva.

NOMBRE	TIEMPO	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIALES	ESCENARIO
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Colocar el termómetro digital electrónico para monitorear los cambios de TPB de la piel.	Se colocará el termómetro de acuerdo a los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se limpia con torundas de alcohol la zona tabaquera de ambas manos de la paciente para retirar el exceso de grasa y poder colocar lo sensores del termómetro. 2. Se colocan los sensores con ayuda de cinta transpore en la zona tabaquera de ambas manos de la paciente. 	Termómetro digital electrónico. Torundas del alcohol. Cinta transpore.	Consultorio del Refugio temporal
Perfil de vulnerabilidad al estrés final	20 minutos	Registrar la TPB para obtener el PVEF.	<p>La TPB se registra bajo cuatro condiciones: sentada ojos abiertos (SOA), sentada ojos cerrados (SOC), respuesta natural de relajación (RN) e inhibición activa (IA). Cada condición se registra cada 15 segundos durante dos minutos.</p> <p>La instrucción general será la siguiente “le voy a pedir que durante las siguientes condiciones de registro permanezca sentada y sin moverse. Usted me indica cuando este lista.</p> <p>Las instrucciones para cada condición serán las siguientes:</p> <p>SOA: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos abiertos. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos.</p> <p>SOC: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos permanezca con los ojos cerrados. Usted me avisa cuando este liste y yo cuando terminemos.</p> <p>RN: le voy a pedir que durante los próximos dos minutos se relaje de una forma natural, es decir, como usted sepa hacerlo, puede estar con los ojos abiertos o cerrados, pero no puede hablar. Usted me avisa cuando este lista y yo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le pregunta: ¿Pudo ponerse tranquila? ¿Le fue fácil o difícil? ¿En una escala del 0 al 10 que tan tranquila se pudo poner, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para ponerse tranquila?</p>	Hojas de formato de registro de temperatura (anexo 1). Bolígrafos Termómetro	Consultorio del Refugio temporal

			<p>IA: se le pregunta ¿conoce un oso blanco? Descríbalo por favor. (Si la descripción es pobre, se pregunta sobre sus orejas, ojos, nariz, hocico, rabo, pelo, garras y forma de caminar). Ahora le voy a pedir que borre completamente su oso blanco, ese oso blanco (se describen primero algunas de las características mencionadas), tampoco se acuerde de las palabras oso blanco, puede estar con los ojos abiertos o cerrados y puede hacer lo que guste para borrar su oso blanco, menos hablar, usted me avisa cuando este lista y yo le digo cuando terminemos. Una vez concluida esta condición se le pregunta ¿Pudo borrar el oso blanco? ¿Le fue fácil o difícil? ¿Reapareció en algún momento? ¿En una escala del 0 al 10 que tanto pudo borrar el oso blanco, donde 0 es nada y 10 totalmente? ¿Qué hizo para borrarlo?</p> <p>Una vez terminado el registro de PVEI se le proporciona a la paciente una hoja blanca y un lápiz para que escriba sobre su experiencia personal de violencia familiar.</p>		
Ejercicio “D”	30 minutos	Fomentar la escritura en las participantes	<p>Las instrucciones que se darán para el ejercicio “D” serán las siguientes:</p> <p>A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) que considere el más doloroso de sus recuerdos (de preferencia sobre su situación de violencia familiar). Escriba utilizando la primer persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) sin hacer pausas y de manera continua. En esta ocasión, escriba buscando en su experiencia todo aquello que le dejó de benéfico y que contribuyo a su crecimiento personal. Mientras escribe, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía, ni la gramática.</p>	Hojas blancas. Bolígrafos Pañuelos desechables	Consultorio del Refugio temporal
Termómetro digital electrónico	5 minutos	Retirar el termómetro al concluir el ejercicio “D”.	Una vez concluido el ejercicio “D” se retira el termómetro con ayuda de torundas de alcohol para despegar la cinta transpore que detenía los sensores en ambas manos de la paciente.	Torundas de alcohol.	Consultorio del Refugio temporal