



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Propuesta de un taller Cognitivo-Conductual
para favorecer autoeficacia en mujeres que
viven violencia con su pareja”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
D i a n a S a l a z a r D í a z

Directora: Dra. **María Antonieta Dorantes Gómez**
Dictaminadores: Mtra. **Mayra Alejandra Mora Miranda**
Dra. **Margarita Rivera Mendoza**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Me gustaría expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, ha sido un largo camino lleno de alegrías, tristezas, desvelos y un gran esfuerzo pero finalmente ha culminado y será el comienzo de una nueva etapa en mi vida.

A mi mamá

Gracias por toda tu paciencia, dedicación, amor y tiempo para que yo pudiera llegar a este paso tan importante en mi vida. Agradezco la confianza y el apoyo que me has brindado, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han servido para corregir mis faltas y poder celebrar mis triunfos contigo, Te Amo.

A mi papá

Gracias por todos tus esfuerzos para darme el mayor regalo que un padre le puede brindar a su hija, la educación. Por todo tu amor, apoyo, comprensión, tiempo, interés y tu compañía, no hay palabras para describir todo el amor y admiración que te tengo, Te Amo.

Víctor

Gracias por todo el amor que me has brindado durante todo este tiempo, por tu apoyo incondicional en cada momento, me has demostrado que puedo contar contigo y me da gusto poder compartir este logro contigo.

A mis asesores:

María Antonieta

Gracias por su paciencia, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este tiempo.

Mayra Mora

Quiero agradecerle por todo su tiempo y dedicación para que este proyecto pudiera realizarse. Gracias por todo lo que me enseñó, no fue fácil llegar hasta aquí pero valió la pena todo lo que aprendí de usted.

Margarita Rivera

Gracias por su colaboración, apoyo, confianza, orientación y su enseñanza en este proyecto.

Adriana Reyes y Ernesto Arenas

Ustedes fueron parte de mi formación académica, gracias por los conocimientos compartidos y por aceptar ser parte de este proyecto.

Gracias a la vida por darme a dos abuelas maravillosas Toñita y Luisa, a mi hermano Carlos, mi cuñada Fabiola y mi hermosa sobrina Isabella.

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo 1. Principios de la Teoría Cognitivo-Conductual	
1.1.1 Antecedentes	5
1.2 Evolución	9
1.2.1 Primera generación	9
1.2.1.1 El surgimiento en Sudáfrica	9
1.2.1.2 El surgimiento en Inglaterra	10
1.2.1.3 El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica	10
1.2.2 Segunda generación	11
1.2.2.1 El aprendizaje social de Bandura	11
1.2.2.2 El surgimiento de las terapias cognitivas	12
1.2.3 Tercera generación	13
1.3 Evaluación y herramientas	14
1.3.1 Evaluación conductual	15
1.3.2 Evaluación cognitiva	18
Capítulo 2. Violencia en las relaciones de pareja	
2.1 La pareja	21
2.2 Problemas de pareja	22
2.3 Modelos explicativos	24
2.4 Violencia en pareja	26
2.5 Evaluación	33

2.6 Intervención	36
Capítulo 3. Taller “Estrategias para aumentar la autoeficacia”	
3.1 Justificación	41
3.2. Objetivos	43
3.2.1 Objetivo General	43
3.2.2 Objetivos específicos	43
3.3. Descripción y método	43
3.3.1 Participantes	43
3.3.1.1. Criterios de inclusión	43
3.3.1.2 Criterios de exclusión	43
3.3.1.3 Criterios de eliminación	44
3.3.2 Material e instrumentos	44
3.3.2.1 Instrumentos	44
3.3.2.1.1 Entrevista semi-estructurada para víctimas de VP (EVP; Cáceres, Labrador y Ardila, 2009)	44
3.3.2.1.2 Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarcer, 1996)	44
3.3.2.1.3 Cuadernillo de estado de ánimo	45
3.3.2.2 Materiales	45
3.3.3 Procedimiento	45
3.3.3.1 Descripción de actividades	47
Conclusiones	53
Referencias	57
Anexo	64

RESUMEN

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) cuenta con evidencia empírica y experimental para tratar una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Uno de estos problemas son los que se presentan en las relaciones de pareja, como es el caso de la violencia hacia las mujeres. De acuerdo con el INEGI (2014) del 2006 a 2011 la cifra de mujeres de 15 años y más que han enfrentado episodios de violencia a lo largo de su relación con su actual o última pareja ha ido en aumento. La violencia puede presentarse de manera física, económica, sexual y/o psicológica. Se ha demostrado en estudios como la violencia de pareja influyen en el origen y desarrollo de las percepciones que las mujeres tienen con respecto a su autoeficacia. Bandura (1999) señala que la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras.

Por tal razón, en este trabajo se diseñó un taller dirigido a mujeres de 15 a 21 años que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja. Este taller tiene como objetivo incrementar la autoeficacia, así como desarrollar habilidades de afrontamiento en mujeres que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja.

Palabras clave: pareja, violencia, autoeficacia, terapia cognitiva.

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un problema frecuente que tiene importancia en la esfera social y salud pública. No fue fácil reconocer que este problema ha afectado a gran parte de la población durante muchos años, esto comenzó a partir del interés de las movilizaciones que han realizado diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas que defienden los derechos de las mujeres y víctimas en general. En los avances sobre el estudio y comprensión de la violencia de pareja quedan muchos aspectos por resolver. Es por esto la razón de seguir creando y realizando investigaciones para tratar el tema de violencia y el impacto que tiene en las personas que lo sufren. En este trabajo nos enfocaremos en realizar la propuesta de un taller para mujeres que han estado en una relación de violencia por parte de su pareja.

En la parte inicial, el marco teórico, se revisarán los principios de la Teoría Cognitivo-Conductual (TCC), abordando sus antecedentes, la evolución que ha tenido desde la primera generación en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica; la segunda generación con el aprendizaje social de Bandura y las terapias cognitivas, y la tercera generación donde se contemplan los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado. El segundo apartado se abordará el tema de violencia en las relaciones de pareja; hablaremos del concepto de pareja, los problemas que se presentan como es el tema de la violencia física, económica, sexual y/o psicológica hacia las mujeres. Además, mencionaremos las formas de evaluación e intervención que se utilizan para tratar los problemas de pareja.

En el tercer apartado, se presentará la propuesta del diseño del taller “Estrategias para aumentar la autoeficacia”, este taller tiene como objetivo incrementar la autoeficacia, así como desarrollar habilidades de afrontamiento en mujeres de 15 a 21 años, que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja. El programa tendrá una duración de ocho sesiones y se utilizan herramientas de la Teoría Cognitivo-Conductual.

PRINCIPIOS DE LA TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

1.1 Antecedentes

A través del tiempo, la terapia cognitivo-conductual ha permitido brindar un panorama más amplio, debido a que se emplean las herramientas tanto de la terapia de la conducta como de la terapia cognitiva, aplicadas a la psicología clínica. Sánchez (2008) señala que la psicología clínica comenzó como ciencia interesada en el estudio de la conducta anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos. Los eventos de gran significado que influyeron en el desarrollo de la psicología clínica fueron en primer lugar, en 1896 con Lightner Witmer, quien estableció la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. En segundo lugar, la fundación de la American Psychological Association (APA), en 1892, con G. Stanley Hall (Phares & Trull, 2000). Su finalidad era clarificar los propósitos de la formación del psicólogo clínico en tres vertientes principales: evaluación, tratamiento e investigación (Sánchez, 2008).

En relación con lo anterior, estas vertientes son de gran utilidad para los psicólogos clínicos, debido a que por una parte permite realizar un diagnóstico tanto para el paciente como para el terapeuta, a partir de este diagnóstico se puede emplear el tratamiento más adecuado para la persona y finalmente a través de la investigación se puede ir evolucionando para ir renovando y mejorando la psicología clínica. A través de los años, la psicología clínica es empleada para atender cualquier tipo de población.

Para Pérez (1982), en términos generales, la psicología clínica es un área aplicada de la psicología, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona- cliente, paciente, consultante- que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencial social. Varias han sido las corrientes teóricas que se han enfocado en el ámbito de la psicología clínica,

como lo es la terapia cognitivo-conductual, la cual hoy en día es una de las corrientes más importantes que utilizan muchos psicólogos clínicos

El surgimiento de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se da a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología; por una parte, la aproximación cognoscitiva y por otra la conductual. Para Beck, Rush, Shaw y Emery (1979, como se citó en Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson y Loftus, 2003), la terapia cognitivo-conductual designa los métodos de tratamiento que emplean técnicas de modificación de conducta y que además incorporan procedimientos diseñados para cambiar las ideas inadaptadas. El componente conductual del tratamiento entra en juego cuando el terapeuta, anima al cliente a formular modos alternativos de considerar su situación y luego a probar las consecuencias de esas alternativas (Smith et al., 2003; Huffman, 2008).

Para los autores cognitivo-conductuales, estas dos variables participan como mediadores para poder comprender e intervenir en el comportamiento humano. Debido a las limitaciones que se encontraban en la teoría del psicoanálisis, surgió la necesidad de crear nuevas teorías; aunque en un principio los autores de la terapia conductual sólo se enfocaban en estudiar el comportamiento humano, la evolución de esta teoría llevó a que los autores de la terapia cognitiva se interesaran por investigar cómo los pensamientos influían en mantener conductas problema en las personas. A continuación, revisaremos el surgimiento de la terapia cognitivo-conductual.

En primer lugar, nos enfocaremos en la terapia de la conducta (TC), aunque el trabajo de Pavlov sobre el condicionamiento clásico, el de Watson sobre el conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre el condicionamiento operante constituyen las piedras angulares de la TC, hubo que esperar los últimos años de los setenta para que, estos fundamentos se encontraran preparados para sostener la estructura teórica (Caballo, 1991).

Por su parte, Gross (1994) y Gray (2008); Stumphauzer (2008) describen las aportaciones de los principales personajes de la teoría del aprendizaje en el

enfoque conductual. En primer lugar, se encuentra el descubrimiento inicial de Pavlov de lo que ahora llamamos condicionamiento clásico surgió de sus primeros estudios sobre los reflejos digestivos en los perros. Para estudiar estos reflejos, Pavlov controló deliberadamente las señales que preceden al alimento. En un experimento sonó una campana justo antes de colocar el alimento en el hocico del perro. Después de varias ocasiones de aparear la campana con el alimento, el perro salivaba en respuesta del sonido de la campana solamente; no era necesario el alimento.

De acuerdo con lo anterior, a través del proceso del condicionamiento clásico, es posible que tanto animales como seres humanos puedan ser capacitados para reaccionar de manera involuntaria a un estímulo que antes no tenía ningún efecto. Los estudios de Pavlov, fueron una influencia en los estudios de Watson, quien fuera el fundador de la terapia conductual, y quien demostrará que el condicionamiento pavloviano podía usarse en humanos, como lo demostró en su experimento del pequeño Albert. A pesar de que sus ideas no eran conductistas, proporcionó a esta teoría una de las bases fundamentales.

Para Gross (1994), otro de los autores que tuvo una gran influencia en la terapia conductual es Burrhus Frederic Skinner, quien se encontraba interesado en cómo operan los organismos sobre su ambiente y cómo esta conducta operante es instrumental para originar ciertas consecuencias que entonces determinan qué tan probable es que se repita esa conducta. En el condicionamiento operante el organismo emite la conducta y, por tanto, es esencialmente voluntaria y la probabilidad de que se emita una conducta en particular es en función de las consecuencias pasadas de tal conducta (Gross, 1994; Dojman, 1999).

Tanto las aportaciones del descubrimiento del condicionamiento clásico como las del condicionamiento operante fueron una contribución a las investigaciones de la terapia conductual; años más tarde, los autores de la terapia cognitiva se interesaron realizar estudios sobre cómo influyen los pensamientos distorsionados en la conducta.

Por otra parte, Mahoney y Freedman (1985 como se citó en Caro, 2011c) menciona que en el surgimiento en la terapia cognitiva, podemos situar desde modelos psicodinámicos de tradición neufrediana, por ejemplo Adler con la importancia de la percepción y la experiencia de la persona o la teoría de Sullivan con su concepto de distorsiones paratáxicas, llegando a los modelos humanistas, como la logoterapia o el modelo de Kelly en los modelos cognitivos de corte constructivista, incluyendo toda una segunda parte donde conviven enfoques psicodinámicos, con los modelos cognitivos, ya clásicos de Ellis y Beck.

Para Beck, Rush, Shaw y Emer (2010), la terapia cognitiva es un procedimiento, activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Beck (como se citó en Semerari, 2002) elaboró un modelo de intervención clínica activo, breve, focal y de fácil reproducción que, pudo someterse a verificar su eficacia. Las tesis fundamentales que sustentan este modelo son tres:

- 1) Una característica central de los desórdenes psicológicos la constituye la presencia de un conjunto de esquemas o modelos cognitivos inadaptados que regulan de forma patógena la elaboración de la información.
- 2) Estos modelos se expresan por medio de los pensamientos automáticos y la imaginación consciente.
- 3) Los esquemas se expresan en forma de convicciones y creencias y, como tales, se someten al análisis lógico y la verificación empírica.

De acuerdo con lo anterior, la teoría cognitiva fue aceptada por otras disciplinas como fue el psicoanálisis y el conductismo. La influencia de la teoría cognitiva, ha servido para que hoy en día, no solamente se puedan cambiar los pensamientos distorsionados tanto de personas que padecen depresión como en personas que padecen otro tipo de problemáticas.

Por su parte, la teoría de Albert Ellis se inició en 1956 con el nombre de “Terapia Racional”, en 1994 se le sumó el concepto de conducta, denominándose en la

actualidad como: Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual nos dice que a través de las tendencias innatas y adquiridas, tendemos a controlar nuestros propios destinos, y especialmente los emocionales, a través de nuestras creencias, según la forma en que interpretamos o consideramos los acontecimientos que ocurren en nuestras vidas y según las acciones que elegimos para que así sucedan (Hernández & Sánchez, 2007). Conforme han pasado los años, esta teoría ha ido cambiando, es por esto que a continuación haremos una revisión de la evolución de la terapia cognitivo- conductual.

1.2 Evolución

A continuación haremos una revisión sobre la evolución que ha tenido la terapia cognitivo- conductual, revisando las tres generaciones que han llevado a la terapia conductual moderna. En la actualidad, el panorama de cada generación se ha podido ampliar para nuevas investigaciones.

1.2.1 Primera generación

A finales de la década de los 50, tres desarrollos aislados (Sudáfrica, Estados Unidos de Norteamérica e Inglaterra), condujeron hacia la moderna terapia conductual (Stumphauzer, 2008). El principal propósito e interés de la primera generación fue superar las limitaciones del modelo psicoanalítico y ofrecer otra alternativa basada tanto en el condicionamiento clásico como en el condicionamiento operante. A pesar de que la primera generación tuvo muchas limitaciones, fue la base para que se abrieran nuevas líneas de investigación.

1.2.1.1 El surgimiento en Sudáfrica

Joseph Wolpe (1915-1997 como se citó en Ruíz et al., 2012; Balbuena, 2005) fue el principal exponente, propuso el principio teórico de inhibición recíproca como base de la intervención que desarrollará para la neurosis. Recurrió sobre todo a la relajación como respuesta incompatible con la ansiedad, utilizando una forma abreviada de la técnica de Jacobson (1938, como se citó en Ruíz et al., 2012), sin embargo, también utilizó como respuestas incompatibles con la ansiedad

conductas de tipo asertivo y sexual. La desensibilización sistemática contribuyó a la fundación de la Terapia de Conducta y a la potenciación del enfoque neoconductista como alternativa al tratamiento de los problemas psicológicos. El trabajo de Wolpe estuvo basado en el condicionamiento clásico de Pavlov, y su trabajo fue aplicado en pacientes que padecían fobias, miedos y reacciones de ansiedad. La aportación de Wolpe se enfoca tanto en el aprendizaje de animales como en el de humanos, ya que el mencionaba que el miedo es aprendido, a través de la desensibilización sistemática podemos reducir el miedo y la ansiedad de las personas.

1.2.1.2 El surgimiento en Inglaterra

Mientras tanto, en Inglaterra, paralelamente a lo que sucedía en Sudáfrica, se aglutinó un grupo de investigadores alrededor del hospital Maudsley (Balbuena, 2005). Entre los que destacaban era Eysenck, Yates, Shapiro y, posteriormente, autores como Gelder, Marks, Rachman y Meyer, los cuales centraron su interés en el tratamiento de problemas como neurosis, fobias, agorafobias, tics, tartamudez, etc., mediante la utilización de técnicas como la exposición, aproximaciones sucesivas o la práctica negativa, conformando poco a poco un contexto de atención a problemas clínicos en la clara oposición de la psicoterapia-psiquiátrica vigente.

1.2.1.3 El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica

Balbuena (2005) señala que en Estados Unidos como resultado de la labor emprendida por Salter, se produjo un cambio sustancial en la terapia de conducta, cuyo rango de aplicación aumentó pasando de usarse en una gama reducida de conductas problema, a hacerlo en una mayor cantidad de trastornos conductuales. Por su parte, Watson fundó el conductismo en América, definió la psicología como “esa división de las ciencias naturales que toma como tema central a la conducta humana- los haceres y decires, tanto cultivados como no cultivados- de la gente. El interés primordial de Watson radica en el factor respuesta, del organismo mismo. Watson nos muestra dos maneras de subdividir esta categoría.

Fisiológicamente, las respuestas implican la acción de “efectores” –músculos y glándulas-. Psicológicamente, las respuestas de estos músculos y glándulas pueden ser agrupadas en cuatro clases principales: a) respuestas explícitas de hábito; b) respuestas implícitas de hábito; c) respuestas hereditarias explícitas y d) respuestas hereditarias implícitas (Keller, 1992). Por su parte, Skinner parte de las aportaciones de Watson y Pavlov e intenta integrar los paradigmas propuestos por Pavlov y Thorndike, pero a diferencia de ellos descarta apelar a constructos emocionales mediadores. Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta operante dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta (Ruíz et al., 2012; Stumphauzer, 2008).

1.2.2 Segunda generación

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970; con el surgimiento de las terapias cognitivas y el aprendizaje social. En este proceso los autores se enfocan en detectar los pensamientos irracionales y esquemas patológicos, corrigiéndolos a través de experimentos conductuales. Por lo tanto, si la causa de la conducta problema es el pensamiento, es necesario cambiar el pensamiento para poder tener un cambio en la conducta.

1.2.2.1 El aprendizaje social de Bandura

En la década de los 60, Albert Bandura condujo la atención hacia el aprendizaje social, la importancia de la exposición a modelos, y el aprendizaje por imitación (Stumphauzer, 2008). La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación, como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos. Para Bandura, los eventos estímulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento. Bandura ha sido importante en las aplicaciones del aprendizaje, como impulsor de los aspectos cognitivos y de la noción de autocontrol (Ruíz et al., 2012).

Las aportaciones de Bandura están enfocadas en los aspectos que influyen para que una persona pueda aprender, por ejemplo observando a otras personas o experimentando la conducta. Dentro de este aprendizaje van a influir los aspectos personales, el ambiente y la conducta. Esta teoría puede funcionar para añadir una nueva forma de comportamiento en las personas o para cambiar la conducta que pueda resultar un problema para las personas. Para Bandura, en la observación y la imitación, intervienen factores cognitivos, es por esta razón que en la segunda generación comenzaron a tomarse en cuenta tanto los factores de aprendizaje como el surgimiento de la terapia cognitiva.

1.2.2.2 El surgimiento de las terapias cognitivas

En la década de los 70, como la de los 80, la modificación de la conducta comenzó a tomar numerosas direcciones. Krasner (1971 como se citó en Stumphauzer, 2008) sugiere que la terapia conductual “estará dirigida tanto dentro del organismo, al relacionar el funcionamiento autónomo y neurológico con el proceso de cambio de conducta, como fuera de él al relacionarlo con las múltiples variables del medio social”.

El enfoque cognitivo y la terapia cognitiva se desarrollan a partir de la publicación del libro “Cognition and Behavior Modification” de Mahoney (1975) (Caro, 1997a). El rasgo común, a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta. Las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente, y en una conceptualización también cognitiva del paciente concreto. Una de las clasificaciones de las terapias cognitivas es la de Mahoney y Arnkoff (1978 como se citó en Ruíz et al., 2012; Caro, 1997a):

a) Técnicas de reestructuración cognitiva: centradas en la identificación y cambio de las cogniciones que están determinando o manteniendo el problema. Se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried, Decented y Weinberg (1974 como se citó en Ruíz, Díaz & Villalobos,

2012) y, el Entrenamiento de Autoinstrucciones de Meichenbam y Goodman (1971).

b) Técnicas para el manejo de situaciones: persiguen enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar situaciones problemáticas. Por ejemplo: el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum (1977; 1985) y las técnicas de Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson (1971).

c) Técnicas de solución de problemas: dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas. Incluyen: la Terapia de Solución de Problemas Sociales de D' Zurilla y Nezu (1982), la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la Ciencia Personal de Mahoney (1974).

En resumen, las terapias cognitivas se desarrollaron, centrando su perspectiva en los estudios mentales y los procesos cognitivos, intentando explicar las actividades mentales que mediatizan la relación entre el estímulo y la respuesta. Como habíamos visto anteriormente, los principales autores del surgimiento de esta terapia son Aaron Beck y Albert Ellis; sin embargo, sus investigaciones permitieron que más autores comenzaran a interesarse en el estudio de los procesos cognitivos. Las ventajas de esta segunda generación, es que el surgimiento de la terapia cognitiva-conductual permitió utilizar una amplia gama de técnicas tanto conductuales como cognitivas.

1.2.3 Tercera generación

Existe un cambio sustancial que se evidencia en la polarización de los enfoques teóricos de la TCC, se contemplan los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las llamadas terapias contextuales, las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas (Mahoney, 1995 como se citó en Ruíz et al., 2012).

Para Moreno (2012), la tercera generación de la terapia conductual se sitúa a partir de la década de 1990, aunque se daría a conocer ampliamente hasta el

2004. En la actualidad las principales TTG son, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari, & Wilson, 1991; Wilson & Luciano, 2002), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson & Christensen, 1996), la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001), la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva con base en el estar atento (Mindfulness) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) y la Terapia basada en el estar atento (Mindfulness) para el trastorno de ansiedad generalizada (Evans, 2008 como se citó en Moreno, 2012). Estas técnicas no se enfocan tanto en los síntomas al sujeto, sino en modificar su experiencia subjetiva y la conciencia de ella, de tal modo que los síntomas resulten excesivos u obsoletos (Moreno, 2012).

En resumen, la emergencia de los autores de la tercera generación, radica tanto en el desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como en las limitaciones que encontraron en la terapia cognitivo-conductual. Los autores de la tercera generación, consideran que existen dificultades de las terapias de modificación de conducta más tradicionales para poder modificar comportamientos en la vida diaria de las personas. Esto incluirá un nuevo replanteamiento contextual en cuanto a la psicología clínica (evaluación y tratamiento).

1.3 Evaluación y herramientas

Este trabajo está enfocado en las investigaciones de la segunda generación, por lo cual, revisaremos las técnicas utilizadas tanto para la evaluación conductual como para la evaluación cognitiva. Dentro de la psicología clínica, es de gran relevancia el proceso de la evaluación, esto nos permitirá realizar un análisis conductual, cognitivo y emocional que permitirá al psicólogo crear un tratamiento efectivo el usuario.

1.3.1 Evaluación conductual

Por evaluación no sólo entendemos la medición u otra determinación de la estructura de personalidad del individuo que sea objeto de alguna experiencia terapéutica, también a la identificación y medición de un amplio espectro de factores relevantes que son necesarios para garantizar la mejor modificación de la conducta inadaptada de un individuo particular Goldfried (1996 como se citó en Phares & Trull, 2000).

Para Godoy (1991), en la evaluación conductual se pueden distinguir por lo menos tres fases principales:

- a) Selección y descripción de las conductas problema.
- b) Selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas descritas.
- c) Valoración de los efectos producidos por la intervención realizada

Dentro de las fases para el proceso de evaluación se encuentran las siguientes:

- a) Análisis del motivo de consulta
- b) Establecimiento de las metas del tratamiento
- c) Análisis de las conductas problema
- d) El estudio de los objetivos terapéuticos (elección de las conducta meta y la prioridad en las conductas objetivo)
- e) Criterios para la elección del tratamiento adecuado (estrategia del análisis funcional, estrategia de la conducta clave, estrategia diagnóstica, estrategia de la guía teórica)

Evaluación de los resultados del tratamiento

Para los primeros psicólogos clínicos de orientación conductual, el análisis funcional de la conducta era una alternativa válida para la conceptualización y evaluación de los problemas psicológicos, frente a los sistemas tradicionales de diagnóstico médico-psiquiátricos (Perona & Rivas, 1996).

El término análisis funcional proviene de la tradición conductista que lo utilizaba para designar con él el proceso de identificación de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas (Ferster, 1965; Skinner, 1938, 1953 como se citó en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998a). En palabras de Haynes y O' Brien (1990 como se citó en Labrador et al., 1998a) "el análisis funcional se define como la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas meta para un usuario" (p.20). La EC siempre ha hecho más énfasis en las hipótesis de mantenimiento que en las históricas (origen y desarrollo). Estas deben de ser capaces de poner en relación todos los datos de los que se dispongan, es decir, explicar las secuencias del problema y el papel de cada variable. En función de estas hipótesis se diseñará el programa de tratamiento más adecuado. Las hipótesis propuestas, deben identificar las relaciones funcionales entre las variables dependientes (conductas meta) y las independientes (determinantes).

Para poder llevar a cabo este proceso, los terapeutas utilizan diferentes herramientas que les permiten llevar a cabo el análisis. Para que la modificación de un comportamiento problemático pueda realizarse de forma eficaz, el terapeuta junto con el usuario deben describir y explicar en qué consiste exactamente el problema, para posteriormente diseñar una intervención eficaz que ayude al usuario a resolver su problema.

Phares y Trull (2000) señalan que los métodos de evaluación conductual más típicos son:

- 1) Entrevistas

Goldfried y Davison (1994 como se citó en Phares & Trull, 2000), mencionan que en las entrevistas conductuales se intenta obtener una impresión general del problema que presenta el paciente y las variables que parecen mantener la conducta problema. También se busca los datos históricos, evaluación de las fortalezas del cliente y sus intentos por enfrentar el problema.

En resumen, las entrevistas permiten a los terapeutas indagar los aspectos que sean relevantes para los terapeutas en primera instancia, cómo son motivo de la consulta o información personal del paciente. Las entrevistas pueden ser utilizadas antes, durante y después del tratamiento lo cual permitirá saber como llega en primera instancia el paciente y los progresos que este teniendo. Existen diversos tipos de entrevistas que pueden ser de gran utilidad dependiendo del objetivo que tenga el terapeuta.

2) Métodos observacionales

La observación por parte del terapeuta puede darse tanto de manera naturalista como de manera controlada. Phares y Trull (2000) mencionan dos tipos de observación:

- a) Naturalista: “Para determinar la frecuencia, fortaleza y generalización de la conducta problema o de los factores que la mantiene” (p.244).
- b) Controlada: “son pruebas situacionales que se colocan a los individuos en situaciones más o menos similares de la vida real” (p.250).

3) Automonitoreo

Los clínicos han dependido cada vez más del Automonitoreo, en el cual los individuos observan y registran sus propias conductas, pensamientos y emociones (Ciminero, Calhoun & Adams, 1986; Mahoney, 1977). Se pide a los pacientes que lleven bitácoras o diarios conductuales durante cierto periodo predeterminado. La bitácora puede proporcionar un registro continuo de la frecuencia, intensidad y duración de ciertas conductas objeto, junto con las condiciones estímulo que les acompañan y las consecuencias que le siguen (Phares y Trull, 2000).

3) Métodos de role playing

Goldfried y Davison (1994) analizan el role playing o ensayo conductual, como un medio para entrenar nuevos patrones de respuesta. También se ha empleado en la evaluación de habilidades sociales y asertividad.

4) Inventarios y listas de verificación

Los clínicos conductuales utilizan una variedad de técnicas de autoinforme para identificar conductas, respuestas emocionales y percepciones acerca del ambiente. Los inventarios se han desarrollado para evaluar la percepción de una persona acerca del ambiente social.

En resumen, el análisis funcional proporciona un modelo que puede ayudar al terapeuta y al usuario a definir las conductas problema y las variables que mantienen estas conductas. Para poder llevar a cabo este análisis, los terapeutas utilizan una o varias herramientas que le permiten profundizar en cada caso. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, en la segunda generación comenzaron a tomarse en cuenta los aspectos cognitivos, por lo cual a continuación revisaremos algunas formas de evaluación cognitivas.

1.3.2 Evaluación cognitiva

Como mencionamos en un principio, a partir del año 1970 los terapeutas conductuales reconocieron la relevancia de la cognición, esto conllevó a que su interés se dirigiera a evaluar las cogniciones. Tanto en la evaluación cognitiva como en la conductual, se utilizan herramientas similares como son las entrevistas, instrumentos, cuestionarios, entre otros. A continuación hablaremos acerca de estas formas de evaluación cognitivas.

La evaluación de actividades cognitivas cuenta con un largo historial y se refleja en los pioneros de personas como Binet, Catell, Esquirol, Galton, Jung, Murray Rorschach y Sequin (como se citó en Golfried, 1996). Los procedimientos para el muestreo de pensamientos eran administrados antes de la ejecución de una tarea o interacción social (entrevistas, cuestionarios de atribución, inventarios de ideas irracionales, valoraciones de expectativas), durante la misma ejecución (métodos de pensamiento en voz alta) o después de la ejecución de la tarea (lastado de pensamientos, entrevistas, cuestionarios). Como en el caso de los procedimientos conductuales, el procedimiento de muestreo se efectúa dentro del contexto de un tipo o clase de situaciones en particular (Golfried, 1996).

Por su parte, Ruíz et al. (2012) mencionan que entre las áreas de evaluación relevantes se encuentran las auto-verbalizaciones asociadas con diferentes problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc. Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de los contenidos cognitivos son los auto-registros y los inventarios cognitivos auto-informados. También se utilizan diversos inventarios cognitivos para trabajar diversas áreas como la depresión, el miedo, ansiedad, trastornos de alimentación, habilidades sociales, relaciones de pareja, entre otros.

Anteriormente mencionamos que en la evaluación conductual se utilizan una serie de inventarios relacionados con el análisis de la conducta, en el caso de la evaluación cognitiva también se utilizan instrumentos que el terapeuta puede utilizar para realizar un diagnóstico detallado del usuario. Tanto las herramientas de evaluación conductuales como cognitivas, pueden ser complementarias para realizar este diagnóstico y ayudar al terapeuta a realizar un tratamiento eficaz para el usuario. Estas herramientas también se pueden utilizar al inicio, durante y al final del proceso terapéutico para ver como el usuario va progresando.

Por otro lado, Kendall y Korgeski (1979 como se citó en Parks & Hollon, 1993) mencionan que los propósitos de la evaluación cognitiva incluyen: el interés por los procesos y contenidos del fenómeno en sí mismo; el interés por clarificar el rol que desempeñan tales cogniciones en la etiología o mantenimiento de la psicopatología; el interés por averiguar si esas estrategias funcionan alterando el contenido de los procesos cognitivos y el interés por determinar si estos procedimientos parecen implicar si la manipulación de la cognición se aplican adecuadamente.

Finalmente, Riso (2006) menciona que las fuentes para obtener información en la terapia cognitiva son múltiples y variadas. Aunque existe una propuesta inicial, el clínico puede recurrir a ellas para indagar cada Fase cuantas veces crea conveniente, de acuerdo a las necesidades que plantee el caso. Por lo general, las herramientas evaluativas incluyen entrevistas, cuestionarios de autorreporte,

observación directa en las sesiones y fuera de ellas, grabaciones, filmaciones, autoobservación, interconsultas y entrevista con personas significantes de la vida del paciente.

En resumen, la terapia cognitivo-conductual esta basada en los principios del aprendizaje, donde el objetivo es la conducta problema, las ideas irracionales y las emociones que están perjudicando al paciente, por lo tanto la intervención está dirigida en el cambio conductual, cognitivo y emocional. Dentro de la terapia cognitivo-conductual se pone énfasis en los aspectos actuales del comportamiento, sin embargo se toman en cuenta los factores históricos de la persona. Uno de los aspectos importantes durante la TCC, es la relación entre el terapeuta y el paciente. Finalmente la evaluación, permite al terapeuta realizar un diagnóstico apropiado y por otra parte ver los avances que el paciente está teniendo. Hoy en día, la TCC es una de las teorías más utilizadas en el área clínica, por ejemplo para atender casos de relaciones de pareja, el cual es nuestro objetivo en este trabajo.

VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

2.1 La pareja

En este capítulo se aborda el tema de la pareja, algunos modelos explicativos que hablan sobre esta, los problemas que pueden llegar a presentarse como es el tema de la violencia hacia las mujeres. También se mencionan algunos instrumentos que son utilizados dentro de la terapia de pareja y tratamientos que se han llevado a cabo para tratar los problemas de relaciones de pareja.

De acuerdo con el APA (2014), las relaciones fundamentales, en especial las relaciones íntimas entre parejas adultas y las relaciones/padre cuidador y niño o similares tienen un impacto significativo sobre la salud de los individuos que las protagonizan. Estas relaciones pueden tener efectos en la promoción y protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales en la salud.

A partir de la adolescencia, la relación varón-mujer es una de las más fuertes, vinculantes y trascendentes para la mayoría de las personas. Todo ser humano es fruto de una pareja; la mayoría nace en una pareja, vive en relación la pareja parental en la que aprende los modelos de relación, convive entre los grupos familiares cuyo núcleo son parejas, llegando un momento de su desarrollo elige una pareja y, en general, vive la experiencia de pareja-familia desde su nacimiento hasta su muerte (Galdeano, 1995).

Con base en lo anterior, podemos decir que la adolescencia es una de las etapas más significativas para los seres humanos. Tanto el núcleo familiar como la vida social son dos ámbitos que tienen suma importancia en la vida del adolescente. Esta etapa, puede llegar a ser complicada debido a los cambios biológicos y psicológicos que se comienzan a presentar. Durante esta etapa se van a comenzar a crear vínculos afectivos, creencias acerca de las relaciones de pareja y el aprendizaje sobre las mismas. Tanto las experiencias familiares como las que se van experimentando son las que van a ir construyendo el significado de pareja. Para García (2006) y Torres & Ojeda (2009), la pareja es una unidad social que actúa como un ente único en la sociedad en muchos aspectos. La base reside en

que las decisiones que se toman afectan al conjunto y que tiene que se toman en función de la relación existente entre dos personas. Los elementos fundamentales que unen a la pareja es la exclusividad que se da en el hecho de compartir determinados elementos, como el cuerpo, y bienes materiales, sobre todo aquellos que les defienden de problemas y ataques exteriores.

Díaz-Loving y Rivera (2010) y Maureira (2011) mencionan que en el momento en que dos o más sujetos interactúan, sus características, manifestaciones conductuales, expectativas, emociones, actitudes, atribuciones y formas de comunicación verbal y no verbal, el contexto, las normas particulares y el momento histórico singular que están vivenciando, se combinan para determinar la forma, condición, interpretación y conductas de la interacción.

En resumen, en el surgimiento de una relación de pareja heterosexual se van viviendo una serie de procesos, por ejemplo en un principio la pareja tiene poca convivencia, no se ve en la necesidad de tomar decisiones importantes, comienzan a idealizar a la otra persona y predomina el enamoramiento. Estos procesos se ven reflejados en la fase donde la pareja se constituye. Cuando la pareja pasa a otra fase, comienzan aparecer problemas en la pareja, algunos de los factores que influyen en este proceso es que la pareja comienza a convivir con mayor frecuencia, por lo tanto, la idealización que se presenta en el primer instante comienza a tener un desajuste entre las expectativas que se tenían y la realidad. A continuación abordaremos más en este tema.

2.2 Problemas de pareja

De acuerdo con lo anterior, cuando se comienzan a generar conflictos en una pareja, se crean problemas tanto en la dinámica como en cada uno de los individuos. Algunas veces, estos conflictos pueden darse por la falta de habilidades de cada uno para resolver problemas.

De acuerdo con APA (2014), la negligencia contra la pareja es un acto atroz u omisión sucedido en el último año, realizado por la pareja de una persona dependiente, privándole de algunas necesidades básicas, que provoquen o

generen una probabilidad razonable de provocar daños físicos o psicológicos a la pareja dependiente. Esta categoría se utiliza en el contexto de las relaciones en las que uno de los miembros de la pareja es extremadamente dependiente del otro para sus cuidados o necesita ayuda para realizar actividades diarias normales, por ejemplo, una pareja que no sea capaz de cuidar de sí misma a causa de sustanciales limitaciones físicas, psicológicas, intelectuales o culturales (p. ej., incapacidad para comunicarse con los demás y realizar las actividades cotidianas por vivir en una cultura extranjera).

De acuerdo a esta definición, los problemas en las relaciones de pareja no son considerados como trastorno; sin embargo, si está presente dentro de otros problemas clínicos como negligencia por parte del cónyuge o la pareja. Este tipo de problemas pueden afectar desde que comienza una relación hasta que ya se encuentra consolidada como un matrimonio con o sin hijos, o que les siga dañando aún después de haber dejado la relación. Aquí se considera que la pareja puede provocar tanto daños físicos como psicológicos a una persona dependiente.

Olivares, Maciá y Rosa (2014) señalan que los problemas en el marco de la pareja resultan de la interpretación emocional que hacen sus integrantes de las respuestas dadas por cada uno de ellos. En consecuencia, por una parte, no se contempla como muy relevante la hipótesis comunicativa (el exceso o el defecto de la ocurrencia de determinadas respuestas) o por otra, se entiende como condición necesaria la inclusión y la aceptación de la disminución de las reglas o acuerdos. Los conflictos están en función de la reactividad emocional a las acciones y omisiones de uno para el otro y viceversa.

De acuerdo con lo anterior, la calidad de la comunicación puede determinar el futuro de una relación de pareja, debido a que el diálogo permitirá crear un proyecto de vida en común, donde es necesario negociar, ceder, llegar a acuerdos, entre otras cosas. Es importante considerar que la manera en la que nos comunicamos, no se da solamente con palabras, también juega un papel fundamental la comunicación no verbal, por ejemplo el ignorar a la otra persona,

también cuando alguna de las dos personas está enfadada y lo niega pero se ve reflejado en su forma de actuar. Otra de las cuestiones que pueden causar problemas, es cuando hacemos interpretaciones erróneas, por ejemplo si tratamos de entablar una conversación y la otra persona nos da respuestas breves, se puede interpretar como falta de interés o poca atención en la conversación.

Finalmente, Meza (2010) menciona que la manera como se encara el conflicto en la pareja tiene una importante repercusión modeladora en su ascendencia familiar, tanto en el plano psicológico como en el cognitivo. Llevará a reproducir algunos de éstos patrones en su futura vida de pareja lo que es consistente con la teoría del aprendizaje social. Por su parte Sillars, Roberts, Leonard y Dun (2000 como se citó en Meza, 2010) dicen que, en términos generales, el curso del desarrollo del conflicto se da en la interacción de los pensamientos subjetivos y lo que se habla.

En resumen, las relaciones de pareja pueden crear una satisfacción en cada uno de los individuos que la conforman; sin embargo, es inevitable que durante la relación se presenten problemas que algunas veces pueden solucionarse rápidamente, pero en otras ocasiones puede llevar a la terminación de esta. Al inicio de este trabajo, el tema de principal interés era el de la codependencia de mujeres en las relaciones de pareja, sin embargo al llevar a cabo una revisión de la literatura se encontraron varias limitaciones teóricas para encontrar una definición de este concepto desde una perspectiva cognitivo-conductual. A continuación hablaremos de manera general de algunos modelos explicativos que se encontraron para abordar este tema.

2.3 Modelos explicativos

Dentro de la psicología, podemos encontrarnos con diferentes perspectivas teóricas que se han dado a la tarea de estudiar las relaciones de pareja. Aunque cada una de ellas, le den un nombre y perspectiva diferente, estas se han enfocado en estudiar tanto los orígenes, mantenimiento y las consecuencias de los problemas que se originan dentro de la pareja.

El concepto de codependencia se comenzó a utilizar en los años setenta para describir a la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. Más tarde se ha hecho referencia al codependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a una persona con algún tipo de adicción, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto (Mansilla, 2002).

En la década de los años 1980, Minuchin, Satir y otros terapeutas familiares (como se citó en Noriega, 2013), empezaron a emplear el término codependencia para describir a todas las personas que convivían con adictos. Al mismo tiempo, se iniciaron investigaciones para el estudio de la codependencia en la Teoría de Sistemas de la Terapia Familiar, las cuales modificaron el enfoque del modelo de enfermedad y exploraron sistemas dinámicos de interacción en el desarrollo de la familia alcohólica.

Desde el punto de vista de la teoría del vínculo, Vargas e Ibáñez (2006) plantean que el vínculo más importante del individuo, el más significativo, es el que se establece con la madre. La construcción de la relación de pareja parte de las primeras relaciones que se tienen en la temprana infancia, pero van moldeándose y siendo influida por otras variables. En la adolescencia, el tipo de vínculo se desarrolla y evoluciona hacia la pareja para culminar con los hijos.

Dentro de la terapia cognitiva, se señala lo siguiente:

Cuando una pareja, está comprometida en una relación duradera, cada uno de sus integrantes desarrolla ciertas expectativas con respecto al otro. Debido a la fuerza de los sentimientos y esperanzas, la profunda dependencia y los significados simbólicos decisivos, a veces arbitrarios, que atribuyen a los actos mutuos, los cónyuges son propensos a interpretar mal. Cuando ocurren conflictos, a menudo por una mala comunicación, los cónyuges parecen estar más dispuestos a

acusarse mutuamente que a pensar en el conflicto como en un problema que puede solucionarse. (Beck, 2011, p. 16 y 17)

Existen diversos modelos que se han encargado de estudiar e investigar las dinámicas que se presentan en la pareja. Dentro de la terapia cognitivo-conductual no es abordado el tema de la codependencia, es por esta razón que el tema de interés de este trabajo se centra en el la violencia de mujeres por parte de sus parejas. A continuación, hablaremos del término violencia, los principales tipos de violencia que se presentan en la pareja, el ciclo de esta y las consecuencias.

2.4 Violencia en la pareja

El tema de la violencia es un fenómeno que se encuentra presente en nuestra vida diaria y que va en aumento, además es algo que nos afecta socialmente, puede presentarse de diversas formas y en diferentes contextos. La violencia comienza desde el hogar, por parte de familiares y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, esto puede ser atribuido a los roles de género que han sido impuestos culturalmente durante muchos años. Por ejemplo, durante mucho tiempo se tenía la idea de que la mujer era el sexo “débil” y por tanto sus actividades estarían enfocadas únicamente en el hogar; por otro lado, los hombres eran visto como el sexo “fuerte” y sus labores estarían enfocadas en actividades de poder, como trabajar y ser el “jefe de familia”. A continuación revisaremos como la violencia afecta las relaciones de pareja.

La OMS (2002) define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p.5)

La violencia se puede presentar de diversas maneras, aunque algunas veces se pueda pensar que solamente va dirigido hacia otra persona, también puede presentarse contra uno mismo, por ejemplo el golpearse, humillarse, o hacerse

algún otro tipo de daño. La violencia es un tema que trae consecuencias considerables en las personas y, en el peor de los casos puede terminar en la muerte, por eso este tema ha sido de gran interés para muchos autores, que se han enfocado en prevenir o actuar para que las personas no pasen o salgan de una situación de violencia. La violencia puede presentarse en niños, adolescentes y adultos, por lo tanto, es un tema que nos afecta socialmente, por lo tanto, es importante estar informados y actuar en caso de presentar una situación como esta.

De acuerdo con el INEGI (2014) del 2006 a 2011 la cifra de mujeres de 15 años y más que han enfrentado episodios de violencia a lo largo de su relación con su actual o última pareja, aumentó 3.8 puntos porcentuales, al pasar de 43.2 a 47 por ciento.

La violencia contra la mujer, es un fenómeno que se ha presentado desde hace muchos años; sin embargo, antes se creía que la mujer debería de aguantar todo tipo de malos tratos como golpes, humillaciones, esclavitud y que sus labores solamente deberían de estar enfocadas en el hogar como amas de casa, atendiendo a su marido o hijos, por lo cual no tenían permitido trabajar. Al paso de los años, las mujeres comenzaron a luchar por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, por ejemplo el poder votar, trabajar, vestirse de la forma en la que ellas quisieran, entre otros. Esta lucha ha estado presente durante muchos años y aunque se han logrado obtener grandes logros, aún sigue presente la violencia contra la mujer. Por lo cual, es importante que se siga trabajando en prevenir y atender los casos de violencia.

En México, de acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2010 como se citó en CONAVIM, 2014) se identifican los siguientes tipos de violencia:

Violencia psicológica: Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la

autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Violencia física: Es el uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Violencia económica: Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia sexual: Son los actos que degradan o dañan el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

En general, la violencia no se ve reflejada solamente con actos como son los golpes, o las humillaciones, también se encuentra presente con aquello que no se dice o no se hace pero perjudican a la otra persona, por ejemplo cuando ignoramos a alguien es una forma de violencia psicológica, o cuando estamos a cargo de un niño y no respetamos sus derechos como llevarlo a la escuela o privarlo de sus alimentos. Algunos ejemplos de estos tipos de violencia son: golpes, jalones, pellizcos, empujones, culpar, ignorar, chantaje, degradación, críticas, forzar a una relación sexual, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas, controlar los ingresos de la otra persona, entre muchas otras cosas más. Cabe señalar que la violencia física, económica, psicológica y sexual no son todas las formas de violencia que existen, sin embargo si son las más frecuentes.

Por su parte, Alberdi y Matas (2002) y González y Santana (2001) mencionan que los diferentes tipos de violencia que ocurren en una relación de pareja se presentan en forma simultánea y están ligados entre sí. Una de las formas más

humillantes para la pareja es el abuso o agresión sexual que se ejerce mediante presiones físicas o psicológicas que imponen las relaciones sexuales no deseadas mediante la coacción, intimidación o indefensión. Dutton (2006) señala que la violencia contra la pareja puede funcionar como una conducta agresiva que se aprende de forma imitativa por los hijos y que se transmite culturalmente a las generaciones posteriores. En concreto, la observación reiterada por parte de los hijos de la violencia ejercida por el hombre a la mujer tiende a perpetuar esta conducta en las parejas de la siguiente generación.

Delgadillo, Vargas, Nievar, Argüello & González (2013) señalan que se puede decir que la familia, la pareja y los hijos, en general, reproducen, en mayor o menor medida, los roles culturalmente establecidos. Se espera, entonces, que el padre sea capaz de cubrir las necesidades de todos y cada uno, fundamentalmente las materiales; las afectivas correrán a cargo de la madre, y el apego a las prescripciones y proscripciones señaladas por los padres quedan a cargo de los hijos(as). Esta caracterización por género pone en una clara vertical a cada género, por ejemplo la superioridad física del hombre hacia la mujer, que a la postre favorece la producción de la violencia en la pareja.

En resumen, en muchas familias y parejas, la violencia está ocasionando efectos irreparables en su bienestar emocional y social. La violencia se ha estado instalando en las relaciones cotidianas, silenciosa e invisiblemente, sobre todo en aquellos individuos en la que los hombres y mujeres difieren no solo en su estilo de vida (subordinación por parte de la mujer), sino también en su jerarquía e importancia, justificando comportamientos de control y dominación. La violencia en las relaciones afectivas entre jóvenes se produce en una etapa en que se empiezan a llevar a cabo las primeras relaciones románticas, y puede ocasionar que las personas permitan el abuso por parte de su pareja. Se puede llegar a creer que la violencia a temprana edad, no tiene gran relevancia, ya que, por una parte se puede pensar que eso cambiará o que no resulta una amenaza, sin embargo, es en esta etapa en la que podemos comenzar a actuar de manera eficaz.

El ciclo de la violencia, descrito por la investigadora estadounidense Walker (1979, como se citó en Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004) explica cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja:

1. La fase de tensión se caracteriza por una escala gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El hombre violento expresa hostilidad, la mujer intenta calmar, complacer o, al menos no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que pueda controlar su agresión.
2. Fase de agresión, en la que estalla la violencia psíquica, física y/o sexual. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos y en la que puede decidirse a contar lo que le está pasando.
3. Fase de conciliación o “luna de miel”, en el que el hombre violento se arrepiente, pide perdón, le hace promesas a cambio o le hace regalos. Este momento supone un esfuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. También le permite ver el “lado bueno” de su pareja, fomentando la esperanza de que pueda llegar a cambiar.

El ciclo de la violencia nos ayuda a entender cómo surge y se mantiene la dinámica destructiva en una relación de pareja. Cuando la mujer se encuentra en este círculo, puede llegar a creer que la conducta de su pareja depende de las acciones que ella emprende, por lo cual se siente responsable y hace todo lo posible por tratar de cambiar la conducta de la otra persona. Sin embargo, cuando la mujer se da cuenta que esto no funciona, puede llegar a desarrollar sentimientos de culpa y vergüenza, porque considera que está fracasando por no poder cambiar la dinámica en su relación. También puede intentar salir de la relación, pero cuando comienzan a presentar las conductas de perdón por parte de su pareja, puede llegar a creer que finalmente existirá un cambio por lo cual lo intentará una y otra vez sin tener algún tipo de éxito.

Finalmente, Labrador, Fernández y Rincón (2010b) consideran que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves. Entre éstas, según Golding (1999 como se citó en Labrador et. al., 2010b), destaca la

prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión, señalándose también una elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias (alcohol y drogas). También se ha señalado la alta frecuencia de problemas de autoestima y desadaptación social.

Considerando que las consecuencias psicológicas de la violencia son de las más graves, la psicología se ha interesado en abordar el estudio de la violencia desde diferentes perspectivas: su prevención, el impacto que tiene en la dinámica familiar y en las relaciones de pareja.

Gómez (2014), señala que desde la teoría del cognoscitivismo las personas violentas se perciben con baja autoeficacia para ejecutar comportamientos pro-sociales. La interpretación de los sucesos ocurridos, la autoeficacia percibida para responder agresivamente en determinada situación, y la comparación de potenciales respuestas frente a los estándares autorreguladores, son importantes para la solución de un problema usando la mediación del conflicto o usando la violencia.

El propio Bandura (2001, como se citó en Gómez, 2014) postula en su teoría cognitiva-social que las personas responden de manera agresiva de la misma manera que adquieren otras formas de comportamiento social, es decir, probablemente han sido víctimas desde la niñez de hechos concretos de violencia, aprendiendo a responder de manera violenta ante eventos nocivos o frustrantes; o vicariamente mediante la observación de modelos parentales o provenientes de los medios masivos de comunicación, en los que al incurrir en actos agresivos se obtienen recompensas positivas y se evitan consecuencias adversas; así, el comportamiento violento permanece bajo el control tanto de las consecuencias ambientales y sociales, como de los procesos internos de autorregulación.

De esta manera, Bandura no solamente enfatizó la importancia de los procesos cognitivos relacionados con nuestra propia eficacia como uno de los rasgos más importantes de las capacidades humanas, sino que también afirmó que las creencias de la autoeficacia están íntimamente relacionadas con las percepciones que se tienen de los eventos comunes así como el conocimiento que se adquiere

acerca del comportamiento ligado a estas creencias (Orozco, Delgadillo & González, 2013).

Rubio-Garay, Carrasco, Amor & López-González (2015) señalan que la autoestima y la empatía pueden facilitar la violencia o inhibirla en el noviazgo pero también pueden ejercer un efecto modulador al relacionarse con terceras variables. Así, por ejemplo, una baja autoestima se ha asociado a un mayor riesgo de agredir a la pareja y de ser agredido/a. Por su parte, el desarrollo de la empatía constituye un aspecto fundamental para inhibir los impulsos agresivos, también puede modular la relación entre las actitudes de justificación de la violencia y la autoeficacia con la violencia en el noviazgo o entre variables como la observación de violencia familiar y violencia en el noviazgo, de manera que una mayor empatía disminuye el riesgo de que los adolescentes que han sido testigos de violencia familiar maltraten a su pareja durante el noviazgo.

En términos generales, diversos estudios han documentado como la violencia de pareja, el estrés, los sentimientos de inadaptación, la desigualdad de género, la ansiedad, y el alcoholismo influyen en el origen y desarrollo de las percepciones que las mujeres tienen con respecto a su autoeficacia. De la misma manera, debido a los efectos dañinos de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres, se ha señalado que la violencia de pareja podría afectar de manera negativa la autoeficacia (Orozco, Delgadillo & González, 2013).

De la autoeficacia dependerá si las acciones son erráticas o, más bien, planificadas y estratégicas, y si el sentimiento que las acompaña es de optimismo o pesimismo. Esta autoeficacia también determinará la cantidad de esfuerzo dedicado a intentar cambiar el medio de la persona, cuánto persiste en estos esfuerzos, a pesar de las dificultades, cómo concibe esas dificultades, la resiliencia frente a la adversidad, y el estrés experimentado ante las dificultades. Esta autoeficacia remite a su historia personal, ya que ella concluye si tiene esa capacidad por medio de la reflexión de eventos pasados, los cuales compara con los que le atañen en el presente. A esta historia personal también se unen historias grupales y sociales, a las cuales está ligada la persona. Es claro que la

información necesaria para controlar, responder y navegar, el mundo social, proviene de otros y, de manera particular, de los grupos a los cuales pertenece (Gaborit, 2005).

En resumen, la autoeficacia es una variable relevante para la expresión de la agresividad. Por ejemplo, cuando un niño vive en una dinámica familiar donde existe violencia, puede repetir estos patrones de adulto, en sus relaciones de pareja. Por otra parte, la autoeficacia también es una variable que puede ayudar a las mujeres que se encuentran en relaciones donde existe violencia por parte de sus parejas, a tomar acciones positivas para ellas. Por ejemplo, el darse cuenta de las habilidades que posee, tener una percepción positiva de ellas mismas, lo cual le ayudará a incrementar su autoestima. Esto a su vez le ayudará a tener relaciones más saludables para ella y para las personas que la rodean.

2.5 Evaluación

Uno de los temas de mayor interés en la psicología es el de las relaciones de pareja. Los psicólogos se han encargado de investigar, las causas, consecuencias y el mantenimiento de los problemas en la pareja. Como revisamos anteriormente, en una relación afectiva se busca aumentar el bienestar físico y psicológico; sin embargo cuando la pareja entra en una dinámica de destrucción puede traer grandes consecuencias tanto individuales como en la propia pareja. Dentro de estos intereses y buscando alternativas ante estos problemas, se han realizado tratamientos de acuerdo a las necesidades de la pareja, es por esto que antes de realizar una intervención, se debe de realizar una evaluación pertinente. Se han creado diversos instrumentos y entrevistas para las parejas o para cada uno de ellos, los cuales nos ayudarán a saber las consecuencias, el área en la que es necesario trabajar (actos, pensamientos o sentimientos), el origen de estos problemas, entre otras cuestiones que permitirán conocer la dinámica de la relación y por lo tanto poder llevar a cabo un tratamiento adecuado. A continuación revisaremos estas formas de evaluación.

En primer lugar, Parra (2007) menciona que los instrumentos buscan medir las diferentes variables que participan en el conflicto, desde la identificación de

problemas a través de cuestionarios que evalúen la historia individual del compañero y el funcionamiento actual hasta la interacción diaria de la pareja y su comunicación. Es importante a la hora de evaluar, tener en cuenta específicamente cada una de las áreas que se desean medir con el fin de diseñar o implementar la estrategia pertinente y aplicar una estrategia de intervención que trabaje en las necesidades específicas. Este autor menciona los siguientes:

Evaluación de la conducta

- ❖ Cuestionario de Áreas de Cambio (ACQ), dividida en dos partes: la primera el respondiente especifica cómo vería la conducta de su pareja; y la segunda, difiere sólo en términos que la conducta está siendo discutida.
- ❖ La Escala de Ajuste Diádico (DAS) original de Spanier (1976)
- ❖ La Lista de Chequeo de Observación de la Pareja
- ❖ “Cuestionario de Áreas de Cambio” de Weiss y Birchler
- ❖ El Cuestionario de Patrones de Comunicación (CPQ) de Christensen y Sullaway (1984), para evaluar las percepciones de la pareja de los patrones diádicos en sus áreas de conflicto concernientes a la comunicación en su relación.

Evaluación de las cogniciones

- ❖ El inventario de Comunicación e Interacción de Pareja, permite realizar una evaluación más profunda acerca de cómo se recibe la información en términos de escucha y distorsión de la información (Baucom y Epstein, 1990 como se citó en Parra 2007).
- ❖ El Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales de Beck
- ❖ Inventario de Creencias Irracionales, realizado para evaluar las creencias irracionales dentro de un contexto de terapia racional emotiva.

Evaluación del área afectiva

Hay cuatro aspectos del afecto que el terapeuta necesita evaluar para entender la naturaleza de las interacciones problemáticas de la pareja: 1) la cantidad de emociones positivas y negativas; 2) grado en el cual la pareja es consciente de

sus emociones; 3) expresión inadecuada disfuncional, y 4) grado en el cual el estado afectivo particular interfiere con el funcionamiento dentro de la vida de pareja. Hay otras como por ejemplo, Escala de Tasa de Felicidad General, Cuestionario de Sentimientos Positivos, el Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales, entre otras.

Los instrumentos mencionados anteriormente, son algunos de los que son utilizados en la terapia de pareja, y están divididas en área de la conducta, de las cogniciones y la afectiva. A la hora de realizar una entrevista, el psicólogo puede determinar que tipo de instrumento va a utilizar, lo cual le permitirá completar la información que ya había obtenido en primera instancia. El uso de los instrumentos ayudan al terapeuta a saber como llegan los pacientes y los avances que obtuvieron al final del tratamiento.

Por otra parte, Lemos, Jaller, González, Díaz y De la Ossa (2012), realizan una investigación sobre el perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios, y utilizaron los siguientes cuestionarios: El Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE): construido y validado por Lemos y Londoño (2006); Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos (Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition [YSQ-L2], 1990); Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP); Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA); Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Modificado. Estos instrumentos son utilizados para medir el área de las cogniciones en los estudiantes.

Finalmente, Cáceres, Labrador, Ardilla y Parada (2011b) en un tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja, utilizaron las siguientes formas de evaluación: La entrevista semi estructurada de Cáceres, Labrador, Ardila y Peña, (2009); La escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997); Los dos auto-informes de Beck: ansiedad (BAI: Beck Anxiety Inventory) y depresión (BDI: Beck Depression Inventory); para

medir la autoestima el inventario de Rosenberg (1965); En relación con la inadaptación la escala de inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000); el inventario de cogniciones postraumáticas.

Con base en lo anterior, podemos observar que para que un psicólogo pueda realizar una buena evaluación, debe utilizar las herramientas necesarias como es el caso de las entrevistas y los cuestionarios. En función del diagnóstico realizado a través de la evaluación psicológica, se establecerá el tipo de tratamiento que se aplicará de acuerdo con las necesidades de los pacientes. Aunque el tratamiento sea llevado a cabo en pareja o grupo, es necesario que la evaluación se lleve a cabo de manera individual, ya que esto permitirá ver el alcance que se obtuvo en cada persona. Aunque el objetivo de la intervención sea el mismo, cada persona es diferente. A continuación haremos una revisión acerca de algunas investigaciones que se han llevado a cabo en los tratamientos de personas que tienen problemas de pareja.

2.6 Intervención

Una vez que el psicólogo ha llevado a cabo la evaluación, puede diseñar un tratamiento para la pareja o para cada uno de los pacientes. Dentro de este proceso, los terapeutas se pueden enfocar en tres puntos de prevención (primaria, secundaria y terciaria), la cual estará determinada por los objetivos que se quieran lograr. Cada una de estas medidas de prevención, ayudan en primer lugar a prevenir alguna enfermedad o daño, en segundo lugar a trabajar con poblaciones que corran algún tipo de riesgos y finalmente intervenir cuando la enfermedad o el daño ya se encuentran presente. A continuación haremos una revisión sobre cada uno de estos tipos de prevención; así mismo, plantearemos algunos tratamientos que se han llevado a cabo en cada uno de estos niveles, respecto a problemas en las relaciones de pareja.

Para Santacreu, Márquez y Rubio (1997), el término prevención se relaciona con dos conceptos previos: una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes.

Por prevención primaria, se entiende prevenir la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención. En la mayoría de los casos hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo.

La prevención secundaria se refiere a todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño pero con referencias a una determinada población que previamente se identifica como población de riesgo. En lo que difiere, es en el grado de riesgo del sujeto sobre el que hace prevención.

En términos generales se entiende por prevención terciaria aquellos tipos de actuaciones en los que se intervine cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previene estados mas avanzados de la enfermedad.

En general, estos niveles de prevención, pueden ser funcionales ante una sola persona o grupo. Son funcionales tanto para niños, adolescentes, adultos. Muchas veces relacionamos la prevención, con los acontecimientos que ocurran antes de algún tipo de enfermedad o daño, sin embargo, en este caso también abarca la reducción de factores de riesgo y detener el avance, interviniendo en las consecuencias que ya están presentes. Como mencionamos anteriormente, diversos psicólogos se han enfocado en cada uno de estos niveles para llevar a cabo un tratamiento dirigido a la pareja.

Comenzaremos con Cáceres, et. al (2011b), quienes evaluaron la efectividad de un tratamiento psicológico centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja (VP). Las participantes fueron 73, con diagnóstico de TEPT (Trastorno de estrés postraumático). El diseño fue pre-experimental, los instrumentos utilizados fueron fiables para la población colombiana para medir el trauma (TEPT, depresión, ansiedad, autoestima e inadaptación). El estudio se dividió en tres fases: evaluación (características del trauma y sus consecuencias), tratamiento (breve en ocho sesiones, grupal, protocolizado en 4 componentes: relajación, práctica de actividades agradables, terapia cognitiva más terapia de exposición, entrenamiento asertivo y afrontamiento) durante todo el tratamiento se utiliza la técnica de psicoeducación para explicar claramente cada una de las sesiones y la

importancia de intervenir en cada uno de los tres procesos: modulación emocional-afectiva, procesamiento emocional y adaptación. Además se le dio seguimiento a uno, tres y seis meses. Los resultados señalan que la VP es crónica, cíclica y suelen concurrir las tres formas de violencia (física, psicológica y sexual). También se demostró que la mayoría de las víctimas (74%) ha sufrido trauma complejo. Respecto a la significancia clínica, la mayoría de mujeres mejoró la sintomatología después del tratamiento, de forma rápida.

Por su parte, Vizcarra, Poo y Donoso (2013) llevaron a cabo el programa *Construyendo una relación de pareja saludable*, el cual constituye un aporte a la prevención de la violencia de pareja. Su propósito es ofrecer conocimientos, desarrollar habilidades y formar actitudes favorecedoras de una convivencia de pareja basada en la igualdad y el respeto mutuo en estudiantes universitarios. El programa se estructura en cinco módulos: 1) Bases teóricas de la violencia; 2) Relaciones de pareja saludable; 3) Autoconocimiento y expresión emocional; 4) Resolviendo los conflictos en forma no violenta y 5) Integración. En la evaluación se utilizaron distintas estrategias: pruebas objetivas, trabajos prácticos, portafolio y una técnica llamada “Carta a una amiga”. Los resultados muestran que los estudiantes mayoritariamente contestan de manera sensible y empática frente a la situación planteada. Fueron capaces de reconocer las distintas manifestaciones de la violencia, las dinámicas de la relación de violencia, incluyendo las etapas del ciclo, la posibilidad de escalada en el tiempo, así como algunas consecuencias emocionales y conductuales en las víctimas.

Por otra parte, Matud, Gutiérrez y Padilla (2004) llevaron a cabo una intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. Las técnicas y estrategias que utilizaron fueron: a) estrategias para el control de la ansiedad; b) técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados; c) entrenamiento en habilidades sociales; d) inoculación de estrés; e) entrenamiento en solución de problemas. Para la evaluación inicial utilizaron una entrevista semiestructurada elaborada por Matud (1999), así como diversos test para evaluar la presencia de estrés postraumático, sintomatología depresiva, somática y de ansiedad, los abusos concretos, autoestima y seguridad en sí misma, así como su

forma típica de hacer frente al maltrato de su pareja y los estresores actuales. La intervención grupal consta de diez sesiones de una duración mínima de dos horas, en cada sesión se plantea uno o más objetivos. Los datos recogidos inmediatamente tras la intervención mostraron la eficacia del programa en la reducción significativa (o incluso la eliminación en algunos casos) del estrés postraumático, de la indefensión y de la sintomatología depresiva, somática y de ansiedad. Además, las mujeres aumentaron su autoestima y seguridad en sí mismas. Este estudio se encuentra enfocado en un nivel de prevención terciaria, donde se trabaja con mujeres que han sufrido violencia. Como hemos estado mencionando, el impacto físico, psicológico y emocional en las mujeres que pasan por una situación de violencia puede llegar a perjudicar en gran medida su bienestar de la salud.

Finalmente, Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco (2004c) realizaron un programa grupal en mujeres víctimas de violencia, para un número ideal de cuatro participantes por grupo, con una periodicidad de una sesión a la semana y una duración de 90 minutos por sesión. Diseñaron una serie de sesiones que se distribuyen por módulos: autoestima (2 sesiones), estado de ánimo (2 sesiones), exposición (3 sesiones), reevaluación cognitiva (2 sesiones) y solución de problemas (2 sesiones). El orden de presentación de las sesiones es fundamental en este caso, siendo necesario que la exposición se aplique al final del tratamiento. Es conveniente, planificar evaluaciones de seguimiento con las participantes del grupo, que se llevarán a cabo de manera individual, para ver el mantenimiento de los cambios a medio y largo plazo. Se recomiendan seguimientos al mes, tres, seis y doce meses de haber concluido la intervención. Por último, al finalizar cada sesión se plantea la evaluación de la misma a través de la *Escala de Cambio Percibido*, que aporta información sobre la reducción de los síntomas que presentan de manera más frecuente.

Los programas de tratamiento para mujeres que han estado en una relación de violencia por parte de su pareja han evolucionado con el desarrollo teórico y empírico, al igual que las mejoras que se implementan cada vez se aplica a más

población e inclusive algunos programas se utilizan para tratar problemas específicos causados por la violencia. Echeburúa, Corral, Amor, Zabizarreta y Sarasua (1996), en una revisión señalaba que los programas o investigaciones adelantadas se centran en la autoestima, autoeficacia y en dar algunas habilidades de control y asertividad.

A través de este capítulo hemos hablado acerca de las relaciones de pareja, principalmente de los problemas que pueden presentarse como es el tema de violencia. De acuerdo con el INEGI (2014), la cifra de mujeres de 15 años o más que sufren violencia va en aumento. Es por esto la importancia de llevar a cabo programas preventivos para que la violencia no incremente. Así como, trabajar con personas que hayan estado o se encuentren en una relación de violencia. Se han realizado diversos estudios y trabajos de tratamiento con mujeres que han sufrido violencia, sin embargo, es evidente que este tema es un problema que sigue afectando de manera considerable hoy en día..

Es por esta razón, que en este trabajo se busca crear un taller para trabajar con mujeres de 15 a 21 años que han estado o se encuentran en una relación de pareja, en donde se busca incrementar la autoeficacia así como sus habilidades de afrontamiento, basado en técnicas cognitivo-conductuales, el taller tiene por nombre “Estrategias para aumentar la autoeficacia”.

TALLER “ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA AUTOEFICACIA”

3.1 Justificación

En el presente trabajo se diseña un taller para mujeres que se encuentran o han tenido una relación de pareja donde haya existido violencia, el cual tiene como objetivo incrementar la autoeficacia en mujeres que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja; así como desarrollar habilidades de afrontamiento en las usuarias. Estos objetivos se han establecido a partir de las siguientes consideraciones:

En primer lugar, la importancia y magnitud del problema de violencia de pareja (VP), reflejado en las altas tasas de prevalencia que ponen de manifiesto un problema tanto social como de salud pública, que afecta a los diferentes países y las diferentes culturas. De acuerdo a la ENVIM (2003 como se citó en Ávila, Valdez, Barroso, Híjar, Rojas y Del Río, 2014), la violencia de pareja se define como un patrón repetitivo de maltrato de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que incluyen: violencia física, violencia emocional, violencia sexual y violencia económica. Aunque la violencia también puede presentarse de mujeres hacia hombres, se presenta en mayor cantidad de hombres hacia mujeres provocando grandes consecuencias tanto físicas como psicológicas.

En segundo lugar, por la gravedad de las consecuencias de la violencia en pareja en la salud tanto física, psicológica como social de mujeres, sus hijos y en el entorno más inmediato donde es el escenario de la violencia. En México, el tema de violencia es un problema social, que perjudica a gran número de mujeres, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, 46.1% de las mujeres de 15 años y más en México sufrieron algún incidente de violencia por parte de su pareja a lo largo de la relación (Dirección General Adjunta de Comunicación Social y Cambio Cultural,

2014). Ese porcentaje nos indica que casi el cincuenta por ciento de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones.

En la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014), el ex Jefe Delegacional de Azcapotzalco Sergio Palacios señaló que con la aprobación de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal en el 2008, fue creada para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujeres. La política social del gobierno delegacional, ha tratado los temas de prevención y atención de la violencia hacia las mujeres priorizando la seguridad de las mismas.

Actualmente sigue avanzando considerablemente el aumento de mujeres que reciben algún tipo de violencia en el noviazgo y que afecta a nivel psicológico, emocional y social. Este taller se encuentra basado en un entrenamiento de auto-eficacia, detención de pensamientos así como de búsqueda de soluciones alternativas, donde se utilizan técnicas de la terapia cognitivo-conductual.

3.2. Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Incrementar la autoeficacia en mujeres que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja.

Desarrollar habilidades de afrontamiento en las usuarias.

3.2.2 Objetivos específicos

Las usuarias conocerán los principios básicos sobre el tema de violencia.

Las usuarias sabrán los principios básicos sobre el tema de autoeficacia.

Las usuarias serán entrenadas en la técnica de detención de pensamientos.

Las usuarias serán entrenadas en la técnica de búsqueda de pensamientos alternativos.

3.3. Descripción y método

3.3.1 Participantes

3.3.1.1. Criterios de inclusión

- a) Mujeres de 15 a 21 años de edad
- b) Haber estado o estar en una relación de violencia por parte de su pareja
- c) Heterosexuales
- d) Vivir en la Delegación Azcapotzalco
- e) Haber llenado el consentimiento y estar de acuerdo con las normas de terapia de grupo.

3.3.1.2 Criterios de exclusión

- a) Posibilidad de suicidio
- b) Abuso y dependencia de alcohol y/o drogas
- c) Analfabetismo

d) Tener un diagnóstico actual o previo de algún trastorno mental.

3.3.1.3 Criterios de eliminación

a) Tener tres faltas durante el proceso.

b) No cumplir con las normas establecidas para el programa.

3.3.2 Material e instrumentos

El protocolo de evaluación está compuesto por los siguientes instrumentos:

3.3.2.1 Instrumentos

3.3.2.1.1 Entrevista semi-estructurada para víctimas de VP (EVP; Cáceres, Labrador y Ardila, 2009).

Esta entrevista se basa en dos fuentes: en la entrevista semi-estructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Suca (1994) y en la entrevista de Labrado y Rincón (2002). Recoge información sobre los datos sociodemográficos y económicas, características de las víctimas, características del maltratador, características de la relación de pareja, características de la violencia e información jurídica. Esta entrevista fue revisada y algunos ítems fueron ajustados (Ver anexo 1).

3.3.2.1.2 Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarcer, 1996).

Se basa en el concepto de expectativa de autoeficacia definida por Albert Bandura, que hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar estresores. La versión alemana de la escala incluía 20 ítems pero quedó posteriormente reducida a 10 ítems. La versión española fue realizada por un grupo de estudiantes bilingües, que tradujeron las escalas alemanas e inglesas al castellano. Los formatos de respuesta de tipo Likert de 4 rangos; 1=Incorrecto, 2=Apenas cierto, 3=Más bien cierto, 4= Cierto; el cual debe de colocar una X en cada ítem, sobre el rango que considere más adecuada a su criterio. El punteo más alto demuestra el nivel más alto de autoeficacia percibida

en los sujetos y el puntaje más bajo reflejará un bajo nivel de autoeficacia. El valor máximo a obtener es de 40 puntos, cuando el puntaje mínimo es de 10 puntos (Ver anexo 2).

3.3.2.1.3 Cuadernillo de estado de ánimo

Se le entregará a cada participante un cuadernillo para registrar su estado de ánimo en la semana, durante todo el taller. En este cuadernillo las usuarias reportarán cuál es el estado de ánimo que predomina durante todo el día (Ver anexo 3).

3.3.2.2 Materiales

- Hojas blancas
- Plumas
- Lápices
- Laptop
- Proyector

3.3.3 Procedimiento

Las mujeres que participarán en el taller serán derivadas de las instituciones que atienden mujeres víctimas de violencia como INMUJERES y la UAPVIF de la Delegación Azcapotzalco. En primer lugar se llevará a cabo de manera individual la entrevista semi-estructurada para víctimas de VP (EVP) (Cáceres, Labrador y Ardila, 2009), así como la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996). La evaluación de las usuarias se llevará a cabo en dos sesiones de hora y media cada una.

Este primer contacto sirve para poder conocer si las mujeres cumplen con los criterios establecidos y para ofrecerles un espacio de confianza, orientación y acompañamiento.

El programa tiene una duración de ocho sesiones, las cuales estarán distribuidas en dos meses aproximadamente (una sesión por semana). En las primeras dos sesiones se realizará la entrevista inicial y evaluación con todas las participantes de manera individual, estas sesiones serán programadas en una misma semana. El taller se llevará a cabo en las seis sesiones restantes, la cita para cada sesión

será de una vez por semana, para que las participantes puedan poner en práctica lo visto en cada sesión y puedan realizar las tareas asignadas. Las sesiones tendrán una duración de dos horas (120 minutos), con excepción de la última sesión que tendrá una duración de dos horas y media (150 minutos) para poder llevar a cabo la evaluación final. Se realizará una evaluación en la sesión 1 y 6 utilizando los mismos instrumentos para poder observar los cambios de las participantes, así mismo también se evaluará el estado de ánimo de las participantes a través del cuadernillo de estado de ánimo.

Una vez aprobado, se presentará el programa a las mujeres que asistan a estas instituciones. Las personas interesadas y que cumplan con los criterios establecidos podrán incorporarse; así mismo, podrán invitar a mujeres cercanas a ellas que sufran violencia de pareja. El grupo será cerrado con un máximo de 10 personas. En la primera sesión del taller se le entregará a cada participante el compromiso de trabajo terapéutico así como las normas que se llevarán a cabo durante las sesiones para que puedan leerlo y de estar de acuerdo firmarlo. Finalmente, el seguimiento se llevará a cabo de manera presencial seis meses después de haber concluido el taller, se les aplicará la Escala de Autoeficacia y un cuestionario de seguimiento (ver anexo 29).

3.3.3.1 Descripción de actividades

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
1	Presentación	Integración grupal	-Dar la bienvenida a las participantes -Las usuarias mencionarán su nombre y qué esperan del taller. -Leer el compromiso de trabajo terapéutico así como las normas (Ver anexo 4 y 5). 20 minutos	Terapeuta -Explicar -Aclarar dudas -Integrar -Preguntar	Usuaría -Responder -Atender -Participar			
	Psicoeducación	Conocer los principios básicos sobre el tema de violencia	1. Explicar qué es violencia, sus tipos, el ciclo de la violencia y consecuencias (Ver anexo 6) 2. Se le presentarán dos videos a las participantes y enseguida tendrán que contestar un cuestionario (Ver anexo 7) 55 minutos	-Explicar -Aclarar dudas - Retroalimentar -Preguntar -Dar ejemplos	-Atender -Preguntar -Participar -Seguir instrucciones	1. Responder todo el cuestionario. 2. Llevar a cabo toda la tarea.	1. Cuestionario de violencia 2. Tarea	Se le pedirá a las participantes que vean su programa favorito y contesten un cuestionario (Ver anexo 8)
	Psicoeducación y uso de la metáfora	Conocer el concepto de autoeficacia	-Explicar qué es la autoeficacia (Ver anexo 9) -Leer la metáfora de "Arturo y Clementina" en parejas y contestar un cuestionario (Ver anexo 10) 20 minutos	- Explicar -Aclarar dudas - Retroalimentar -Preguntar -Dar ejemplos	-Atender -Preguntar -Participar -Seguir instrucciones	1. Contestar todo el cuestionario de la metáfora. 2. Escribir la historia	1. Metáfora. 2. Realizar la tarea	Buscar la historia de una persona que ellas consideren autoeficaz y escribir por qué la consideran autoeficaz.

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
2	Psicoeducación	Identificar las fuentes de la auto-eficacia	<p>-Explicar qué son las fuentes de la auto-eficacia y en qué consisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de dominio • Experiencias vicarias • Persuasión social • Estados psicológicos y emocionales. <p>(Ver anexo 11)</p> <p>-Contestar un crucigrama de las fuentes de la auto-eficacia (Ver anexo 12)</p> <p>50 minutos</p>	<p>- Explicar</p> <p>-Aclarar dudas</p> <p>- Retroalimentar</p> <p>-Preguntar</p> <p>-Dar ejemplos</p>	<p>-Atender</p> <p>-Preguntar</p> <p>-Participar</p> <p>-Seguir instrucciones</p>	Contestar correctamente todo el crucigrama	Crucigrama	
	Psicoeducación	Identificar la relación que tienen los pensamientos con la conducta	<p>-Explicar la relación que tienen las cogniciones con la conducta de las personas (Ver anexo 13)</p> <p>- Se les pondrá un video de la película "Intensamente" y se les pedirá que identifiquen los pensamientos, emociones y conductas que presenta Riley.</p> <p>35 minutos</p>	<p>- Explicar</p> <p>-Aclarar dudas</p> <p>- Retroalimentar</p> <p>-Preguntar</p> <p>-Dar ejemplos</p>	<p>-Atender</p> <p>-Preguntar</p> <p>-Participar</p>	<p>-Identificar pensamientos, emociones y conductas del video.</p> <p>-Identificar al menos dos situaciones complicadas que se presenten en la semana y llenar el autorregistro ABC</p>	<p>-Video de la película intensamente</p> <p>-Autorregistro ABC</p>	Autorregistro ABC (Ver anexo 14)

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
3	Psicoeducación y ensayo conductual	Identificar cómo funcionan los procesos activados por la autoeficacia	<p>Explicar el funcionamiento de los procesos activados por la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cognitivos -Motivacionales -Afectivos -De selección (Ver anexo 15) <p>- Las participantes se pondrán de acuerdo para realizar un ensayo conductual en equipos de 5 personas, sobre una situación donde se comporten de manera autoeficaces.</p> <p>60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar -Aclarar dudas - Retroalimentar -Preguntar -Dar ejemplos 	<ul style="list-style-type: none"> -Atender -Preguntar -Participar 	<p>-Participar en la realización del ensayo conductual incluyendo los elementos de fuentes de autoeficacia y procesos activados.</p> <p>-Realizar un cuento sobre una persona eficaz que incluya al menos un elemento de los procesos activados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ensayo conductual -Cuento 	-Escribir un cuento sobre una persona autoeficaz, que incluya al menos un elemento de los procesos activados por la autoeficacia.
	Psicoeducación	Conocer las distorsiones cognitivas	<p>-Explicar en qué consisten las distorsiones cognitivas y cuáles son (Ver anexo 16)</p> <p>-Se les entregará una hoja que tendrá dos columnas, por un lado ejemplos de las distorsiones y por el otro el nombre de estas. Las usuarias tendrán que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar -Aclarar dudas - Retroalimentar -Preguntar -Dar ejemplos 	<ul style="list-style-type: none"> -Atender -Preguntar -Participar -Seguir instrucciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Contestar correctamente todo el ejercicio de distorsiones cognitivas. -Encontrar correctamente al menos 5 distorsiones cognitivas en una canción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación de columnas -Buscar distorsiones cognitivas en una canción. 	A cada usuaria, se le entregará una hoja con las distorsiones cognitivas y su significado (ver anexo 16) Cada una buscará una canción y subrayará las

			unir estas líneas para saber de qué tipo de distorsión estamos hablando (Ver anexo 17) 30 minutos					distorsiones cognitivas que encuentre.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
4	Psicoeducación y entrevista	Conocer las características de las personas autoeficaces.	-Explicar cuáles son las características de las personas autoeficaces (Ver anexo 18) -Identificar y escribir alguna situación en la que crean que han sido auto-eficaces. 50 minutos	-Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar	-Responder -Preguntar -Participar - Ejemplificar -Seguir instrucciones	1. Escribir una situación donde se hayan comportado de manera eficaz y subrayar las características que las haya hecho comportarse de manera eficaz. 2. Identificar 3 características en una entrevista a una persona que consideren autoeficaz	1. Identificación de una situación eficaz 2. Entrevista con una persona eficaz.	Realizar una entrevista a una persona que consideren autoeficaz e identificar las características -cas vistas en la sesión (Ver anexo 19)
	Terapia Cognitiva de Beck	Identificar las distorsiones cognitivas que tiene cada usuaria	-Las usuarias identificarán sus propias distorsiones cognitivas. Se les pedirá que pongan ejemplos de las distorsiones que ellas identifiquen	-Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar	-Responder -Preguntar -Participar	1. Identificar al menos 5 ejemplos de distorsiones cognitivas que presenten.	1. Registro de distorsiones 2. Ejercicios de distorsiones cognitivas	Contestar ejercicio de distorsiones cognitivas (Ver anexo 21)

			(Ver anexo 20) 35 minutos			2. Contestar correctamente todo el ejercicio de distorsiones cognitivas.		
--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
5	Auto-verbalizaciones	Conocer la técnica de auto-verbalizaciones y conocer cuales son efectivas y cuales no	-Explicar y ejemplificar la técnica de auto-verbalizaciones y su procedimiento. (Ver anexo 22) -En parejas jugar al ahorcado con frases de la técnica de auto-verbalizaciones. 60 minutos	Terapeuta -Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar	Usuaría -Responder -Preguntar -Participar - Ejemplificar	-Contestar correctamente el juego del ahorcado -Reportar al menos 5 auto-verbalizaciones	- Juego del ahorcado. -Reporte escrito de auto-verbalizaciones	Reporte escrito de auto-verbalizaciones (Ver anexo 23)
	Psicoeducación	Conocer en qué consiste la detención de pensamientos	-Explicar en qué consiste la detención de pensamientos (Ver anexo 25 y 26) -Llevar a cabo la primera parte de la técnica. 35 minutos	Terapeuta -Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar	Usuaría -Responder -Preguntar -Participar	1. Realizar la primera parte de la técnica. 2. Realizar el autorregistro de pensamientos correctamente	1. Técnica de detención 2. Autorregistro de pensamientos correctamente.	Autorregistro de pensamientos (Ver anexo 24)

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
6	Detención de pensamientos	Aumentar el control sobre los pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar un repaso de la técnica de detención de pensamientos. -Realizar la segunda parte de la técnica (Ver anexo 26) 35 minutos.	Terapeuta <ul style="list-style-type: none"> -Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar 	Usuaría <ul style="list-style-type: none"> -Responder -Preguntar -Participar -Seguir instrucciones 	1. Realizar toda la técnica de detención de pensamientos. 2. Llenar autorregistro.	1. Detención de pensamientos. 2. Autorregistro	Autorregistro de detención de pensamientos (Ver anexo 27)
	Búsqueda de respuestas alternativas	Encontrar respuestas alternativas ante pensamientos distorsionados	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar en que consiste la técnica de respuestas alternativas (Ver anexo 28) -Con ayuda de la explicación y su autorregistro de pensamientos se llevará a cabo esta técnica 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar -Aclarar dudas -Reforzar -Evaluar -Preguntar 	<ul style="list-style-type: none"> -Responder -Preguntar -Participar -Seguir instrucciones 	1. Anotar 5 respuestas alternativas en un nuevo registro. 2. Anotar 3 pensamientos y buscar soluciones alternativas	1. Búsqueda de respuestas alternativas 2. Autorregistro de pensamientos y búsqueda de soluciones	Autorregistro de pensamientos y llevar a cabo el proceso en situaciones que se presenten posteriormente

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se llevó a cabo la propuesta de un diseño de un taller dirigido a mujeres de 15 a 21 años que se encuentran o han estado en una relación de violencia por parte de su pareja. Con este taller se busca incrementar la autoeficacia y desarrollar habilidades de afrontamiento de las mujeres que participen en el programa. Al comenzar a realizar este trabajo, se plantearon diversas ideas, incluso en un principio el tema de principal interés era codependencia. Sin embargo, al transcurso de la revisión teórica se fueron planteando nuevos objetivos. Crear un taller requiere de dedicación e investigación, por lo que en este trabajo sólo se plantea la propuesta del taller, sin embargo el siguiente objetivo es poder aplicarlo. De acuerdo con la información recabada en este trabajo se llegaron a las siguientes conclusiones:

Al comenzar a realizar este proyecto, el tema de principal interés era la codependencia de mujeres en las relaciones de pareja; sin embargo, al realizar dicha investigación se encontraron varias limitaciones teóricas, ya que, desde una perspectiva Cognitivo-Conductual el término codependencia no es abordado. Desde otras perspectivas se relaciona la codependencia con problemas de adicciones como es el alcohol o alguna droga, así como una preocupación excesiva por parte de su pareja. Desde la teoría Cognitivo-Conductual no se cuenta con delimitaciones conductuales, cognitivas o afectivas que nos permitan catalogar a una persona como codependiente. Es por esto que no se cuenta con un sustento teórico que permitiera el desarrollo del tema, así como el diseño del taller. Por tal motivo, se realizó el cambio de tema por el de violencia hacia las mujeres en una relación de pareja.

La violencia es un problema social que se presenta tanto en hombres como en mujeres. De acuerdo con el INEGI (2014), del 2006 a 2011 la cifra de mujeres de 15 años y más que han enfrentado episodios de violencia a lo largo de su relación con su actual o última pareja, aumentó 3.8 puntos porcentualmente, al pasar de 43.2 a 47 por ciento. Existen factores culturales que pueden intervenir en que este problema siga presente hoy en día, como lo son los roles de género que son

asignados desde que nacemos. Por un lado, de una mujer se espera que desarrolle roles de esposa y madre, cultivando actitudes de cuidado, presencia y entrega, trayendo como consecuencias tanto físicas como psicológicas que pueden tener efectos considerables en cada persona que lo vive. Como señalan Delgadillo, Vargas, Nievar, Argüello y González (2013), se puede decir que la familia, la pareja y los hijos, en general, reproducen, en mayor o menor medida, los roles culturalmente establecidos. Se espera, entonces, que el padre sea capaz de cubrir las necesidades de todos y cada uno, fundamentalmente las materiales; las afectivas correrán a cargo de la madre.

En la psicología, este ha sido un tema de gran interés ya que, involucra tanto a los miembros de la pareja como a la personas que están a su alrededor. La violencia es un problema social que ha afectado de manera considerable y ha ido en aumento a través de los años. Es por esta razón que se han creado diversos programas y tratamientos tanto para las personas que lo ejercen, como para las personas que reciben violencia, principalmente de manera física, psicológica, sexual, económica. Estos programas se han creado tomando en cuenta los tres niveles de prevención. Para Santacreu, et. al. (1997), el término prevención se relaciona con dos conceptos previos: una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Este trabajo pueda ser aplicado en un nivel de prevención primaria, donde nos permitiría prevenir más casos de violencia, no solamente en una relación de pareja, también podría llevarse a cabo en relaciones familiares y/o sociales. Las técnicas cognitivo-conductuales, son una herramienta eficaz para trabajar el tema de la violencia, ya que nos permite trabajar tanto a nivel individual como grupal con mujeres, hombres y/o niños que vivan una situación de violencia.

Una de las ventajas de aplicar talleres, es que se puede tener un mayor número de alcance con las personas. Con este tipo de programas se podrían tratar otros temas, Golding (1999) destaca que entre las prevalencias de la violencia se encuentra el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, una elevada

frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias (alcohol y drogas), así como problemas de autoestima y desadaptación social.

En este taller se aplicarán algunas técnicas cognitivas-conductuales como ensayo conductual, detención de pensamientos, entrevistas, búsqueda de respuestas alternativas, autoverbalizaciones, entre otras. Sin embargo, también podrían utilizarse otras técnicas como entrenamiento en asertividad, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, programación de actividades. Una de las limitaciones que podría tener el taller es que una vez finalizado, las participantes dejen de llevar a cabo lo aprendido en el taller, es por esto la importancia de realizar el seguimiento, para ver si las participantes han avanzado, retrocedido o siguen teniendo resultados similares al comenzar el taller.

Así mismo, ayudaría para poder llevar a cabo este taller a diferentes lugares como delegaciones, estados y/o municipios que nos ayuden a trabajar con más población que requiera de esta atención psicológica. Otro punto importante, es que el tratamiento grupal podría complementarse con terapia individual, debido a que en un proceso individual se pueden abordar cuestiones que se no trabajaron dentro del proceso grupal.

A pesar de que, en este trabajo sólo nos enfocamos en trabajar con mujeres; no podemos dejar a un lado que este problema se encuentra también presente en hombres y niños que reciben violencia por parte de algún miembro cercano a ellos. Como menciona Meza (2010), la manera como se encara el conflicto en la pareja tiene una importante repercusión modeladora en su ascendencia familiar, tanto en el plano psicológico como en el cognitivo. Así mismo, también podría llevarse a cabo un taller donde se trabaje con las personas que ejercen violencia, ya que este es un punto importante para que no sigan incrementando las personas que se ven involucradas en este tipo de dinámicas.

Pueden ser muchas las razones por las cuales las mujeres que se encuentran en una relación donde hay violencia continúen en ella, Orozo, et. al. (2013), mencionan que diversos estudios han documentado como la violencia de pareja,

el estrés, los sentimientos de inadaptación, la desigualdad de género, la ansiedad, y el alcoholismo influyen en el origen y desarrollo de las percepciones que las mujeres tienen con respecto a su autoeficacia. Es por esta razón que se considero importante trabajar el tema de la autoeficacia y habilidades de afrontamiento, debido a que será decisión de cada mujer permanecer en una relación donde haya violencia.

Al llevar a cabo la investigación sobre el tema de la autoeficacia, los artículos se encontraban más relacionados con el aprendizaje dentro del aula escolar. Es por esta razón, que uno de los grandes beneficios de este taller, es que se busca incrementar la autoeficacia en las participantes, ya que, esto puede cambiar las percepciones que tiene cada mujer sobre ella misma. Como señala Gaborit (2005), de la autoeficacia dependerá si las acciones son erráticas o, más bien, planificadas y estratégicas, y si el sentimiento que las acompaña es de optimismo o pesimismo.

Finalmente, si alguna persona se encontrará interesada en trabajar el tema de codependencia, tome en cuenta las limitaciones teóricas que se encontraron desde una perspectiva cognitivo-conductual. Este taller se encuentra enfocado en técnicas cognitivo-conductuales debido a la efectividad que se ha encontrado en trabajos anteriores. Se pueden utilizar diversas técnicas de acuerdo al objetivo planteado en el trabajo de investigación. Aunque se han realizado diversos trabajos enfocados en el tema de violencia, de acuerdo a la información recabada esta va en aumento por lo que es importante seguir trabajando en la prevención y en la detención de la misma. Como psicóloga consideró que existen muchas limitaciones, debido a que no podemos enfocarnos en que una persona deje una relación donde sufre violencia. Sin embargo, al trabajar con la persona en sus habilidades y eficacia, ayudaría a la persona a valorarse y tal vez a ya no permitir violencia por parte de otra persona. Este trabajo puede servir para futuras investigaciones en personas que se encuentren interesadas en trabajar el tema de violencia.

REFERENCIAS

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección de Estudio Sociales.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5a ed.). Washington, DC: Autor.
- Ávila, L., Valdez, R., Barroso, A. Híjar, M., Rojas, R. y Del Río, A. (2014). Prevalencia y factores asociados a violencia de pareja en usuarias de servicios públicos de salud en México: un análisis comparativo. *Revista de Investigación Clínica*, 66 (1), 45-58.
- Balbuena, F. (2005). *Psicoterapias cognitivo-conductuales. Desarrollo histórico y estado actual*. Jaén, España: Ediciones del lunar.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (2011). *Con el amo no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja*. Madrid, España: Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Distrito Federal, México: Gedisa.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI editores.
- Cáceres, E. (2011a). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
-

- Cáceres, E., Labrador, F., Ardilla, P., Parada, D. (2011b). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychología*, 5 (2), 13-31.
- Campbell, J. C., Miller, P., Cardwell, M. M. y Belknap, R.A. (1994). Estado civil de las mujeres maltratadas en el tiempo. *Jorurnal of family violence*, 9 (2), 99-111.
- Caro, I. (1997a). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Caro, I. (2007b). Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Caro, I. (2011c). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (CONAVIM) (2014). *Aprende a reconocer los tipos de violencia*. Recuperado de <http://www.conavim.gob.mx>.
- CONAVIM (2014). Aprende a reconocer los tipos de violencia. Recuperado de <http://www.conavim.gob.mx>.
- Delgadillo, L. G., Vargas, A., Nievar, Á., Argüello, J. F. & González, L. (2013). Efectos de la violencia de pareja en mujeres inmigrantes. *Civilizar*, 13 (24) 103-116.
- Díaz-Loving, R. y Rivera S. (2010). *Antología psicosocial de la pareja. Clásicos y contemporáneos*. Distrito Federal, México: Porrúa.
- Dirección General Adjunta de Comunicación Social y Cambio Cultural. (2014). *Acabemos con la violencia contra las mujeres* (50). Recuperado de <http://inmujeres.gob.mx/>.
- Dojman, M. (1999). *Principios de aprendizaje y conducta*. D.F., México: Thomson
- Dutton, D. G. (2006). *Rethinkig domestic violence*. Voncouver, Canadá: UBC Press.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zabizarreta, I., y Sarasua, B. (1996). Tratamiento Cognitivo-Conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Gaborit, M. (2005). Los círculos de la violencia: sociedad excluyente y pandillas. En M. Gaborit, *Encuentros centroamericanos sobre violencia y delincuencia juvenil*. Conferencia llevada a cabo en la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, San Salvador, República de El Salvador.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2014). *Reglas de Operación del Programa denominado “Programa Refugio de Mujeres Víctimas de Violencia”, implementado en la Delegación Azcapotzalco para el Ejercicio Fiscal 2014 (1788)*. Recuperado de <http://www.infodf.org.mx/>.
- Galdeano, J. (1995). *La vida de pareja, evolución y problemática actual*. Salamanca, España: Editorial San Esteban.
- García, J. (2002). La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. *Clínica y Salud*, 13 (1), 89-125.
- García, J. A. (Febrero, 2006). Datos y reflexiones sobre la pareja en la sociedad actual. Recuperado de: <http://www.psicoterapeutas.com>.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En: V. Caballo (ed). *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp. 91-108). Madrid, España: Siglo XXI.
- Golfried, M. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao, España: Declée de Brouwer.
- González, R. y Santana, J. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y Prevención*. Madrid, España: Pirámide.

- Gray, P. (2008). *Psicología: Una nueva perspectiva*. Distrito Federal, México: Mc Graw Hill.
- Gross, R. (1994). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Hernández, N. A. & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Libros en red.
- Huffman, K (2008). *Psicología en acción*. Distrito Federal, México. Limusa wiler.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Hombres y mujeres en México 2013*. México: INEGI.
- Keller, F. (1992). *La definición de psicología*. Distrito Federal, México: Trillas.
- Labrador, J. F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (1998a). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Labrador, F. J., Fernández, M. R. y Rincón, P. (2010b). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22 (1), 99-105.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004c). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid, España: Pirámide.
- Lemos, M., Jaller, C., González, A.M., Díaz, Z.T. y De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychological*, 11 (2), 395-404.
- Maciá, D. y Méndez, F. (1997). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Mansilla, F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (81), 9-19.

- Marlon, R. (2014). *86.400 segundos para cambiar tu vida [video]*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=pw0kZkG4Kjk>
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo*, 88, 1-15.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1), 321-332.
- Meza, M. E. (2010). *Estereotipos de Violencia en el Conflicto de Pareja. Construcciones y prácticas en una comunidad mexicana* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de terapia cognitivo conductual*, (15), 1-5.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12 (01) ,1-17.
- Naranjo, M. L. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos, y racional emotivos*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja. Diagnóstico y tratamiento*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Olivares, J., Maciá, D. y Rosa, A. I. (2014). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid, España: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, E.U.A.: OPS.
- Orozco, A. E., Delgadillo, L. & González, L. (2013). Depresión, violencia de pareja, y auto-eficacia materna en inmigrantes de origen mexicano. *Revista Psicológica Científica*, 15 (11), 1-10.

- Parks, C. W. y Hollon, S. D. (1993). Evaluación cognitiva. En: A. S. Bellack y M. Hersen (ed.), *Manual práctico de Evaluación de Conducta* (pp. 185-219). España, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Parra, I. (2007). Evaluación del conflicto de pareja desde la perspectiva cognoscitiva conductual. *Revista digital de Psicología*, 2 (5), 88-122.
- Perona, S. & Rivas, C. (1996). Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional de la conducta en el ámbito clínico. *Acta comportamentalia*, 2 (2), 237-259.
- Phares, J. & Trull, T. J. (2000). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. D.F., México: Manual Moderno.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Norma.
- Rivera, J. (productor) y Docter, P. & Del Carmen, R. (directores). (2015). *Intensamente* [Cinta cinematográfica]. EU.: Pixar Animation Studios & Walt Diney Pictures.
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M. Á., Amor, P. J., López-González, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25 (1), 47-56.
- Ruíz, M. A., Díaz, M.I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ruíz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid, España: Díaz de Santos
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. D.F., México: El manual moderno.
- Santacreu, J. Márquez, M. O. y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*, 10, 81-92.

- Smith, E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. & Loftus, G. (2003). *Introducción a la psicología*. Madrid: España: Thomson.
- Stumphauzer, J. (2008). *Terapia conductual*. Distrito Federal, México: Trillas.
- Torres, T. y Ojeda, A. (2009). El compromiso y la estabilidad en la pareja: definición y dimensiones dentro de la población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 17 (1), 38-47.
- Vargas, J. e Ibáñez, E. J. (2006). Pareja y adolescencia: un análisis desde la perspectiva del vínculo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9 (3), 73-85.
- Vargas, S. (2012). *Master spot noviazgo [video]*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=HBmVT7EkVpc>
- Vizcarra, M. B., Poo, A .M. y Donoso, T. (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología: Universidad de Chile*, 22 (1), 48-61.

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ENTREVISTA PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

(Cáceres, Labrador, Ardila & Peña, 2009)

Fecha de Entrevista: _____ Duración: _____

A continuación encontrará una serie de preguntas que requieren una respuesta concreta con base en su experiencia. Usted deberá marcar con una (x) para cada respuesta según su consideración.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

1.1. Datos Socio Demográficos

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

3. Fecha y lugar de nacimiento: _____

4. Edad: a) Menor de 18 b) 18 a 20 c) mayor de 20

5. Estado civil: a) Casada b) Unión libre c) Separada d) Divorciada e) Soltera

6. Escolaridad: a) sin estudios b) Primara incompleta c) Primaria completa
d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Bachillerato incompleto
g) Bachillerato completo h) Otro _____

1.2 Situación socio económica

7. Nivel socioeconómico: a) Bajo b) Medio c) Alto

8. Actividad económica: a) Hogar b) Comerciante c) Servicio doméstico
d) Estudiante e) Ninguna f) Otra: ¿Cuál? _____

9. Ingreso mensual: a) No recibe b) Menos de 1 salario mínimo c) 1 salario mínimo
d) Más de 1 salario mínimo e) De 2 a 3 salarios mínimos f) Más de 3 salarios mínimos

18. Composición Familia: a) Familia nuclear b) Familia extensa
 c) Familia Mono parental d) Familia reconstituida e) Otro tipo de familia: _____

19. Tipos de Relación

19.1. Relaciones de pareja:

Buen trato		Expresiones Afectivas		Poco Afecto		Mal trato	
Colaboración		Comunicación		Dialogo		Indiferencia	

19.2 Relaciones Padres e Hijos

Buen trato		Expresiones Afectivas		Poco Afecto		Mal trato	
Colaboración		Comunicación		Dialogo		Indiferencia	

19.3 Relaciones con los demás miembros de la Familia

Buen trato		Expresiones Afectivas		Poco Afecto		Mal trato	
Colaboración		Comunicación		Dialogo		Indiferencia	

20. Evidenció violencia en su familia de origen: a) No b) Maltrato infantil
 c) Violencia entre sus padres d) Maltrato infantil y violencia entre sus padres
 e) otro tipo de violencia cual: _____

21. Ha sido víctima de abuso(s) sexual(es) a) No b) Si el agresor fue: _____

22. Trastorno Psicopatológico previo en la familia: a) No b) Si ¿Cuál? _____

1.5 Redes de apoyo

23. A quién le ha contado sobre la violencia vivida con su pareja: a) Redes primarias (hijos) b) Redes secundarias (amigos, vecinos, familiares) c) Redes terciarias (instituciones)

24. Qué apoyo ha recibido de las redes: a) económico b) emocional c) orientación/ asesoría d) motiva a buscar ayuda e) Motiva a denunciar f) Ninguna g) otra cual:

25. ¿Cuenta con algunas personas cercanas (familiares o amigos) a las que puede recurrir, en caso de decidir terminar la relación de pareja? a) No b) Si

26. ¿Cuenta con algunas personas cercanas (familiares o amigos), en caso que se presente otra situación de violencia? a) No b) Si

27. Ha recibido información sobre violencia: a) Ninguna b) Escrita c) Verbal d) Orientación profesional

2. CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATADOR

2.1. Características Socio Demográficos

28. Edad: a) Menor de 18 b) 18 a 30 c) 31 a 40 d) 41-50

29. Escolaridad: a) sin estudios b) Primara incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Bachillerato incompleto g) Bachillerato completo h) Otro _____

30. Actividad económica: a) Ninguna b) Varios oficios c) Comercio d Transporte y Mecánica e) No sabe f) Otra cuál: _____

31. Nivel socioeconómico: a) Bajo b) Medio c) Alto

32. Ingreso mensual: a) No recibe b) Menos de 1 salario mínimo c) 1 salario mínimo d) Más de 1 salario mínimo e) De 2 a 3 salarios mínimos f) Más de 3 salarios mínimos.

33. Vinculación laboral: a) Ninguna b) Por días c) Temporal d) Permanente

34. Porcentaje aportado al hogar: a) Ninguno b) La mitad c) Más de la mitad d) La totalidad

2.2. Factores de riesgo relacionados con la violencia

35. ¿Celos muy intensos o conductas controladoras de su pareja o ex pareja?
a) No b) Si

36. Trastorno psicopatológico previo: a) No b) Si ¿Cuál? _____

37. Tipo de tratamiento recibido: a) Psicoterapia individual b) Psicoterapia grupal
c) Farmacológica d) Mixta e) Ninguno

38. Evidenció violencia en su familia de origen: a) No b) Maltrato infantil
c) Violencia entre sus padres d) Maltrato infantil y violencia entre sus padres

39. ¿Fue víctima de abuso(s) sexual(es) en la infancia? A) No b) Si ¿El agresor fue? _____

40. Trastorno psicopatológico previo en la familia: a) No b) Si ¿cuál? _____

3. DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

41. Tiempo de convivencia con el agresor: a) menor de 1 año b) 1 a 3 años
c) 3 a 6 años d) 6 a 9 años e) 9 a 12 años f) mayor de 12 años

42. Razones por las cuáles continúa con su pareja: a) hijos b) vivienda c) familia
d) afecto e) economía f) No sabe

43. Ha sufrido violencia de pareja en relaciones anteriores: a) Si b) No

44. En la actualidad tiene otra pareja o está saliendo con alguien: a) No b) Si

45. ¿A qué atribuye los problemas en la relación de pareja?: a) Alcohol
b) Infidelidad c) Celos d) Desacuerdo en la crianza de los hijos e) Desacuerdo en el manejo de las finanzas f) Chismes g) Otra: _____

46. ¿Cómo califica las siguientes situaciones en pareja?

Toma de decisiones	Mala		Regular		Buena		Excelente	
Comunicación	Mala		Regular		Buena		Excelente	

Apoyo en pareja	Malo		Regular		Bueno		Excelente
Actividades fuera del hogar	Nunca		Pocas veces		Regularmente		Bastantes
Expresión de sentimientos	Nunca		Pocas veces		Regularmente		Bastante

4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA

47. Descripción del evento:

Amenazó su vida	Si	No
Fue violento	Si	No
Fue inesperado	Si	No
Pasó rápidamente	Si	No
Se ha vuelto a repetir	Si	No
No tuvo control de la situación	Si	No
Se sintió vulnerable	Si	No
Fue intencionado	Si	No

48. Tipo de violencia a) Física b) psicológica c) Sexual d) física y psicológica e) física y sexual f) psicológica y sexual g) física, psicológica y sexual

49. Violencia física: a) golpes b) tirar el pelo c) utilización de objetos o armas d) estrangulamiento e) golpes y tirar el pelo f) golpes y utilizar objetos o armas g) golpes y estrangulamiento h) otras

50. Violencia psicológica: a) aislamiento b) humillaciones c) gritos d) abuso económico e) culpabilizar f) insultos g) amenazas h) usar a los hijos o familiares

51. Violencia sexual: a) humillaciones respecto a su capacidad sexual b) relaciones sexuales sin consentimiento c) intimidación para realizar el acto sexual utilizando formas que van en contra de su voluntad d) agresión

52. Agresión contra los bienes: a) Si b) No

53. Ubicación de la lesión: a) rostro b) cuello c) cabeza d) tórax e) región dorsal f) extremidades inferiores g) extremidades superiores h) otras

54. Después de la violencia, suele pasar: a) nada b) relaciones sexuales c) periodos breves de cambio d) promesas de cambio e) dejan de hablarse por algún tiempo f) abandona el hogar.

4.1 Intensidad de la agresión

55. Frecuencia del maltrato: a) Todos los días b) 2 ó 3 veces a la semana c) 1 vez a la semana d) 1 vez al mes e) una o dos veces al año

56. La agresión se viene presentando: a) desde el noviazgo b) al inicio de la relación conyugal c) al llegar los hijos d) con la crianza de los hijos

57. A causa de la violencia le toco abandonar el hogar: a) No b) una vez c) entre dos y tres veces d) de cuatro a cinco veces e) más de cinco veces

58. Cuando fue el último episodio de maltrato: a) hace días b) de uno a seis meses c) de seis meses a un año d) de uno a tres años e) de tres a seis años f) de seis a nueve años g) de nueve a doce años h) más de doce años

59. Percibe que la violencia ha ido aumentando con el pasar del tiempo: a) No b) Si

4.2. Ciclo de violencia (acumulación de tensiones)

60. Manifiesta su desacuerdo, frente a los conflictos con su pareja: a) No b) Si

61. ¿Cómo expresa sus emociones ante sucesos negativos con su pareja?
a) Golpes b) Malas palabras c) Evita la situación (se calla, se aísla) d) Otro:

62. ¿Qué comportamiento manifestó usted frente a su compañero luego de los hechos? a) lloró b) no habló c) ofreció disculpas d) abandonó el hogar e) disminuyó su comportamiento sexual f) amenazó con informar a las autoridades g) acudió a las autoridades competentes h) pidió ayuda familiares/ amigos

5. INFORMACIÓN JURÍDICA

63. Ha acudido a la administración de justicia: a) No, razón (es)

b) Si, dónde: _____

64. ¿Qué esperaba al acudir a la administración de justicia? A) una medida de protección b) separarse c) que la dejen de maltratar d) que el denunciado pague una multa e) que el denunciado deje de consumir drogas f) que le brinde asesoría

65. Lapso de tiempo entre el hecho y la asistencia a la fiscalía o a instituciones de apoyo: a) más de 30 días b) entre 30 y 15 días c) entre 15 y 10 días d) menor de 5 días e) el mismo día

66. Fue atendido previamente en una institución relacionada con la violencia familiar: a) No b) Si

67. Resultados obtenidos de la atención previa: a) conciliación b) caución c) separación d) denuncia e) medida de protección f) asesoría psicológica g) multa al agresor

68. ¿Usted conoce las consecuencias de instaurar una denuncia en la Fiscalía?
A) No b) Si

Horario disponible

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
mañana	Hra	mañana	Hra	mañana	Hra	mañana	Hra	mañana	Hra
tarde		tarde		tarde		tarde		tarde	

FIRMA ENTREVISTADOR: _____

FIRMA ENTREVISTADO: _____

Anexo 2

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

(Baessler y Schwarcer, 1996)

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas. Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.




















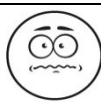






















1	2	3	4
Incorrecto	Apenas cierto	Mas bien cierto	Cierto

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Anexo 3

CUADERNILLO DE ESTADO DE ÁNIMO

Instrucciones: Este cuadernillo te servirá para registrar tus estados de ánimo durante toda la semana. Tacha la emoción que haya predominado durante todo el día.

Nombre:		Semana:					
Día de la semana	Fecha	Alegría	Miedo	Culpa	Tristeza	Enojo	Timidez
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Anexo 4

Fecha: _____

CARTA COMPROMISO/CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ manifiesto que deseo participar voluntariamente en el taller “Estrategias para aumentar la auto-eficacia”. Que tendrá una duración de 8 sesiones (dos meses) y una duración de 930 minutos.

Manifiesto que he leído las reglas del taller y estoy de acuerdo en cumplirlas. Igualmente entiendo que mi participación activa es fundamental para mi aprovechamiento. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informada de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Nombre

Terapeuta

Testigo

Anexo 5

NORMAS DE TERAPIA DE GRUPO

1. Ser puntuales en la asistencia a las sesiones.
2. La asistencia a todas las sesiones es necesaria. Si faltó tres sesiones se dará mi baja.
3. Queda prohibido platicar cualquier tema personal o de otros que haya tratado en el taller, fuera de las sesiones.
4. Debemos llevar a cabo las tareas para casa durante la semana.
5. Se requiere la participación activa de cada una de nosotras durante la sesión.
6. Todas las opiniones son válidas, se debe mostrar respeto.
7. La honestidad en nuestros testimonios es importante y ayuda en el avance.
8. Nuestro bienestar depende de nuestra participación en los ejercicios y en las actividades planeadas.
9. No comer ni hablar por teléfono durante las sesiones.
10. Traer y llenar el cuadernillo.

Anexo 6

Violencia

La OMS (2002 como se citó en OPS, 2003) define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia de pareja, entendida como aquellos actos físicos, psicológicos o sexuales que tienen lugar en el contexto de una relación íntima, pasada o actual, puede ser ejercida por uno de los miembros de la pareja hacia el otro, en el que uno es el agresor y el otro la víctima, o puede ser ejercida por ambos miembros de la pareja, tratándose, en este caso, de una relación de violencia mutua (Campbell y cols., 1994). En México, de acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2010 como se citó en CONAVIM, 2014) identifican los siguientes tipos de violencia:

Violencia psicológica: Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Violencia física: Es el uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Violencia económica: Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la

percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia sexual: Son los actos que degradan o dañan el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto

El ciclo de la violencia, descrito por la investigadora estadounidense Walker (1979 como se citó en Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004) explica cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja:

4. La fase de tensión se caracteriza por una escala gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El hombre violento expresa hostilidad, la mujer intenta calmar, complacer o, al menos no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que pueda controlar su agresión.
5. Fase de agresión, en la que estalla la violencia psíquica, física y/o sexual. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos y en la que puede decidirse a contar lo que le está pasando.
6. Fase de conciliación o “luna de miel”, en el que el hombre violento se arrepiente, pide perdón, le hace promesas a cambio o le hace regalos. Este momento supone un esfuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. También le permite ver el “lado bueno” de su pareja, fomentando la esperanza de que pueda llegar a cambiar.

Labrador, Fernández y Rincón (2010) consideran que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves. Entre éstas, según Golding (1999 como se citó en Labrador, Fernández y Rincón, 2010), destaca la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión, señalándose también un elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias (alcohol y drogas). También se ha señalado la alta frecuencia de problemas de autoestima y desadaptación social.

Anexo 7

Se les presentarán a las usuarias dos videos; en el primero se muestra una relación de pareja donde hay violencia, en el segundo video se muestra a una pareja que mantiene una relación de respeto. Los link son los siguientes:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=HBmVT7EkVpc>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=bDBVD9KPHHU>

Preguntas

1. ¿Qué opinión tienes de los videos que viste anteriormente?

2. ¿En alguno de los videos identificaste algún tipo de violencia? En caso de ser así, ¿En cual? ¿De qué tipo?

3. ¿Qué aspectos crees que debería de tener una relación de pareja sana?

4. ¿Con qué video de identificas? ¿Por qué?

5. De los dos videos ¿Cómo te gustaría que fuera tu relación con tu pareja? ¿Por qué?

Anexo 8

Nombre del programa: _____

1. ¿Te gustó lo que miraste hoy en la tele?

2. ¿Identificas algún tipo de violencia en el programa?

3. ¿Hay algo te haya impresionado? ¿Por qué?

4. ¿Identificaste algo en el programa que anteriormente no habías percatado? En caso de ser así, ¿Qué viste?

5. ¿Consideras que la manera en la que se resuelven conflictos en el programa es la manera efectiva? ¿Tú qué harías al respecto?

Anexo 9

AUTOEFICACIA

Bandura (1999) señala que las personas luchan por ejercer un control sobre los sucesos que afectan a sus vidas. Al ejercer influencia en esferas sobre las que pueden imponer cierto control, son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y de evitar los indeseables. El impacto de la eficacia sobre la naturaleza y la calidad de la vida depende de la finalidad con que se aplique. Muchas personas que logran el reconocimiento y la fama modelan sus vidas mediante la superación de obstáculos aparentemente insalvables sólo para ser catapultados a nuevas realidades sociales sobre las que disponen de menor control.

El nivel de motivación, los estados afectivos y las acciones de las personas se basan más en las creencias que en la información objetiva del caso. Por lo tanto, las creencias de las personas en sus capacidades causales constituyen el principal centro de interés. La teoría de la auto-eficacia contempla los subprocesos tanto a nivel individual como colectivo. Concibiendo el sistema de creencias de auto-eficacia dentro de una teoría sociocognitiva más amplia, se podrían integrar diversos cuerpos de hallazgos en varias esferas del funcionamiento.

Las personas efectúan contribuciones causales a su propio funcionamiento psicosocial mediante mecanismos de agencia personal. La auto-eficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia incluyen sobre el modo pensar, sentir, moverse y actuar de las personas (Bandura, 1999).

Anexo 10

ARTURO Y CLEMENTINA

Un hermoso día de primavera Arturo y Clementina, dos jóvenes y hermosas tortugas, se conocieron al borde de un estanque y aquella misma tarde descubrieron que estaban enamorados. Clementina, alegre y despreocupada, hacía muchos proyectos para su vida futura, mientras pescaban alguna cosilla para la cena.

Clementina decía: “ya verás que felices seremos. Viajaremos y descubriremos otros lagos y otras tortugas diferentes y encontraremos otra clase de tortugas diferentes y encontraremos otra clase de peces, y otras plantas y flores en la orilla, ¡será una vida estupenda! Iremos incluso al extranjero... ¿Sabes una cosa? Siempre he querido visitar Venecia...” Y Arturo sonreía y decía vagamente sí.

Pero los días transcurrieron iguales al borde del estanque. Arturo había decidido pescar el sólo para los dos, así Clementina podría descansar. Llegaba a la hora de comer con renacuajos y caracoles, y le preguntaba a Clementina ¿Cómo estás cariño? ¿La has pasado bien? Y Clementina suspiraba: ¡Me he aburrido mucho! ¡Todo el día sola esperándote!

¡Aburrido! Gritaba Arturo indignado. “¿Dices que te has aburrido? Busca algo que hacer. El mundo está lleno de ocupaciones interesantes ¡Solo se aburren los tontos! Un día cuando vio a Arturo, Clementina dijo: “Me gustaría tener una flauta”. Aprendería a tocarla, inventaría canciones y eso me entretendría”.

Pero Arturo esa idea le pareció absurda: ¡Tú! ¿Tocar la flauta tú? ¡Si ni siquiera distingues las notas! Eres incapaz de aprender. No tienes oído. Aquella misma noche, Arturo compadeció con un hermoso tocadiscos, lo ató bien a la casa de Clementina, mientras decía: “Así no lo perderás ¡Eres tan distraída!”.

Durante unos días Clementina escuchó el tocadiscos, pero al poco tiempo volvió aburrirse. Un atardecer, mientras contemplaban las estrellas, a orillas del estanque silencioso, Clementina dijo: que me dan ganas de llorar, me gustaría tener una

caja de acuarelas y poder pintarlas”: ¡Vaya idea ridícula! ¿Es que te crees artista? ¡Qué bobada!” Y reía. Clementina pensó: “Vaya ya he vuelto ha decir otra tontería.” y se esforzó en hablar lo menos posible.

Arturo a los pocos días, se presentó con un paquetón: “Mira he encontrado un amigo mío pintor y le he comprado un cuadro para ti. Estarás contenta ¿no? Decías que el arte te interesa. Pues ahí lo tienes, átatelo bien porque con lo distraía que eres, ya veo que acabarás por perderlo.

La carga de Clementina aumentaba poco a poco. Un día se añadió un florero de murano: “¿No decías que te gustaba Venecia? Tuyo es. Átatelo bien para que no se te caiga, ¡Eres tan distraída!”. Llegó el momento en que fue necesario añadir el segundo piso a la casa de Clementina. Poco a poco la casa de dos pisos quedó completamente llena. Pero ya tenía solución: tres pisos más se añadieron a la casa de Clementina. Hacia mucho tiempo que la casa de Clementina se había convertido en un rascacielos, cuando una mañana de primavera decidió que aquella vida no podía seguir más tiempo. Salió sigilosamente de la casa y se dio un pase: fue hermoso, pero muy corto.

Arturo no sabía nada, pero sospechaba que ocurría algo: “¿De qué demonios te ríes? Pareces tonta”, le decía. Pero Clementina, esta vez, no se preocupó en lo absoluto. Ahora salía en cuando Arturo volvía la espalda. Y Arturo la encontraba cada vez más extraña, y encontraba cada vez la casa más desordenada, pero Clementina empezaba a ser verdaderamente feliz y los regaños de Arturo ya no le importaban. Y un día encontró la casa vacía.

Se enfadó muchísimo y, años más tarde, según contándole a sus amigos: realmente era una ingrata la tal Clementina, no le hacía falta nada. ¡Veinticinco pisos tenía su casa, y todos llenos de tesoros!. Las tortugas viven muchos años, Clementina sigue viajando feliz por el mundo, tocando la flauta y haciendo hermosas acuarelas de plantas y flores. Si encuentras una tortuga, intenta llamarla Clementina, y si te contesta, seguro es ella.

Preguntas

1. ¿Qué opinas sobre la historia de Arturo y Clementina?

2. ¿Qué emociones y pensamientos te suscitan ante la historia de Arturo y Clementina?

3. ¿Te identificas con esta historia? ¿Por qué?

4. ¿Qué aspectos de la historia te gustaría incluir en tu vida?

Anexo 11

FUENTES DE LAS CREENCIAS DE EFICACIA

Bandura (1999) menciona que las creencias de las personas en relación a su eficacia puede desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia. El modo más efectivo de crear una fuerte sensación de eficacia son las **experiencias de dominio**. Los éxitos crean una robusta creencia en relación a la eficacia personal. Algunas dificultades y revéses en los logros humanos sirven para aprender que el éxito normalmente requiere un esfuerzo sostenido. Una vez que las personas se convencen de que cuentan con lo necesario para alcanzar el éxito, perseveran ante la diversidad y se recuperan rápidamente de los revéses.

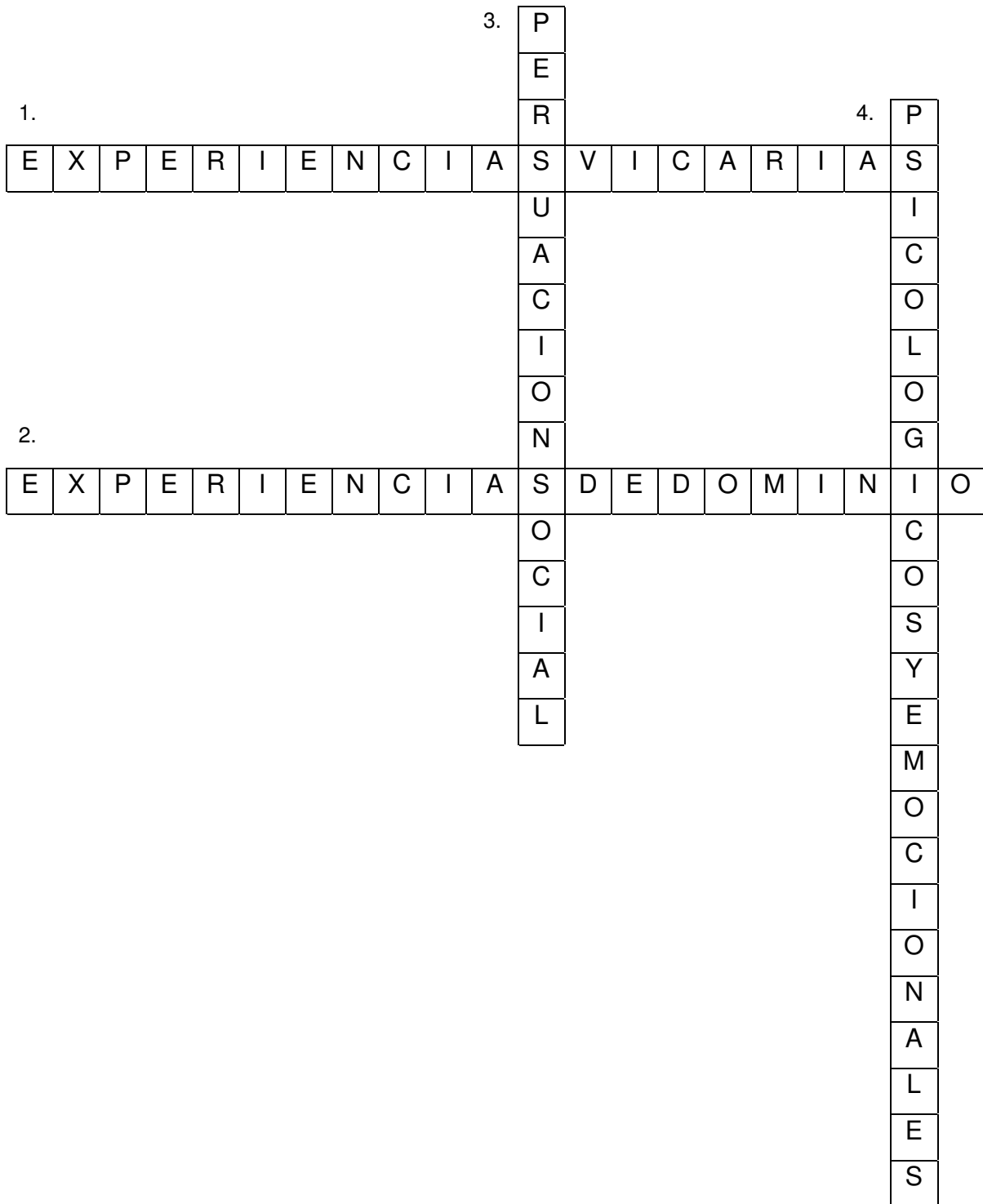
El segundo modo son las **experiencias vicarias** presentadas por los modelos sociales. Observar a personas similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (Bandura, 1986; Schunk, 1987 como se citó en Bandura, 1999). Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación.

La **persuasión social** constituye el tercer modo de fortalecer las creencias de las personas en relación a su capacidad para alcanzar el éxito. Las personas a las que se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personas ante los problemas (Litt 1988; Schunk, 1989 como se citó en Bandura, 1999). En la medida en que los empujes persuasivos en la auto-eficacia persuasiva conducen a las personas a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito, las creencias de auto-eficacia fomentan el desarrollo de las destrezas y la sensación de eficacia personal.

Las personas también responden parcialmente a sus **estados psicológicos y emocionales** al juzgar sus capacidades. Interpretan sus reacciones de estrés y

tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre. En las actividades que implican fuerza y persistencia, las personas juzgan su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física (Ewart, 1992 como se citó en Bandura, 1999). Estado de ánimo positivo fomenta la auto-eficacia percibida; el estado de ánimo la reduce. El cuarto modo de alterar las creencias de eficacia consiste en favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

Anexo 12



Horizontales

1. Es el modo de observar a personas similares a uno, puede ayudar a aumentar el éxito o los fracasos.
2. Es el modo más efectivo de crear una fuerte sensación de eficacia. Una vez que las personas se convencen de que cuentan con lo necesario para alcanzar el éxito, perseveran ante la diversidad y se recuperan rápidamente.

Verticales

1. Es el modo de fortalecer las creencias de las personas en relación a su capacidad para alcanzar el éxito. Son persuadidas verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades.
2. Las personas responden a estos estados para juzgar sus capacidades.

Anexo 13

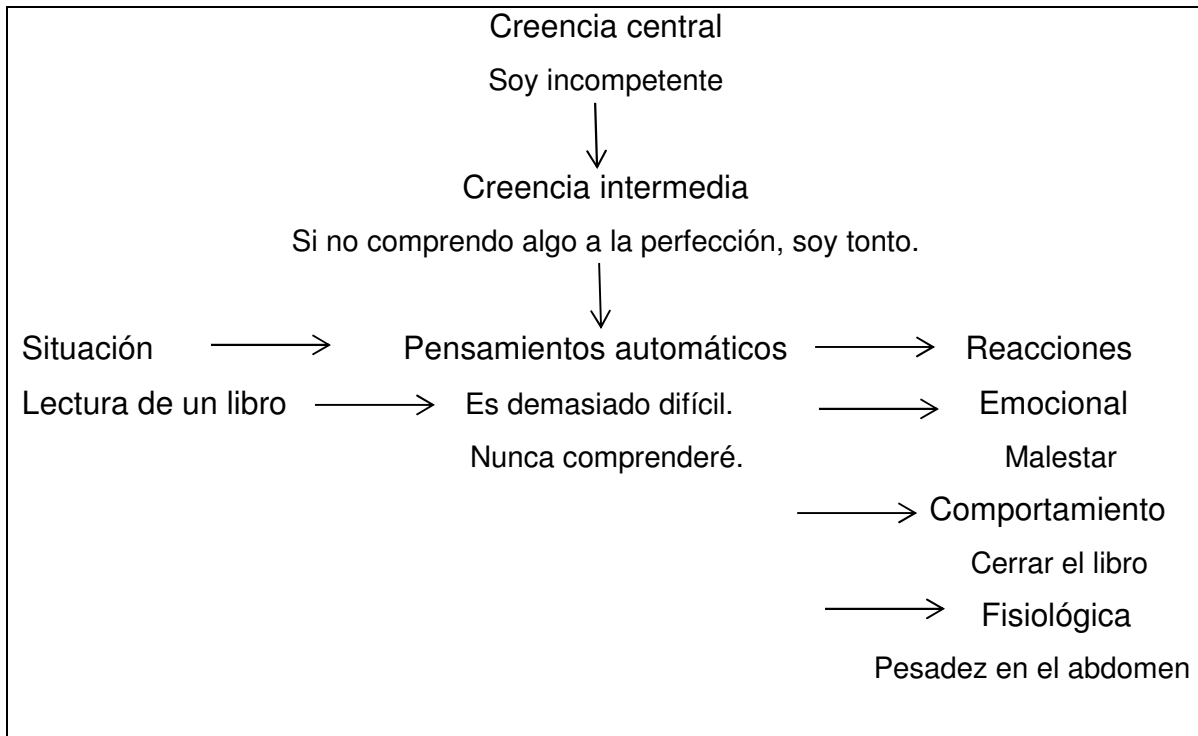
RELACIÓN ENTRE CONDUCTA Y PENSAMIENTOS

Beck (2000) menciona que a partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Estas creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta.

Desde las primeras etapas de desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988 como se citó en Beck, 2000). Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. En un paso ulterior, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas. Un ejemplo puede ser el siguiente:



Link del video que se presentará en la sesión de la película “Intensamente”:
https://www.youtube.com/watch?v=ZrXgzmK3y_8

Anexo 14

AUTORREGISTRO ABC

<p>ACONTECIMIENTO</p> <p>¿En dónde estaba? ¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿Quién estaba conmigo?</p>	<p>PENSAMIENTO/CREENCIA/PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN</p> <p>¿Qué paso por mi mente en ese momento? ¿Qué imagine? (Circule aquel pensamiento que le cause mayor malestar) y evalúe la creencia del mimo (0-100)</p>	<p>CONSECUENCIAS</p> <p>¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?</p>

Anexo 15

Procesos activados por la eficacia

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales. Estos diferentes procesos operan habitualmente de forma conjunta y no aislada, en la regulación continua del funcionamiento humano (Bandura, 1999).

Procesos cognitivos: Gran parte de la conducta humana, que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades. Las creencias de las personas en su eficacia modelan los tipos de escenarios anticipadores que construyen y ensayan. Una función importante del pensamiento es capacitar a las personas para predecir sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que influyen sobre sus vidas (Bandura, 1999).

Procesos motivacionales: La mayoría de la motivación humana se genera cognitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador. Elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Anticipan los resultados probables o acciones futuras. Establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen. Las personas que se consideran a sí mismas como altamente eficaces atribuyen sus fracasos al esfuerzo insuficiente o a las condiciones situacionales adversas, mientras que aquellas que se consideran ineficaces tienden atribuir sus fracasos a su escasa habilidad. Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación de muchas formas: determinan las metas que establecen las personas para sí mismas, la cantidad de esfuerzo que intervienen, el tiempo que perseveran ante dificultades y su resistencia a los fracasos (Bandura, 1999).

Procesos afectivos: Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas

situaciones amenazadoras o difíciles, así como su nivel de motivación. Las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a las posibles amenazas sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente. Las personas que creen que las posibles amenazas no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira. Magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden. Por el contrario, las personas que creen poder ejercer el control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos molestos (Bandura, 1999).

Procesos de selección: Las personas son en parte el producto de su entorno. Por lo tanto, las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar (Bandura, 1999).

Anexo 16

DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de la evidencia en contra (Coyne y Gotlib, 1983 como se citó en Caro, 2007b). Son distorsiones de la realidad que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencias un sesgo hacia nosotros mismos (Beck, 1963 como se citó en Caro, 2007b). Estas ideas aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. Las distorsiones cognitivas conducen a que los individuos saquen conclusiones erróneas, aunque la percepción que hagan de una situación sea la correcta (Caro, 2007b). A continuación se presentan las distorsiones cognitivas recogidas por Yurica y DiTomasso (como se citó en Ruíz et al., 2012):

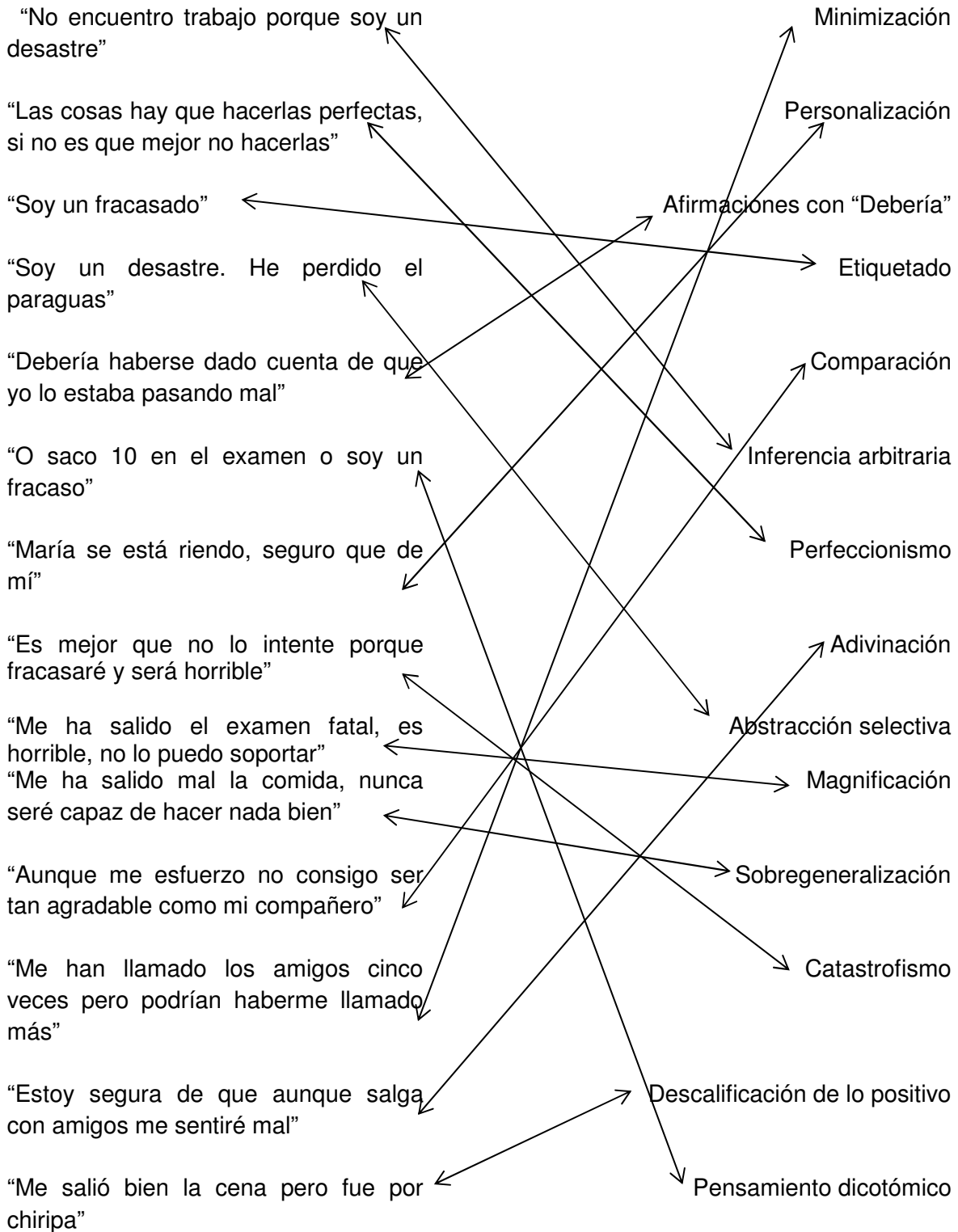
DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va ocurrir.	“Es mejor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión inferior o mucho peor que los demás.	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”.
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	“O saco 10 en el examen o soy un fracaso”.
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias positivas.	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”

Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón”.
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	“Soy un fracasado”.
Magnificación	Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”.
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	“Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil”.
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	“Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más”.
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”.

Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es que mejor no hacerlas”.
Personalización	Proceso de asumir casualidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí”.
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencias a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.

Anexo 17

Traza una línea entre la primera columna y el tipo de distorsión que ejemplifica.



Anexo 18

BENEFICIOS ADAPTATIVOS DE LAS CREENCIAS OPTIMISTAS DE EFICACIA

Bandura (1999) menciona que los logros humanos y el bienestar personal requieren un sentido optimista de la eficacia personal. Esto se debe a que las realidades sociales serán repletas de dificultades. Las actividades en las que los errores pueden producir consecuencias costosas o perjudiciales requieren capacidades para establecer auto-valoraciones precisas. Los individuos han de decidir qué habilidades creativas cultivar, si están dispuestos a invertir sus esfuerzos y recursos en aventuras difíciles de cumplir y cuántas dificultades están dispuestos a aguantar en las búsquedas plagadas de obstáculos e incertidumbres.

Cuando las personas se equivocan en sus auto-valoraciones, tienden a sobrestimar sus capacidades (Taylor, 1989 como se citó en Bandura, 1999). Si las creencias de la eficacia sólo reflejaran lo que las personas pueden hacer, se mantendrían en las rutinas habituales y el juicio de sus capacidades sería tan conservador que sólo incluirían las ejecuciones cotidianas.

Un sentido afirmativo de eficacia contribuye al bienestar psicológico y a los logros de ejecución. Los logros innovadores requieren también un sentido resistente de eficacia. Las innovaciones demandan una importante inversión de esfuerzo durante un largo período de tiempo con resultados inciertos.

Las personas que tienen éxito, los que aman las aventuras, los sociables, los reformadores sociales y los innovadores tienen una perspectiva optimista de sus capacidades personales para ejercer influencia sobre los sucesos que influyen en sus vidas. Si no son irrealmente exageradas, estas creencias personales fomentan el bienestar y los logros humanos (Bandura, 1999).

Anexo 19

CUESTIONARIO PARA UNA PERSONA AUTOEFICAZ

1. ¿Qué es lo más relevante que crees que has hecho en tu vida?

2. Cuéntame alguna anécdota donde te hayas enfrentado en una situación problemática y la hayas resuelto con éxito.

3. ¿Qué alternativas consideraste para resolverlo?

4. ¿Cómo hiciste para resolver el problema?

5. ¿Por qué lo hiciste de esa manera?

Anexo 20

EJERCICIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Los siguientes enunciados son ejemplos de distorsiones cognitivas, encierra la distorsión que corresponda a la frase.

1. "No puedo cometer errores"

a) Catastrofismo

b) Perfeccionismo

c) Adivinación

2. "Nunca encontraré a nadie que quiera estar conmigo"

a) Etiquetado

b) Personalización

c) Sobregeneralización

3. "Me da igual los éxitos que haya tenido en el pasado, ya no tienen importancia"

a) Minimización

b) Razonamiento emocional

c) Magnificación

4. "Debería ser más atenta con mi pareja"

a) Afirmaciones con debería

b) Pensamiento dicotómico

c) Descalificación de lo positivo

5. "Siento terror de subirme a un avión, es muy peligroso volar"

a) Etiquetado

b) Perfeccionismo

c) Razonamiento emocional

Anexo 21

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va ocurrir.	
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión inferior.	
Pensamiento dicotómico/ blanco o negro	Colocar las experiencias de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas.	
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	
Razonamiento emocional	Formar opiniones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar la valía personal en función de la opinión de los otros.	
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros.	
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	
Magnificación	Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo.	
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos.	
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias.	
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa.	
Personalización	Proceso de asumir casualidad personal en las situaciones de los otros cuando no hay evidencia.	
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia.	
Afirmaciones con "Debería"	Expectativas internas sobre uno mismo o de otro, sin analizar si son razonables.	

Anexo 22

AUTOVERBALIZACIONES

Para Minici, Rivadeneira & Dahab (2008), las autoverbalizaciones son frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción. Estos influyen en nuestro comportamiento como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo que nos indican cómo pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas, particularmente, cómo afrontar problemas. La técnica de autoverbalizaciones sirve para modificar ese diálogo interno cuando éste no resulta productivo. Los pasos a seguir son:

1. Realizar un “repasso” mental cada vez que realizamos una actividad e identificar las autoverbalizaciones que nos hacemos.
2. Confeccionar una lista con frases positivas que nos podemos decir a nosotros mismos.
3. Rellenar un cuadro que nos sirva para cambiar el diálogo negativo.
4. Ensayar en imaginación, una por una, las situaciones:
 - Ponerse cómodo y cerrar los ojos
 - Imaginar la situación.
 - Ensayar: nos imaginamos la situación y en cuando aparece el pensamiento negativo lo cambiamos por la autoverbalización (gritarla en voz alta).
 - Repetirlo varias veces, durante varios días seguidos.
 - Realizar la misma secuencia pero interiormente.
5. Ensayo real
6. Realizar el paso anterior hasta que la autoverbalización se haga de forma automática.

Frases para el ahorcado

1. Voy bien
2. Estoy tranquila
3. Puedo hacerlo
4. Voy a resolverlo
5. Voy a lograrlo
6. Soy capaz
7. Puedo manejarlo
8. Tendré éxito
9. Lo lograré
10. Mantendré la calma

Anexo 23

AUTOREGISTRO DE AUTOVERBALIZACIONES

SITUACIÓN ¿Qué paso?	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO ¿Qué pienso?	AUTO-VERBALIZACIONES Pensamiento secundario

Anexo 24

AUTO-REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Nombre: _____ Fecha: _____

Momento	Situación: especificar lo que ocurrió, dónde y quién estaba implicado	Emociones: especificar la emoción y evaluar su intensidad (0- 100%)	Pensamientos automáticos: escriba los pensamientos que preceden a cada emoción; estime la creencia en cada uno (0- 100%)	Respuesta racional: escriba las respuestas racionales a los pensamientos; estime la creencia en cada uno (0-100 %)	Resultado: Ahora estime la creencia en el pensamiento original, y la intensidad de la emoción actual (0- 100%)	
					Pensamiento	Emoción

Anexo 25

DETENCIÓN DE PENSAMIENTOS

Ellis entiende por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduzca a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere, de forma importante, en la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis, 1977 como se citó en Cáceres, 2011).

Cáceres (2011) menciona que el método de detención de pensamiento consiste en la interrupción y modificación, por medio de la situación de los pensamientos generados. Es decir, "se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo. Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto las emociones negativas quedan cortas antes de que puedan surgir.

Anexo 26

TÉCNICA DE DETENCIÓN DE PENSAMIENTOS

Cáceres (2011) explica la técnica de detención de pensamientos de la siguiente manera:

Se explica a las participantes la relación que existe entre nuestros pensamientos y sentimientos, en el sentido de que pensamientos traumáticos o autocríticos provocan sentimientos marcados por un alto grado de malestar y viceversa. Se les pide que mencionen ejemplos de esta relación para asegurar que la han comprendido bien. Se diferencian dos tipos de pensamientos generadores de malestar, los primeros serían pensamientos repetitivos e involuntarios en forma de recuerdos e imágenes y los segundos pensamientos autocríticos. Se añade que, dado el enorme malestar que provocan este tipo de cogniciones, es importante reducir su frecuencia y duración.

Para aprender la técnica de detención de pensamientos cada participante va a elegir entre los pensamientos registrados como tarea para casa, aquél que le provoque un grado medio de malestar, y lo va a verbalizar en voz alta para ser supervisado por la terapeuta, con el objeto de asegurar que la formulación del mismo sea lo más concreta posible. A continuación se establece el punto de corte (levantar la mano, una palmada y la verbalización de "BASTA"), y la tarea distractora (escribir diez cualidades de la compañera que está sentada a su derecha en la sesión).

Para iniciar el ejercicio se pide a las participantes que con los ojos cerrados se concentren en el pensamiento traumático seleccionado y que levanten la mano tan pronto como lo consigan. En este momento la terapeuta da una palmada y de manera enérgica pronuncia la palabra "BASTA", pidiendo a continuación que lleven a cabo la tarea distractora. Este ejercicio se lleva a cabo tres veces, y una vez finalizado se les pide que verbalicen los resultados obtenidos, para comprobar que el pensamiento está siendo cortado.

Una segunda parte del ejercicio consiste en que ellas mismas introducen el estímulo de corte y para ello van a volver a llevar a cabo el ejercicio, esta vez pronunciando ellas mismas la palabra "BASTA" para detener el pensamiento y continuar con la tarea distractora, se resalta la importancia de que sean ellas mismas, debido a que la terapeuta no estará al lado de ellas. Se lleva a cabo tres veces y se realiza la puesta en común.

Para finalizar y con el objeto de que puedan hacer uso de esta técnica en cualquier momento, se les explica que es importante que introduzcan el estímulo de manera encubierta, es decir, imaginándolo y con la tarea distractora también de esta manera. Para ello, van a imaginar que oyen la palabra "BASTA" en su mente, y van a introducir como tarea distractora una actividad mental, que previamente se va a determinar individualmente con cada participante. Es importante que cada una encuentre la tarea distractora que mejor le funcione, insistiendo en que debe de ser susceptible de acaparar toda su atención, condición para que el pensamiento permanezca fuera de la mente. Se ejercita tres veces.

Anexo 27

AUTO-REGISTRO DE DETENCIÓN DE PENSAMIENTO

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este registro te permitirá anotar las situaciones que te causen malestar durante toda la semana, se recomienda que se lleve a cabo el ejercicio durante dos momentos del día distintos.

Día	Situación	Pensamiento automático	Tarea distractora	¿He conseguido detenerlo? Si/No	Nivel de malestar	
					Inicio	Final
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Anexo 28

BÚSQUEDA DE RESPUESTAS ALTERNATIVAS

Caro (2007b) señala que la meta de la búsqueda de respuestas alternativas está en que la usuaria lleve a cabo una investigación activa que le permita encontrar soluciones alternativas a su problema. Para realizar la técnica de la búsqueda se utilizan, normalmente, las hojas de registro de pensamientos. En ellas las usuarias deben anotar en qué situación están, qué emociones tienen y si es posible valorarlas de 0 a 100, cuáles eran exactamente los pensamientos automáticos que le surgían en esa situación, en relación a esas emociones y hasta qué punto se cree cada uno de ellos. Las dos columnas que deben agregarse se refieren a la respuesta racional y al resultado de dicha respuesta. La respuesta racional, supone que la usuaria tiene que desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, más válido para cada uno de sus pensamientos. Para encontrar estas respuestas racionales la usuaria puede optar por diversas posibilidades. La primera, es establecer un diálogo socrático. En segundo lugar, hay una serie de preguntas que la usuaria puede hacerse y que representaría los aspectos fundamentales a los que la usuaria tiene que responder cuando está buscando respuestas alternativas.

La tercera posibilidad se obtiene de las preguntas para analizar la lógica incorrecta. Parte de los diálogos socráticos o análisis de la lógica incorrecta se sintetizan en dos aspectos:

1. Encontrar evidencia. Es decir, este es un modelo que hace válida la visión del ser humano como un científico, de manera que toda la idea se convierte en una hipótesis que se debe de juzgar y validar, buscando datos.
2. encontrar mediante preguntas y reflexiones puntos de vista alternativos y diferentes sobre las cosas, buscando y modificando distorsiones y errores cognitivos.

Anexo 29

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Nombre: _____

Fecha de terminación del tratamiento: _____

Fecha de la evaluación de seguimiento: _____

1. En la actualidad, ¿tienes pareja o estás saliendo con alguien?

a) En caso de que la respuesta sea si, ¿cómo calificarías tu situación en pareja?

b) En caso de que la respuesta sea no, ¿cómo te gustaría que fuera tu relación?

2. ¿Qué cambios haz realizado desde que finalizó el taller?

3. De lo visto en el taller, ¿Qué es lo que utilizas actualmente?

4. ¿En qué situaciones utilizas las técnicas utilizadas en el taller?

